บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลเด็ก ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
2. ความแตกต่างของแนวคิดการเกิดโรคและแนวคิดความเจ็บป่วย
   แนวคิดการเกิดโรคทางการแพทย์
   แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ
4. ระบบการดูแลสุขภาพ
5. กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ
6. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก
7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

การพัฒนาการแพทย์ของการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งในแง่ทฤษฎีการแพทย์ และระบบบริการสาธารณสุข มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมให้เกิดความเชื่อ หรือความเข้าใจว่าความจริงที่แท้จริงเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยมีอยู่เพียงผู้เดียว นั่นคือ ทฤษฎีหรือความรู้แบบการแพทย์สมัยใหม่ที่มีนักวิชาชีพชั้นสูงเป็นผู้รับผิดชอบ ความเข้าใจหรือความเชื่อนี่เองที่ทำให้นักวิชาชีพทางการแพทย์ดำเนินความพยายามให้คนในสังคม เชื่อ และปฏิบัติตาม หรือคิดว่าประชาชนน่าจะมีความคิดต่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย ในกรอบที่คล้ายกับแนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งในปัจจุบันความรู้และการปฏิบัติแบบการแพทย์สมัยใหม่ ได้แพร่หลายอย่างกว้างขวาง และมีระบบบริการสาธารณสุข เป็นโครงสร้างรองรับ แต่มิได้หมายความว่าคนในสังคมจะมีความคิด ความเชื่อ หรือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

พฤติกรรมตามทฤษฎีการแพทย์สมัยใหม่ทั้งหมด หากยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในความเจ็บป่วยตามแนวคิด "ดั้งเดิม" หลากหลายในแต่ละสังคม (เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2533)

ในสังคมไทย แบบแผนทางความคิดที่ประชาชนใช้ทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยมีอยู่หลายลักษณะตามโครงสร้างทางสังคมที่เป็นพหุลักษณ์กล่าว คือ มีระบบวิธีคิดที่แตกต่างหลากหลาย อันเป็นผลจากการที่สังคมไทยได้รับเอาวัฒนธรรมหลายกระแสเข้ามาผสมกลมกลืนกับแผนวัฒนธรรมของสังคมไทย จึงมีการคละเคล้ากันระหว่างคติความเชื่อเรื่องผีตามลัทธิวิญาณนิยม วัฒนธรรมความเชื่อตามศาสนาพราหมณ์ และอิทธิพลของพุทธศาสนา วัฒนธรรมความเชื่อเหล่านี้เป็นรากเง้าที่กำหนดแบบแผนทางความคิดของสังคมไทย รวมทั้งแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพต่างๆไปตามความคิดความเชื่อที่ตนมี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

การให้ความหมายของสุขภาพ มีความหลากหลาย และแปรเปลี่ยนไปตามลักษณะเฉพาะของกลุ่มวัฒนธรรม โดยส่วนใหญ่ประชาชนมองว่าสุขภาพ หมายถึง การที่ปราศจากอาการที่ไม่สุขสบาย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่าคือ ความสมบูรณ์ด้านร่างกายและจิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมมิใช่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ส่วนใหญ่กลุ่มสังคมที่ไม่ใช่สังคมอุตสาหกรรมเชื่อว่า สุขภาพคือ ความสมดุลของความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติใด ๆ ในโลกความแปรปรวนหรือ ไม่สมดุลของสิ่งเหล่านี้จะปรากฏออกมาเอง เป็นอาการทางร่างกายหรืออารมณ์ (Helman, 1994) ฮิปโปเครติส กล่าวว่า สุขภาพ คือ ภาวะสมดุลอันบอบบางของของเหลว 4 อย่างในร่างกาย คือ เลือด น้ำเหลือง น้ำดี และเสมหะ สมดุลน้ำจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีสมดุลระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม เช่น ฤดูกาล ทิศทางของลม และอาหาร เป็นต้น (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527 อ้างในอมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ทางด้านทฤษฎีทางการพยาบาลได้กำหนดความหมายของสุขภาพไว้อย่างหลายตามแต่ทฤษฎีที่กล่าวถึง ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ให้ความหมายของสุขภาพคือ ระยะของการปรับตัว และเป็นส่วนหนึ่งของความต่อเนื่องของความตายของคนหนึ่งและความเป็นอยู่ที่ดีของคนอื่น นิวแมนให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่ทุกส่วนของระบบร่างกายของมนุษย์มีความสอดคล้องกันทั้งหมด (Jones & Meleis, 1993) จะเห็นได้ว่าแม้แต่ทฤษฎีทางการพยาบาลเองก็ยังกำหนดความหมายสุขภาพ ตามมุมมองของแต่ละทฤษฎีที่มีแนวทางของแต่ละทฤษฎีไว้ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันอยู่ สำหรับแนวคิดของสังคมไทยในการให้ความหมายสุขภาพ ดังเช่น วิธีคิดแบบชีววิทยาของการแพทย์สมัยใหม่ ที่ใช้ทัศนะแบบจุลภาคแยกระบบร่างกายออกเป็นอวัยวะย่อย ๆ แต่ละชนิด โดยถือว่าสุขภาพที่เป็นผลจากการทำงานที่เป็นไปตามปกติของแต่ละอวัยวะ หากเกิดความเจ็บป่วยใด ๆ ขึ้น การแก้ไขจึงจำเป็นต้องวินิจฉัยหาอวัยวะที่ผิดปกติและทำการแก้ไขหรือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เยียวยารักษาเฉพาะที่อวัยวะนั้น ๆ แต่ทว่าแนวคิดของสังคมไทยที่มองว่าร่างกายของมนุษย์ ธาตุเหล่านี้มีคุณสมบัติและมีบทบาทที่แตกต่างกัน และทำหน้าที่คุมกันไว้ให้ระบบร่างกายมีความเป็นไปตามปกติ แนวคิดเรื่องธาตุจึงถือว่า สุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีธาตุทั้ง 4 ที่สมดุลกัน ความผิดปกติจะเกิดขึ้นกับอวัยวะใด ๆ ล้วนแต่ต้องมีรากเหง้ามาจากการสูญเสียสมดุลของธาตุในระบบ ความผิดปกติที่อวัยวะหนึ่ง ๆ นั้นเป็นเพียงปรากฏการณ์อันเกิดจาการปฐมเหตุคือสมดุลของธาตุแปรปรวนไป การเยียวยารักษาจึงมุ่งไปที่การปรับให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นมาใหม่ และเมื่อระบบร่างกายกลับสู่สมดุล ความเจ็บป่วยจึงจะถูกรักษาให้หายไปอย่างแท้จริง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้ความหมายของสุขภาพจากหลาย ๆ ทัศนะทั้งจากทัศนะทางการแพทย์สมัยใหม่ และทัศนะทางสังคม จะเห็นได้ว่ายังมีความแตกต่างกันอยู่ตามกลุ่มวัฒนธรรมและสังคม จึงทำให้มุมมองของการตอบสนองต่อสุขภาพที่มีความเบี่ยงเบนไปแตกต่างกันด้วยรวมทั้งมุมมองที่แตกต่างในเรื่องการเป็นโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป

ความแตกต่างของแนวคิดการเกิดโรคและแนวคิดความเจ็บป่วย

ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นบุคคลที่มาจากพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรมที่ต่างกันดังนั้นแนวคิดของภาวะสุขภาพที่เกิดการเจ็บป่วยจึงแตกต่างกัน ซึ่งแต่ละแนวคิดมีพื้นฐานมาจากความแตกต่างของการตั้งสมติฐานและการประเมินความสามารถของการให้การรักษาพยาบาล ซึ่งแต่ละแนวคิดย่อมจะมีข้อดีและข้อด้อย (Helman, 1994) บุคคลที่มาจากเผ่าพันธ์หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีมุมมองหรือทัศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้หรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น ดังนั้นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ก็ตามย่อมมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น การอธิบายตามมุมมองภายนอก (etic view) และการอธิบายตามมุมมองภายใน (emic view) ซึ่งการอธิบายตามมุมภายนอกหรือมองจากคนนอก (outsider's perspective) เป็นมุมมองหรือการอธิบายจากบุคคลที่ไม่ได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ โดยตรงหรือเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระบบความคิดความเชื่อ โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพ ส่วนการอธิบายตามมุมมองภายในหรือมุมมองคนใน (insider's perspective) เป็นการอธิบายจากบุคคลที่ได้รับประสบการณ์โดยตรงเป็นมุมมองตามพื้นบ้าน (the native's view) ที่สะท้อนถึงภาษา ความเชื่อและประสบการณ์ตามกลุ่มวัฒนธรรมของตนเอง (Streubert, & Carpenter, 1995) ซึ่งมุมมองจากคนนี้จะมีส่วนช่วยในการค้นหาความรู้เชิงเหตุผลว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงมีการปฏิบัติเช่นนั้น โดยการอธิบายเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากจุดที่เป็นมุมมองของสมาชิกในวัฒนธรรมนั้น ๆ (Holloway, Wheeler, 1996)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดการเกิดโรคทางการแพทย์

แนวคิดของการเกิดโรคทางการแพทย์เป็นการอธิบายความป่วยไข้ (sickness) ตามมุมมองภายนอกในทัศนะของบุคคลที่ไม่ได้ประสบการณ์การป่วยไข้โดยตรง เช่นบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีมุมมองในเชิงชีวการแพทย์ (Chrisman, 1991) เจอร์เมน (Germain, 1982) มองความป่วยไข้ว่าเป็น "โรค" (disease) หมายถึง ความผิดปกติของการทำหน้าที่หรือการปรับตัวทางชีววิทยาหรือสรีรวิทยาของบุคคล แพรรี (Parry, 1984) กล่าวว่า โรคเป็นความเบี่ยงเบนจากมาตราฐานการวัดตัวแปรทางชีววิทยา โรคแต่ละโรคได้ถูกสันนิษฐานว่ามีสาเหตุเฉพาะและมีลักษณะเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันไป โรคจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้ปรากฏออกมาภายนอกและได้ถูกแยกออกจากบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ เจอร์เมน (Germain, 1982) ยังมองว่าโรคสามารถวินิจฉัยได้โดยผ่านกระบวนการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจรังสี และการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นการตรวจทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องในเชิงทฤษฎีเพื่อทำการจัดระดับหรือจัดประเภทของโรคต่าง ๆ ตามระบบ เหตุที่ทำให้มองความป่วยไข้ว่าเป็นโรค อาจเนื่องจากบุคคลทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาและปฏิบัติโดยการถ่ายทอดแนวความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับหลักทางชีวทางการแพทย์ มุ่งเน้นการรักษาและวินิฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์จึงทำให้มีการอธิบายความป่วยไข้ตามทัศนะของคนนอกดังกล่าว (Leininger, 1981) ซึ่งแนวคิดของการเกิดโรคนี้มีพื้นฐานจากการมองความเจ็บป่วยโดยวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวกับพยาธิวิทยาของร่างกายหรือจิตใจที่สามารถอธิบาย ยืนยันหรือพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางชีววิทยาที่เป็นวิทยาศาสตร์ ผู้ให้บริการทางสุขภาพมองว่า ความเจ็บป่วยเป็นการเกิดโรค การรักษาความเจ็บป่วยนั้นจะอยู่ภายใต้หลักการที่เป็นชีวการแพทย์ ซึ่งแนวคิดของการเกิดโรคนี้ก่อให้เกิดการมีอำนาจและความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ทำให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพละเลยความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในแนวคิดอื่นก่อให้เกิดความไม่เข้าใจในแนวคิดของความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ หรือบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (Chrisman, 1993) การขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมทางการแพทย์ของผู้รับบริการ ทำให้เกิดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เมื่อไม่สามารถสื่อสารกันอย่างเข้าใจผู้ให้บริการโดยทั่วไปจึงมีแนวโน้มที่จะ "บอก" หรือ "ออกคำสั่ง" มากกว่าที่จะ "ฟัง" และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการแต่ละคน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน

แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน เป็นการอธิบายความป่วยไข้ตามมุมมองภายในเป็นการอธิบายในทัศนะของผู้ป่วยที่มีมุมมองตามวัฒนธรรม (Chrisman, 1991) แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจึงเป็นประสบการณ์ ชุดความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความป่วยไข้ที่อธิบายไว้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และ/หรือครอบครัว (Chrisman, 1983) และมองความป่วยไข้ว่าเป็น "ความเจ็บป่วย" (illness) ที่เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือภาระกิจของตนเองตามปกติได้เต็มที่ โดยที่บุคคลอาศัยการรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นตัวตัดสินซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตัวผู้ป่วยเอง จากครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย (มัลลิกา มัติโก, 2530) ความป่วยไข้ หมายถึงการประสบกับความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือความผิดปกติทางจิตสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นภายในบุคคล กลุ่มบุคคล และมีมติทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี (Germain, 1992) ซึ่งความเจ็บป่วยเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงปฏิกิริยาของบุคคล กลุ่มบุคคล และวัฒนธรรมต่อโรคหรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Mauksch,& Roesler, 1990) จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ ต่อความรู้สึกไม่สุขสบายซึ่งอาจสัมพันธ์กับโรคหรือไม่ก็ได้ บุคคลบางคนอาจจะมีโรคเกิดขึ้นโดยปราศจากความรู้สึกเจ็บป่วยหรืออาจจะรู้สึกเจ็บป่วยโดยไม่พบว่ามีโรค ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 ที่พบแพทย์มักจะปราศจากปัญหาทางชีววิทยา (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978 cited in Helman, 1994) พฤติกรรมในการตอบสนองความเจ็บป่วยตามมแนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจะมีลักษณะไม่คงที่แน่นอนตามลักษณะของ "ทฤษฎี" กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยไม่เที่ยงตรง (inconsistency) ไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตายตัวและไม่แน่นอนสมเหตุสมผล ความไม่คงที่แน่นอนของแนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน เกิดขึ้นเนื่องจากรากฐานแนวคิดความเจ็บป่วยพัฒนามาจากประสบการณ์ในการต่อสู้ความป่วยไข้ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า รวมไปถึงการได้รับแนวคิดมาจากระบบการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ทั้งจากแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจึงเป็นการสังเคราะห์จากชุดความรู้ความเชื่อที่แตกต่างกัน ชุดความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต่างกันนี้จะถูกดัดแปลงปรับให้เข้ากับสถานการณ์ และกลายเป็นแนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจนบางครั้งไม่สามารถจำแนกได้ว่าชุดความเชื่อนี้มีที่มาจากแหล่งใด แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจึงมีลักษณะแปรเปลี่ยนเป็นพลวัตรอยู่ตลอดเวลา นอกจากจะมีลักษณะไม่คงที่แน่นอน และดูไม่สัมพันธ์เป็นเหตุเป็นผลกันแล้ว แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนยังมีลักษณะซับซ้อนและยืดหยุ่นต่อเหตุการณ์ (Fitzpatrick, 1984 อ้างใน เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2533)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนมาจากความเชื่อหรือชุดความคิด ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม อันเป็นวิถีทางการดำรงชีวิตทั้งหมดที่รวมสาระของแบบแผนความเชื่อ และพฤติกรรมทั้งหมดที่เกิดจากการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และถ่ายทอดกันในกลุ่ม ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหา และการดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วย ผู้ป่วยทุกคนมีรูปแบบพื้นฐานทางวัฒนธรรมสำหรับการตีความหรืออธิบายอาการความเจ็บป่วยต่าง ๆ (Kleinman, 1980) ตามทัศนคติของผู้ป่วยเช่นเดียวกับบุคคลผู้ให้การดูแลสุขภาพต่างมีความรู้เฉพาะสาขาวิชาชีพของตนในการพิจรณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคล และมีวิธีการดูแลรักษาหรือให้การพยาบาลตามแนวทางของวิชาชีพหรือทัศนะของแพทย์ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาจะช่วยให้เห็นความแตกต่างของ 2 ทัศนะ ทัศนะทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายที่ปรากฏ และสามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่บ่งชี้ถึงการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ตามลักษณะอาการทางคลินิก ประวัติความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและให้การรักษาที่เหมาะสม ในทางตรงกันข้ามทัศนะของผู้ป่วยหมายถึง ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่บอกกล่าวได้ด้วยวาจา และได้รับการยอมรับจากบุคคลแวดล้อม ทั้งครอบครัวและชุมชน ทำให้มีการแสวงการดูแลรักษาสุขภาพเกิดขึ้น ความแตกต่างในการให้ทัศนะเกี่ยวกับความป่วยไข้ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดช่องว่างในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลหรือการบำบัดรักษาเป็นผลให้การเข้าไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความล่าช้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ เกิดความไม่พึงพอใจ มีการวินิฉัยที่ผิดพลาดได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและได้รับการดูแลที่ไม่ดี (Germain, 1982) เนื่องจากในการแพทย์นั้นจะทำการวิเคราะห์เพื่อรักษาโรคไม่ใช่รักษาความเจ็บป่วย จึงทำให้การบำบัดรักษาไม่ได้ครอบคลุมถึงความต้องการของผู้ป่วยและการบำบัดรักษานี้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าผู้ป่วยนั้นมีความรุนแรงน้อยกว่าตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยไม่ติดตามผลการรักษาต่อหรือถ้าบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแบบแผนการปฏิบัติตัว ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำให้พฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ของผู้ป่วยรวมทั้งความคิดเห็นของครอบครัว ตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำความเข้าใจในโลกทัศน์ของผู้ป่วยจะช่วยให้การช่วยเหลือหรือการให้คำแนะนำนั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพต่อไป (Mauksch & Roesler, 1990) ดังนั้นวัฒนธรรมจึงกำหนดความแตกต่างในการอธิบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับความปกติและผิดปกติของสุขภาพตามกลุ่มวัฒนธรรม การทำความเข้าใจการเจ็บป่วยล้วงลึกเข้าไปรับรู้ถึงรูปแบบพื้นฐานทาง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วัฒนธรรมของผู้ป่วย จะส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยการดูแลรักษา ตลอดจนความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนสุขภาพ

การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ (Compliance with health regimens) เป็นทัศนะของการแพทย์สมัยใหม่ที่ใช้ประเมินการรักษาโรคโดยอาศัยหลักทฤษฎีทางชีวการแพทย์ โดยทัศนะการแพทย์สมัยใหม่ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับคำแนะนำสุขภาพหรือคำแนะนำทางการแพทย์ (Haynes ; Hentnen & Kyngas, 1992 ; McCord, 1896 อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532) และให้ความหมายการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยมีพื้นฐานในการอธิบายมาจากระบบความเชื่อตามวัฒนธรรมอาจมีความแตกต่างจากทัศนะทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยมองว่าการที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานยาเป็นบางเวลา แต่ในขณะเดียวกันก็ควบคุมการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัดนั้นเป็นการให้ความร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ดังนั้นจากความแตกต่างของสองทัศนะที่มีพื้นฐานมาจากระบบความเชื่อ หรือภูมิหลังทางด้านวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีมุมมองหรือทัศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้การมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ

ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system)

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980 อ้างใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) มีแนวคิดในการมองระบบการดูแลสุขภาพในสังคมว่า เปรียบเทียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ ระบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ซึ่งหมายรวมถึงการเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษา ดูแลเยียวยาสุขภาพ รวมทั้งสถานภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้รวมเรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบคือ 1) ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพ ในลักษณะที่มีวิทยาการชั้นสูง มีการจัดองค์กรเป็นทางการ เช่น ระบบแพทย์ของจีนและระบบแพทย์แผนตะวันตก 2) ระบบการแพทย์พื้นบ้านได้แก่ การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

รูปธรรมชาติของวิชาชีพประกอบด้วยการใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า เป่าน้ำมนต์ ลงคาถา เป็นต้น และประเภทที่ไม่ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพร หมอนวด เป็นต้น และ 3) ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชนเป็นการตีความและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยและสังคม เพื่อตัดสินใจถึงวิธีการรักษา โดยทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการอธิบายและจัดการกับความเจ็บป่วยตามวิธีที่เป็นเอกลักษณ์ของตน ความแตกต่างในลักษณะความเชื่อ การยึดมั่นและวิธีการปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าวนี้เป็นความแตกต่างเป็นจริงทางสังคม (social reality)

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ (Professional sector) เป็นส่วนของการปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มุ่งเน้นการรักษา (cure) มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่ใช้วิทยาการขั้นสูง วินิจฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ เน้นการปฏิบัติการรักษาเฉพาะแต่ละบุคคล อธิบายความเจ็บป่วยและปัญหาในเชิงค้นคว้าหาสาเหตุของการเกิดโรค เน้นการประเมินปัญหาด้านร่างกาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และแหล่งที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมีอยู่อย่างจำกัด ในประเทศไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนตามลักษณะของการดำเนินงาน คือ ระบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาครัฐ (public sector) และระบบบริการบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาคเอกชน (private sector)

ระบบการดูแลสุขภาพของภาครัฐ เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆเพื่อเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทยเป็นภาระหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ระบบบริการ สุขภาพของภาครัฐแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ บริการสาธารณสุขมูลฐาน บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง บริการสาธารณสุขระดับสอง บริการสาธารณสุขระดับสาม (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534 และ สายใจ โกศลสิทธ์, 2534)

1. บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เป็นการจัดบริการระดับต้นโดยมุ่งให้ประชาชนช่วยเหลือตนเอง ในด้านความต้องการพื้นฐานของชีวิต ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินงานเอง โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งตั้งอยู่ตามตำบล ชุมชนทั่ว ๆ ไป การป้องกันและควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. บริการสาธารณสุขระดับสอง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความรู้ ความชำนาญปานกลาง คือ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดทุกจังหวัด หรืออำเภอใหญ่ ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรงต้องการ การรักษาที่จำเพาะเจาะจงตามโรค หรือได้รับการติดต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างลงไป โรงพยาบาลในระดับนี้มีขีดความสามารถในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สามารถให้บริการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนหรือต้องการรักษาเฉพาะทางได้

4. บริการสาธารณสุขระดับสาม เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติโดยมีผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีหน่วยบริการคือ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงวิทยาลัย ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการรักษาเฉพาะทาง หรือด้วยวิธีการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมีราคาแพง สถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ส่วนมากให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาล

ระบบการดูแลสุขภาพเอกชน เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ สถานบริการในภาคเอกชนมีหลายประเภทดังนี้

ร้านขายยาเป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาได้ ประเภท ก ประเภท ข และประเภท ค โดยจัดแบ่งตามขอบเขตความรับผิดชอบของบุคลากรที่ควบคุม

คลินิก โพลีคลินิก เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญ มีการกระจายอยู่ตามสังคมเมืองที่มีเศรษฐกิจค่อนข้างดี สามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและสะดวก ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริมและป้องกันโรคได้ดีพอควร แต่มีศักยภาพจำกัด ไม่สามารถให้บริการ การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนได้ จำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) หรือการแพทย์แผนไทยเป็นอีกระบบการดูแลหนึ่งของระบบวัฒนธรรมของสังคมที่มุ่งเน้นการดูแล (caring) และการปฏิบัติในกระบวนการรักษาเยียวยาทั้งกลุ่มบุคคล ซึ่งวัฒนธรรมของสังคมไทยอาจแบ่งออกเป็นส่วนพื้นบ้าน หรือที่เรียกว่า การรักษาแผนโบราณ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่มีการคิดค้นพัฒนา สั่งสมและถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ วิธีการวินิจฉัยและการรักษาโรคจึงมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อทั้งที่ความเป็นมนุษย์ที่ต้องอาศัยการสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพในชุมชน มีการป้องกันความเจ็บป่วยและความพิการโดยอาศัยข้อห้าม (taboo) ทางวัฒนธรรม ใช้การอธิบายเพื่อแปลความหมายระหว่างความเจ็บป่วยและความเป็นปกติสุขโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติสุข ซึ่งอาศัยวิธีการทางพื้นบ้าน มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่ำ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม สังคม การเมือง และเศรษฐกิจ (Leininger, 1981) หมอแผนโบราณมักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบท ส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมใกล้เคียงกับชาวบ้านมาก จึงมีความเข้าใจสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดี เป็นกันเอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536) จากการศึกษาของ แสงทอง แหงมงาม (2533) พบว่าสาเหตุที่สำคัญของการรับบริการกับหมอพื้นบ้าน คือ บริการดี เป็นกันเอง รอไม่นาน นอกจากนี้หมอพื้นบ้าน ไปให้บริการถึงบ้านพักของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงยังมีผู้ป่วยไปรักษากับหมอพื้นบ้าน การรักษาในส่วนนี้แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น หมอยา หมอสมุนไพร หมอตำแย หรือผดุงครรภ์โบราณ หมอนวด หมอจับเส้น หมอฝังเข็ม เป็นต้น

ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษากับหมอพระ หมอผี หมอน้ำมนต์ หมอทรง หมอคุณไสย หมอขวัญ หมอเสกเป่า หรือเรียกโดยรวมว่า หมอไสยศาสตร์

สำหรับการแพทย์แผนโบราณทั้ง 2 ชนิด บางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้เนื่องจากการรักษาด้วยสมุนไพรจะรักษาคู่กับการกำกับคาถาอาคมร่วมด้วยเสมอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน (Popular sector) หมายถึง ส่วนของการดูแลตนเองของประชาชนซึ่งถูกปลูกฝังถ่ายทอดสืบต่อกันมาตามวัฒนธรรม ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน กล่าวได้ว่า เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดและเป็นส่วนที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย ตีความ และวินิจฉัยเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในส่วนนี้ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มคนต่างๆ 4 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวของผู้ป่วย 3) เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ญาติพี่น้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน การปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยในระบบนี้ หมายรวมถึงทางด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยา จะได้รับการจัดการโดยผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่สัมพันธ์ด้วย ตามการรับรู้และประสบการณ์ มีการตีความเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยตามระบบความเชื่อและวัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอด โดยทางสังคม และวิถีการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติมา (บำเพ็ญ แสงชาติ, 2540) ซึ่งในระบบสามัญชนนี้ บุคคลจะประเมินและตัดสินใจจัดการกับการเจ็บป่วยโดยรักษาตนเองหรือปรึกษาหารือกันในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมก่อน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 : Kleinman, 1980) ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนนั้น ได้รับการถ่ายทอดมาจากระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านและภาควิชาชีพ โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และวิธีการรักษาระหว่างระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนกับภาคพื้นบ้านและภาควิชาชีพ โดยสามัญชนเรียนรู้ที่จะรักษาจากทั้งวิธีของแพทย์พื้นบ้านและวิชาชีพจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาซึ่งเขาเลือกวิธีการรักษาแบบนั้น ๆ นอกจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสามัญชนกับแพทย์พื้นบ้าน และสามัญชนกับแพทย์ภาควิชาชีพแล้ว การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกันยังเกิดระหว่างบุคคลต่างๆที่อยู่ในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเอง ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลใดในชุมชนประสบความสำเร็จในการรักษาโรคกับหมอคนใดหรือวิธีการใด ก็มักจะเล่าสู่กันฟังในชุมชนและเมื่อผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกันก็จะได้รับการบอกเล่าและแนะนำให้ไปหาหมอหรือใช้วิธีการรักษานั้นอีก หรือผู้ป่วยเองเมื่อเลือกรักษากับหมอแผนปัจจุบันหรือหมอพื้นบ้านก็ตาม ย่อมจะได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้และวิธีการรักษาในแบบนั้นๆ มาก็มักจะแนะนำต่อญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันต่อ ๆ ไป (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530)

ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชนนี้มีความสำคัญและมีลักษณะเด่นอยู่ 2 ประการ คือ

1. เมื่อเกิดอาการผิดปกติ บุคคล ครอบครัว หรือ เครือข่ายทางสังคม จะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้และตีความอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้และตีความนี้จะเป็นไปตามระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านการอบรมทางสังคม บุคคลจะมีระบบความคิด ความรู้ ความเชื่อต่อสุขภาพไม่เฉพาะในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะมีกรอบความเชื่อในด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การงดอาหารบางชนิดหรือการรับประทานอาหารพิเศษตามกาลวาระโอกาสต่างๆ การใช้สมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน การนวด การออกกำลังกาย การใช้ยาแผนตะวันตก ตลอดจนการรักษาด้วยสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น เครื่องรางของขลัง การสวดพิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น

2. ระบบความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยในส่วนของสามัญชนจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการหรือวิธีการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนในการรักษาคือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2.1 บุคคลจะทำการตัดสินใจเริ่มทำการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเมื่อใด เช่น เมื่อเป็นหวัด บุคคลอาจรอดูอาการ 1-2 วัน เพื่อให้หายเอง แต่ถ้าในวันที่ 3 ยังไม่หายเขาจะต้องทำการรักษา เป็นต้น

2.2 เมื่อบุคคลทำการตัดสินใจว่าทำการรักษาก็จะตัดสินใจต่อว่าจะทำการรักษากับใคร วิธีการใด เช่น ความเจ็บป่วยลักษณะนี้ ซื้อยากินเองได้ หรือต้องการไปหาผู้รักษา ซึ่งผู้รักษา จะหมายรวมถึงผู้รักษาแผนโบราณและผู้รักษาปัจจุบัน

2.3 เมื่อบุคคลตัดสินใจเลือกผู้รักษานั้นแล้ว ระบบความรู้ ความเชื่อที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลจะเป็นตัวกำหนดว่า เขาปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษาหรือไม่ เขาจะรักษา เขาจะเลือกนานเท่าใด เมื่อใดที่เขาจะเปลี่ยนวิธีการรักษา และเมื่อตัดสินใจเปลี่ยนผู้ทำการรักษา เขาจะเลือกผู้รักษาคนใหม่อย่างไร

2.4 เมื่อทำการรักษาตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกแล้ว ระบบความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะให้เกณฑ์แก่บุคคลในการประเมินผลการรักษานั้น ๆ

จากระบบการดูแลสุขภาพในสังคมโดยที่ได้กล่าวข้างต้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยตามต้องการ หรือ ตามความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมนั้น การเป็นระบบวัฒนธรรมทำให้ระบบการแพทย์เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เสื่อมสลาย หรือพัฒนากว้างขึ้น ทั้งจากกระบวนของการผสมผสาน การหยิบยืมตลอดจนด้วยอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอื่น ๆ ในสังคม จึงได้เกิดระบบการแพทย์ที่เรียกว่า ระบบการแพทย์พหุลักษณ์ (Pluralistic medical system) การเกิดระบบแพทย์แบบพหุลักษณ์เป็นปรากฏการณ์ที่สังคมหนึ่ง ๆ มีการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบ สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนทางวัฒนธรรมในเรื่องระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและวิธีการรักษาของสังคม และอาจกล่าวได้ว่าธรรมชาติของระบบการแพทย์ในสังคมและโลกทั้งหมดมีความเป็น พหุลักษณ์ (Pluralistic) (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) และข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ในสังคมรวมทั้งสังคมไทยก็คือ ประชาชนนิยมระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ซึ่งประกอบด้วยการแพทย์หลายระบบที่ตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนแตกต่างกันออกไป (โกมาตร จึง-เสถียรทรัพย์, 2535) ดังนั้นจึงพบว่ารูปธรรมในการรักษาพยาบาลของชาวบ้านที่พบกันอยู่ในปัจจุบันก็คือ การผสมผสานการแพทย์แบบพหุลักษณ์ ในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองที่นอกเหนือไปจากการแพทย์สมัยใหม่ได้แก่ ไสยศาสตร์ ความเชื่อในเรื่องผีต่าง ๆ รวมทั้งโหราศาสตร์ เช่น การดูดวง ดูเคราะห์กรรม เป็นต้น การแพทย์พื้นบ้าน เช่น ยาสมุนไพร ยาผีบอก ควบคู่กันไปโดย มิได้ถือว่าแนวทางบำบัดรักษาหลายประการเหล่านี้จะขัดแย้งแต่อย่างใด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับพหุลักษณ์ของระบบการแพทย์นั้น มีความสำคัญทางวิชาการมากขึ้นเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกได้รับความนิยมและแผ่ขยายอิทธพลไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกประสิทธิภาพที่เหนือกว่าวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญให้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ได้รับความเชื่อมั่นว่าเป็นระบบการแพทย์ที่สำคัญที่สุด ทั้งในประเทศตะวันตกและประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย การพยายามที่จะประยุกต์เอาความรู้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนการจัดรูปองค์กร การให้บริการทางการแพทย์แบบใหม่ ทำให้เกิดแนวทัศนะขึ้นใหม่ ระบบการแพทย์ (Medical system) หมายถึง เพียงแค่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งประกอบด้วยสถาบันโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล สมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกิจกรรมการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการต่างๆระบบการรักษาเยียวยาอื่นๆ ที่มีอยู่เดิมเป็นส่วนที่อยู่ "นอก" ระบบการแพทย์ ซึ่งหากไม่ถูกละเลยก็มักจะถูกกว่าเป็นการแพทย์เถื่อน หรือแบบไสยศาสตร์ขาดความรู้ที่ถูกต้องทางวิชาการ ความพยายามที่จะขยายขอบเขต และปรับปรุงคุณภาพบริการของการแพทย์ในระบบที่ให้ความหมายทางการแพทย์แผนใหม่ข้างต้น ได้ทำให้เกิดการปิดกั้นหรือควบคุมระบบการแพทย์นอกระบบ (irregular practices) อย่างเข้มงวด แต่ความพยายามที่จะสร้างระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ให้เป็นการแพทย์หลักเพียงระบบเดียวของสังคมนั้น ยังไม่เคยประสบผลสำเร็จ แม้ในประเทศอุตสาหกรรมตะวันตกซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของการแพทย์สมัยใหม่ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ไม่อาจคลอบคลุมคนในสังคมได้อย่างครบถ้วน ตรงกันข้ามยังมีรูปแบบและการใช้บริการตามความเชื่ออื่น ๆ เช่น โยคะ หรือพ่อมดหมอผี ปรากฏอยู่ไม่น้อย และหากรัฐบาลในประเทศตะวันตกเหล่านั้นยังพยายามยึดถือแนวทางเดิมคือ นำเอาแพทย์แผนใหม่เข้าถึงคนในสังคมได้ทั้งหมด ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นก็มากมายจนเกินกว่าที่ประเทศเหล่านั้นจะรับได้ (Leslie, 1980 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ในประเทศที่กำลังพัฒนาก็เช่นกัน ต่างก็รับเอาการแพทย์สมัยใหม่เป็นระบบการแพทย์หลักของตน โดยที่ระบบการแพทย์ที่เคยมีอยู่เดิมในท้องถิ่นถูกละเลยหรือถูกจำกัดบทบาทลงไปมาก ทำให้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นระบบการแพทย์ที่เป็นทางราชการเพียงระบบเดียว ซึ่งทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ เนื่องจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างจำกัด เกิดปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายและที่สำคัญคือ ความไม่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมเดิมของท้องถิ่น การเสื่อมสลายไปของระบบการแพทย์เดิมในท้องถิ่นยิ่งทำให้ประชาชนในชนบทของประเทศเหล่านั้นต้องตกอยู่ในภาวะลำบาก พึ่งตนเองไม่ได้ ซ้ำยังตกเป็นเหยื่อของหมอเถื่อนที่มาในรูปการแพทย์สมัยใหม่ เช่น หมอฉีดยา เป็นต้น (Banerji, 1984 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบกับบทเรียนของการพัฒนาระบบการแพทย์ในประเทศจีน(ซึ่งมีการผสมผสานและพัฒนาระบบการแพทย์แบบจีนให้เป็นส่วนของระบบการแพทย์ของประเทศ) ได้ทำให้เกิดการเสนอแนวคิดในการทำความเข้าใจกับระบบการแพทย์ใหม่ให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามสังคมวิทยามากขึ้น โดยเฉพาะการเสนอแนวคิดว่าระบบการแพทย์ทุกระบบสามารถที่จะมีโครงสร้างเป็นแบบ พหุลักษณ์ (pluralistic structure) โดยมีระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (Cosmopolitan medicine) เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งดำรงอยู่ในลักษณะแข่งขัน (Competitive) และเกื้อหนุน (complementary) กับระบบเยียวยารักษาอื่น ๆ (alternative therapies) (Leslie, 1980 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในลักษณะนี้ทำให้เกิดแนวทัศนะใหม่ในการมองระบบการแพทย์ท้องถิ่น โดยพยายามใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านั้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาล้วนมีระบบการแพทย์ท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญ ในขณะที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เหมาะสมทั้งในเชิงเศรษฐกิจและวัฒนธรรมมากมาย (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541)

การเกิดระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ ยังมีความหมายในเชิงแนวคิดทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์อีกด้วย การเกิดพหุลักษณ์ของระบบการแพทย์ในสังคมที่มีการแพทย์แผนตะวันตกเป็นระบบการแพทย์หลักหรือทางการ เป็นเครื่องแสดงถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดในเรื่องโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ที่แตกต่างกัน โรคที่เป็นความจริงทางชีววิทยา (biological reality) บุคคลอาจเป็นโรคได้โดยไม่แสดงความเจ็บป่วย ในขณะที่อาจเจ็บป่วยโดยไม่มีโรค ซึ่งโรคและความเจ็บป่วยในความหมายจะมีความแตกต่างกัน แต่ความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองกำหนดโดยวัฒนธรรม (culturally constructed) การแพทย์สมัยใหม่ประกอบขึ้นด้วยทฤษฎี เทคนิควิธีการและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาและรักษาโรค และหัวใจสำคัญของการทำงานของระบบการแพทย์ (medical system) อยู่ที่การเป็นระบบสังคมที่ทำหน้าที่ให้ความหมาย (meaning) และกำหนดรูปแบบในการเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ยึดเอาโรค ซึ่งเป็นความจริงทางชีววิทยาเพียงส่วนเดียวเป็นหัวใจหลักในการทำงานจึงทำให้ระบบความสัมพันธ์ในการรักษาเยียวยาละเลยส่วนที่เป็นบทบาททางด้านสัญลักษณ์และเศรษฐกิจการเมืองไป และเป็นต้นเหตุให้คนหันไปแสวงหาแหล่งบริการอื่น ๆ ที่สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาความเจ็บป่วยได้ครบถ้วนมากกว่า การเกิดพหุลักษณ์ของระบบการแพทย์จึงสะท้อนความบกพร่องของระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่ไม่อาจตอบสนองความเจ็บป่วยได้ครบถ้วน และละเลยความเป็นจริงที่สำคัญยิ่งคือ ความเจ็บป่วยที่แท้จริงมิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยาหากแต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมร่วมด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จากแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ามีระบบการดูแลสุขภาพหลายระบบที่บุคคลใช้ในการดูแลสุขภาพ และมีลักษณะเป็นพหุลักษณ์ทำให้ประชาชนมีโอกาสเลือกสิ่งที่สอดคล้องกับระบบความคิด ความเชื่อของตนได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งแต่ละระบบการดูแลสุขภาพต่างก็มีข้อดีข้อจำกัด แม้ในปัจจุบันระบบการแพทย์สมัยใหม่จะเข้ามามีบทบาทอย่างมาก แต่ก็มุ่งรักษาโรค จนบางครั้งอาจละเลยความเป็นปัจเจกของบุคคลและอีกทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ขณะเดียวกันระบบการแพทย์ของสามัญชนและการแพทย์พื้นบ้านที่มีความสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชนจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่า และถ้าพิจารณานโยบายในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ และรู้จักใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแล้ว จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ประชาชนเลือกใช้ระบบการแพทย์ของสามัญชนและระบบการแพทย์พื้นบ้านมีความเหมาะสมสามารถแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพได้ ดังนั้นการพัฒนาการสาธารณสุขจึงควรเน้นการผสมผสานระบบบริการสุขภาพทุกระบบไปพร้อม ๆ กัน

กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ

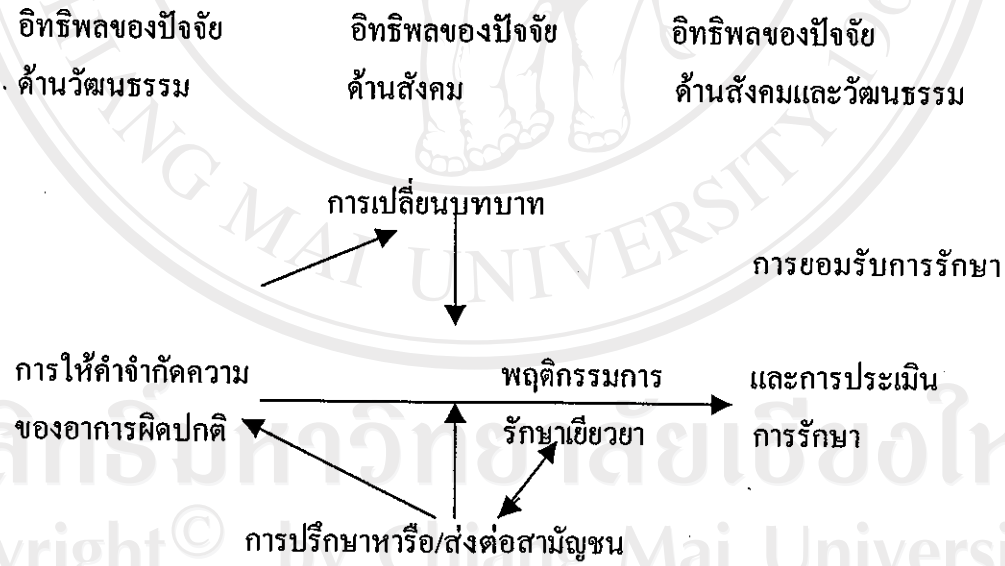
เมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการประเมินปัญหาซึ่งก็คือการให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้น (symptom definition) ซึ่งเมื่อรับรู้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงในสภาวะทางสุขภาพ บุคคลก็เริ่มที่จะตีความเกี่ยวข้องกับอาการ โดยมักจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความหมายทางวัฒนธรรมที่เป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาและนำไปปรึกษากับบุคคลทั่วไป (lay consultation) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคคลในชุมชน เป็นการขอรับการยืนยันว่า บุคคลมีความเจ็บป่วยจริงและควรรับการรักษาด้วยวิธีใด มักเกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมที่มีการใช้ข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นและตัดสินใจให้กับสมาชิกกลุ่มของตน ซึ่งบุคคลจะมีการเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role-behavior shift) โดยบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา (treatment action) เป็นการรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาและ/หรือสังคมมีส่วนช่วยเหลือในการเลือกแหล่งที่ทำการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวทางการรักษาเป็นไปตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ขั้นตอนสุดท้ายคือ การยอมรับการรักษาและการประเมินผล (adherence and evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลาว่าความเจ็บป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วยนั้นอาจมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ได้อีกเมื่อได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (Chrisman & Kleinman, 1986)

คริสแมน (Chrisman & Kleinman, 1997 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ได้อธิบายว่าปรากฏการณ์ของการรักษาเยียวยาเกิดขึ้นภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรมของผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย โดยการเจ็บป่วยของบุคคลในครั้งหนึ่งๆ กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การประเมินปัญหาหรือการให้คำจำกัดความกับอาการผิดปกติ
2) พฤติกรรมการรักษาเยียวยาเพื่อการแก้ปัญหา
3) การประเมินผลพฤติกรรมการรักษาเยียวยาครั้งนั้น
4) การเปลี่ยนบทบาทซึ่งเป็นบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวันอันมีผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
5) การปรึกษาหารือกับสามัญชนคนอื่นๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย และมีคำแนะนำหรือการส่งต่อโดยสามัญชน หรือคนอื่นๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย



แผนภูมิที่ 1 แสดงแบบจำลอง "กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา" ของคริสแมน (Chrisman, 1991)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาไม่จำเป็นต้องหยุดอยู่เพียง 5 ขั้นตอนเท่านั้น (ดูแผนภูมิ ที่ 1 ประกอบ) แต่ในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งสามารถมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ของกระบวนการทั้งหมดได้อีกเมื่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ด้วยได้ข้อมูลเพิ่มเติม

1) ขั้นตอนการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับอาการผิดปกติ (symptom definition)

ขั้นตอนแรกของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างได้แก่ การให้ความหมายหรือคำจำกัดความต่ออาการผิดปกติว่าอาการเป็นการเจ็บป่วยหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างที่มาเยี่ยมเยือนจะประเมินว่าบุคคลนั้นเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตามความหมายทางวัฒนธรรม (cultural meaning) ที่บุคคลเหล่านั้นมีอยู่ต่อการอธิบายอาการผิดปกตินั้นๆ ซึ่งได้มาจากกระบวนการสังคมกรณ์ (socialization) หรือกระบวนการอบรมถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ มาจากอดีต

ขั้นตอนต่อไปผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะช่วยกันประเมินถึงสาเหตุของโรค (Disease etiology) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคจะมีบทบาทสำคัญในการอธิบายสาเหตุของโรค

นอกจากการประเมินถึงสาเหตุความเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างยังมีการประเมินอย่างหยาบๆ ว่าเป็นโรคอะไรเกี่ยวกับระบบอะไร ซึ่งเรียกว่าการจัดประเภทการเจ็บป่วย (illness category) โดยจะเป็นไปตามการสืบทอดในแต่ละสังคม ร่วมกับการใช้ประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีการประเมินว่าปวดท้องในลักษณะแน่นจุดเสียด จะประเมินโดยตนเองหรือผู้อื่นร่วมประเมินด้วย จากประสบการณ์ที่เรียนรู้มาว่าตนมีอาการปวดท้องเนื่องจากอาหารไม่ย่อย หรือจากการรับประทานอาหารบูด หรือเสีย เป็นต้น

ในสังคมอินเดีย มีการแบ่งประเภทของการเจ็บป่วยออกเป็น 1) โรคที่ผู้ป่วยเชื่อว่ารักษาหายได้ ซึ่งโรคพวกนี้ผู้ป่วยมักทำรักษาเยียวยาเอง เช่น ไข้หวัด ปวดหัวตัวร้อน ซึ่งทำการรักษาเยียวยาแบบง่าย ๆ ได้ ซื้อยาแก้ไข้หวัดกินเอง 2) โรคที่ผู้ป่วยเชื่อว่ามีสาเหตุเฉพาะเจาะจง (fixed strategy disease) ซึ่งต้องรักษาด้วยเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เจาะจง เช่น ไส้ติ่งอักเสบ มะเร็ง ท้องร่วงอย่างรุนแรง

2) ขั้นตอนการปรึกษาหารือกับสามัญชน (lay consultation)

ภายหลังการตีความอาการผิดปกติแล้ว ขั้นตอนที่จะดำเนินต่อไปได้แก่การปรึกษากับบุคคลรอบข้างที่สัมพันธ์ด้วย กับเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ซึ่งจะต้องถูกจัดรูปแบบของการเจ็บป่วยพฤติกรรมใด ๆ ที่เกิดขึ้น ย่อมได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นภายในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เช่นเดียวกันกล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยประเมินแล้วว่าตนป่วยจะขอคำปรึกษาหารือจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง ซึ่งใช้คำว่า ระบบการส่งต่อแบบสามัญชน (lay referral system) ขณะที่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มนุษยวิทยาใช้คำว่า เครือข่ายทางสังคมอันได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา ปู่ย่า ตายาย เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง ๆ และช่วยประเมินว่าเป็นโรคอะไร มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากสิ่งใดและจะจัดการปัญหาเจ็บป่วยนั้นอย่างไร

3) ขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา (treatment action)

ขั้นตอนนี้สามารถแยกออกเป็น 2 ส่วน

3.1) แหล่งบริการรักษาเยียวยา ซึ่งแยกออกเป็น 1) แหล่งบริการที่เป็นทางการหรือโดยวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล 2) แหล่งบริการที่เป็นลักษณะวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร ผดุง-ครรภ์ 3) หมอพื้นบ้านต่างๆ เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอพระ 4) การปรึกษาหารือกับสามัญชนอื่น ๆ และ 5) การรักษาตนเอง

3.2) ชนิดการรักษาเยียวยา ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ไปหาหมอผี หรือจิตแพทย์ 4) การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การผ่าตัด เป็นต้น

การเลือกแหล่งบริการหรือชนิดของการรักษาเยียวยาขึ้นกับการประเมินของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขาบนพื้นฐานของความต้องการ ซึ่งมาจากความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่เขารับรู้กับทรัพยากรที่มีอยู่ ดังนั้นการเจ็บป่วยในเด็กและคนชรา ซึ่งมักได้รับการมองว่ามีความรุนแรงสูง ก็มักเชื่อมโยงกับการเลือกแหล่งรักษาที่เป็นทางการมากกว่าการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

4) ขั้นตอนของการยอมรับการรักษาและการประเมินผล (adherence and evaluation)

บุคคลและเครือข่ายทางสังคมมีการประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์การประเมินผลดังนี้คือ

4.1 สภาวะของการมีสุขภาพอนามัยดีกลับคืนมาหรือยัง

4.2 อาการผิดปกตินั้นทุเลา หรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมหรือไม่

4.3 การประเมินผลของผู้ป่วยบนพื้นฐานของลักษณะความสัมพันธ์และความผูกพันธ์เอาใจใส่ของผู้ให้การรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีส่วนกำหนดให้ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขา ประเมินว่าจะยังคงรักษากับหมอผู้นั้นต่อไปหรือไม่

แนวความคิดของ คริสแมน ในการนำเสนอแบบจำลอง "กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา" แม้ไม่ได้เจาะจงที่จะอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรงแต่ก็ได้ชี้ให้เห็นถึงปรากฏการณ์ของกระบวนการการรักษาเยียวยาว่าเกิดขึ้นภายใต้อิธิพลของวัฒนธรรมของผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยเองและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยในลักษณะอย่างใดบ้าง ตั้งแต่กระบวนการประเมินอาการผิดปกติจนกระทั่งถึงการประเมินผลการรักษาและการสิ้นสุดของความเจ็บป่วยหรือการรักษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ซึ่งแนวคิดทั้งหมดดังกล่าวมีนัยอย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป เนื่องจากแนวความคิดของเขาย้ำให้เห็นอย่างเด่นชัดว่ากระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาถูกปฏิบัติอยู่ภายใต้บทบาทของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

นอกจาก คริสแมน ยังเสนอแนวคิดที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดการเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาเยียวยา ซึ่งมีแนวคิดว่าทางเลือกของการดูแลรักษาตนเอง สามารถเกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของการประเมินของผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคมของเขาในเรื่องความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยตลอดจนถึงขั้นของการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งปัจจัยในเรื่องความรุนแรงของปัญหาเจ็บป่วยที่รับรู้และทรัพยากรที่มีอยู่มีส่วนสร้างอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกดังกล่าว

จากกระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พฤติกรรมการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา และขั้นตอนของการยอมรับการรักษาและการประเมินผลการรักษา จึงเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กหรือเรียกว่าโรคกลุ่มอาการหวัดและปอดบวม เป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของระบบหายใจซึ่งรวมการติดเชื้อตั้งแต่จมูก หู คอ กล่องเสียง หลอดลม จนถึงเนื้อปอด การติดเชื้ออาจเป็นพร้อมกันหลายแห่งทำให้มีอาการต่างๆกัน ได้แก่ มีน้ำมูก ไอ มีไข้ เจ็บคอ หายใจลำบาก หรืออาจมีอาการของหูอักเสบ ซึ่งอาการต่างๆ จะเป็นต่อเนื่องกันไม่เกิน 14 วัน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กซึ่งพบมากในฤดูหนาว ส่วนใหญ่ไม่มีอาการรุนแรง เช่น โรคหวัด จะทำให้เด็กมีอาการไอ มีน้ำมูก อาการเหล่านี้สามารถให้การดูแลเบื้องต้นที่บ้านและหายได้ ถ้าให้การดูแลที่ถูกต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยได้แก่

(1) โรคหวัด

โรคหวัดเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม เป็นการติดเชื้ออย่างเฉียบพลันของระบบหายใจทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อจมูกและคอหอย โรคหวัดนี้ไม่รุนแรงหายเองได้ ถ้ามีการดูแลที่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคแทรกเป็นอันตรายได้

สาเหตุของโรคหวัด โรคไข้หวัดเกิดจากการติดเชื้อไวรัส ซึ่งมีหลายชนิด จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดได้บ่อย ๆ เมื่อติดเชื้อตัวใหม่ โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นไข้หวัดเฉลี่ยปีละ 6-8 ครั้ง

การติดต่อ

1. สูดอากาศที่มีเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย เชื้อไวรัสที่ฟุ้งกระจายในอากาศ มาจากการไอหรือจาม ของผู้ป่วยโรคไข้หวัด

2. คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้หวัด เชื้อโรคผ่านมือผู้ป่วยไปสู่มือผู้รับเชื้อ แล้วเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยผู้รับเชื้อใช้มือที่มีเชื้อโรคไปขยี้จมูกหรือตาตนเอง

อาการ ในทารก ระยะแรกอาจจะมาด้วยอาการไข้ และตรวจไม่พบความผิดปกติอื่นๆ ต่อมาก็จะเริ่มมีน้ำมูกไหล จาม ร้องกวน ดูดนมได้ไม่ดี บางคนอาจมีอาเจียนหรืออุจจาระร่วงร่วมด้วย ในเด็กโตจะเริ่มด้วยอาการจาม คอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว หนาวๆ ร้อนๆ และน้ำมูกไหล ซึ่งตอนแรกอาจเป็นน้ำมูกใส ๆ ต่อมาข้นขึ้นสีเหลือง หรือเขียวเหมือนหนอง ไอ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และมีไข้ต่ำ ๆ ซึ่งระยะนี้อาจเป็นอยู่ 2-4 วัน

การรักษา การรักษาโรคไข้หวัด ไม่มีการรักษาจำเพาะ ควรให้การรักษาตามอาการ โดยให้รับประทานยาลดไข้พาราเซตามอล (Paracetamol) ขนาด 10-15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ได้ทุก 4-6 ชั่วโมงเวลามีไข้ การใช้ยาแก้ไอควรใช้ในรายที่ไอมากเท่านั้น ไม่ควรใช้ยาที่กดอาการไอ หรือ ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของตัวยาหลายชนิด ควรใช้ยาขับเสมหะ เช่น แอมโมเนียมคาร์บอเนต (Ammomium carbonate) ไม่ควรใช้ยาลดน้ำมูกและยาปฏิชีวนะ ควรให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อนให้เพียงพอ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(2) โรคคออักเสบ

เด็กที่เป็นโรคไข้หวัด มักมีอาการเจ็บคอร่วมด้วย ซึ่งพบได้บ่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากมีการอักเสบภายในลำคอ อาการเจ็บคออาจมีอาการเพียงเจ็บคอเล็กน้อย จนถึงเจ็บคอมากจนกลืนอาหารหรือน้ำลำบาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อที่เป็นสาเหตุ ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและให้การดูแลรักษาถูกต้องจึงแบ่งโรคคออักเสบเป็น 3 ชนิด คือ

1. โรคคออักเสบที่เป็นร่วมกับหวัด
2. โรคคออักเสบชนิดมีตุ่มใส หรือแผลเล็ก ๆ กระจายในช่องปาก
3. โรคคออักเสบชนิดมีฝ้าขาวหรือหนองที่ต่อมทอนซิล

สาเหตุ โรคคออักเสบชนิดที่เป็นร่วมกับหวัด และชนิดมีตุ่มใสหรือแผลเล็ก ๆ กระจายในช่องปากนั้น เกิดจากเชื้อไวรัส ส่วนโรคคออักเสบชนิดมีฝ้าขาวหรือหนองที่ต่อมทอนซิลนั้น เป็นได้จากเชื้อไวรัส และบักเตรีที่สำคัญเชื้อเสตร็พและคอตีบ

อาการ โรคคออักเสบจะมีอาการมากน้อยแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด และสาเหตุของโรคดังนี้

1. ชนิดที่เป็นร่วมกับไข้หวัด จะมีอาการไม่รุนแรงเด็กจะเจ็บคอเล็กน้อย คอแดงไม่มาก ไข้ต่ำ ซึ่งอาจหายได้เอง 1 สัปดาห์

2. ชนิดเป็นตุ่มใส ๆ หรือแผลเล็ก ๆ ในปาก มักจะพบในเด็กเล็ก ๆ มีอาการเจ็บคอมากจนกลืนอะไรไม่ลงน้ำลายไหลตลอดเวลา ไข้สูงอาจมีชักร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ราว ๆ 7 วัน หาย

3. ชนิดที่มีฝ้าขาวหรือหนองที่ต่อมทอนซิล หากเกิดจากเชื้อเสตร็พ จะมีอาการไข้สูงอ่อนเพลีย เจ็บคอมาก บริเวณต่อมทอนซิลจะบวมแดง ต่อมน้ำเหลืองใต้คางจะบวม กดเจ็บ คออักเสบจากเชื้อเสตร็พมักเป็นในเด็กโต กว่า 3 ปี

การรักษา นอกจากการดูแลรักษาโดยทั่ว ๆ ไป เช่น การให้ยาลดไข้ ให้น้ำและอาหารที่เพียงพอแล้ว ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุ โดยปกติแนะนำให้ใช้เพนนิซิลลิน ชนิดกินในขนาด 5 หมื่นยูนิต/กก./วัน แบ่งให้ 4 ครั้ง เป็นเวลา 10 วัน จะสามารถกำจัดเชื้อได้รวดเร็ว และอาการสำคัญต่าง ๆ ดีขึ้น เช่น ไข้ลดลงได้ภายในเวลา 24 ชั่วโมง ในกรณีที่แพ้เพนนิซิลลินให้ใช้ erythromycin (40 มก./กก./วัน) แบ่งให้ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 10 วัน แทนได้หรือ อาจใช้ amoxicillin 30-50 มก./กก./วัน แบ่งให้ 3 ครั้ง แทน เพนนิซิลลิน ในเด็กเล็กเพราะดูดซึมดีกว่า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(4) โรคปอดบวม

โรคปอดบวมถือเป็นโรคสำคัญมากในกลุ่มอาการหวัดและปอดบวม เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจชนิดรุนแรง ทำให้เด็กเสียชีวิตได้มาก โดยเฉพาะเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อย เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เด็กกลุ่มนี้เมื่อเป็นโรคปอดบวมมักมีอาการรุนแรง

สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส และบัคเตรี ซึ่งมักจะเริ่มโดยหวัดก่อน 2-3 วัน

อาการ

1. ผู้ป่วยมักจะเริ่มมีอาการเป็นไข้หวัดก่อน สัก 2-3 วัน ต่อมามีอาการไข้สูง
2. ไอมาก
3. หายใจลำบาก ลักษณะการหายใจลำบาก

การรักษา

ในเด็กที่ป่วยเป็นปอดบวมระยะแรก หรือไม่รุนแรงทีอาการไข้สูง ไอ หายใจเร็ว ควรพาไปรับการรักษาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจให้ยาปฏิชีวนะและให้มาดูแลที่บ้านได้เช่นเดียวกับโรคหวัด ดังนี้

1. การดูแลทั่วไป ให้กินอาหารตามปกติ ดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อน
2. กินยาตามแพทย์สั่ง
3. ระวังอาการถ้าพบอาการผิดปกติหรือไม่ดีขึ้นให้รีบนำไปพบแพทย์

แนวทางในการดูแลเด็ก เมื่อป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจขณะอยู่ที่บ้าน (ประมวญ สุนากร, 2542)

1. การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ควรเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น เมื่อมีไข้สูง โดยใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดให้หมาด เช็ดบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนขา และข้อพับต่าง ๆ ถ้าเช็ดตัวแล้วไข้ไม่ลดลง ให้รับประทานยาลดไข้พาราเซตามอล ซึ่งเป็นยาสามัญประจำบ้านผู้ปกครองสามารถให้ยาได้เองในขนาดที่ถูกต้อง

ควรให้ยาลดไข้เฉพาะเวลามีไข้เท่านั้น เว้นระยะเวลาในการให้ยา ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เมื่อไข้ลดลงแล้วควรงดยา ถ้ายังมีไข้สูงติดต่อกัน 3 วัน ควรพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. การให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ปกครองไม่ควรซื้อยาปฏิชีวนะ ให้เด็กรับประทานเอง เพราะหากใช้ยาไม่ถูกต้องอาจทำให้เชื้อโรคดื้อยา นอกจากนี้ในกรณีของโรคไข้หวัดการใช้ยาปฏิชีวนะเอง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ควรสังเกตอาการของเด็กหากมีไข้สูงเกิน 3วัน หายใจเร็ว หรือเด็กซึมลง ควรพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะควรให้เจ้าหน้าสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณา

3. การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูก ไม่ควรซื้อยาลดน้ำมูกให้เด็กรับประทาน เพราะอาจมีฤทธิ์ข้างเคียง เช่น ทำให้ง่วงซึม ชีพจรเร็ว จึงไม่ควรใช้ เด็กจะมีน้ำมูกมากใน 2 วันแรก ในเด็กเล็กควรพับมุมผ้าเป็นแท่งปลายสอดเข้าไปซับน้ำมูกในรูจมูก หรือดูดออกโดยใช้ลูกสูบยาง ถ้าน้ำมูกแห้งกรังอุดจมูกอาจใช้ผ้าพันปลายแหลมชุบน้ำต้มสุกสอดเข้ารูจมูกเพื่อให้น้ำมูกอ่อนตัวลง แล้วจึงซับออก

4. การดูแลเด็กเมื่อมีอาการไอ อาการไอเป็นปฏิกิริยาของร่างกายในการที่จะขับสิ่งแปลกปลอมออกมา เมื่อเด็กมีอาการไอ อาจใช้น้ำผึ้งผสมมะนาวป้ายลิ้น หรือใช้น้ำผึ้งผสมมะนาวชงกับน้ำอุ่นป้อนเด็กบ่อย ๆ ควรให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ ถ้าเป็นไปได้ควรให้น้ำอุ่นจะทำให้เสมหะเหลวและขับออกง่ายขึ้น ไม่ควรซื้อยาแก้ไอให้เด็กรับประทาน เพราะอาจมีส่วนผสมของฝิ่น หรือโคเดอีน ซึ่งกดศูนย์หายใจเกิดอันตรายต่อเด็กได้ นอกจากนี้ยาแก้ไอบางอย่างมีส่วนผสมของตัวยาหลายชนิด จากการสำรวจยาแก้ไอในท้องตลาดของคณะกรรมการอาหารและยา และทีมงานของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ร้อยละ 59 เป็นยาสูตรผสม ซึ่งตัวยามีฤทธิ์ตรงข้ามกัน เช่น ยาแอนตีฮีสตามีน (Antihistamin) ทำให้เสมหะแห้ง แต่ผสมอยู่กับยาขับเสมหะ (Expectorant) หรือผสมยาระงับอาการไอกับยาขับเสมหะ (อารี อิงคะวณิช และ วัชรี สารีบุตร, 2539, หน้า 37) ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ยาแก้ไอ แต่ถ้าเด็กมีอาการไอบ่อย รบกวนการพักผ่อนก็ควรเลือกใช้ยาแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก ซึ่งเป็นยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ถ้าเด็กไอนานเกิน 30 วัน ควรพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. การดูแลเด็กเจ็บคอ เมื่อเด็กเจ็บคอ ควรให้เด็กดื่มน้ำบ่อย ๆ ในเด็กอายุมากว่า 3 ปี อาจเจ็บคอเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม จึงควรไปรับการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะมิฉะนั้น อาจทำให้เกิดไข้รูห์มาติกในภายหลัง ซึ่งทำให้เกิดโรคหัวใจ หรือไตอักเสบได้ หรือหากเป็นการเจ็บคอจากการติดเชื้อดิพธีเรีย อาจลุกลามทำให้เกิดอาการหายใจลำบากเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อเด็กมีอาการเจ็บคอมาก ควรพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อการตรวจรักษาที่ถูกต้อง

6. การดูแลเมื่อเด็กอาเจียน ในเด็กเล็กเมื่อเป็นหวัดอาจอาเจียน เนื่องจากการระคายเคืองจึงอาเจียนเพื่อขับเสมหะออกมา ซึ่งมักพบในขณะดูดนม ดังนั้นต้องระมัดระวังอย่าให้เด็กสำลักอาเจียน ซึ่งเป็นอันตรายมากถ้าสำลักเศษอาหาร หรือนมเข้าหลอดลม เพราะจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนคือปอดบวม ดังนั้นเมื่อเด็กอาเจียน บิดา มารดา หรือผู้ปกครองควรรีบตะแคงหน้าเด็กไปด้านใดด้านหนึ่ง และหยุดการให้นม หรืออาหารไว้ก่อน แล้วทำความสะอาดปาก และจมูกเมื่อมีอาการดีขึ้น หรือไม่มีอาการผิดปกติ จึงให้นมหรืออาหารต่อ แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการผิดปกติ ควรพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

7. การดูแลเมื่อเด็กเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบ เมื่อเด็กมีอาการหูชั้นกลางอักเสบ บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ควรพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทำการรักษาให้ถูกต้อง ถ้าปล่อยทิ้งไว้ อาจเป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง หรือลุกลามไปที่สมองเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ในกรณีที่มีน้ำหรือหนองไหลออกจากหู ควรดูแลเรื่องความสะอาดของหู โดยเช็ดรูหูให้แห้งรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง และกลับมาให้แพทย์ตรวจตามนัด นอกจากนี้ควรระมัดระวังไม่ให้เด็กใส่สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในหู ระวังไม่ให้น้ำเข้าหู เพราะจะทำให้โรคลุกลามมากขึ้น ผู้ปกครองควรสังเกตอาการถ้ามีอาการบวมเจ็บบริเวณหลังหู หรือปวดศีรษะมาก อาเจียน ควรรีบพาเด็กไปตรวจซ้ำ

8. การสังเกตอาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบนในเด็ก เมื่อเด็กเริ่มมีอาการของโรคหวัด ควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูงเกิน 3 วัน หายใจเร็วมีอาการหายใจเสียงดัง หายใจลำบากโดยหายใจแรงจนชายโครงบุ๋มขณะหายใจเข้า เด็กไม่ยอมดูดน้ำหรือนม ไม่รับประทานอาหารเมื่อมีอาการเหล่านี้ ควรรีบพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทำการรักษาที่ถูกต้อง

9. การดูแลสุขภาพทั่วไปได้แก่ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542)

9.1 การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การให้สารน้ำ ไม่ควรให้เด็กงดอาหาร ขณะป่วยควรให้เด็กรับประทานอาหารตามปกติ หรือปริมาณมากกว่าปกติ โดยพยายามป้อนให้บ่อย

9.2 การรักษาความอบอุ่นของร่างกาย ควรใส่เสื้อผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะอากาศเปลี่ยนแปลง เช่น ฝนตก หรืออากาศหนาว

9.3 ให้เด็กอยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ในบ้านไม่ควรมีควันไฟ หรือควันบุหรี่

9.4 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โดยการแยกห้องนอนระหว่างเด็กที่ป่วยกับเด็กที่ไม่ป่วย และแยกของใช้เฉพาะเด็กที่ป่วย เช่น ผ้าเช็ดตัว ช้อน แก้วน้ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อังคณา จิราจินต์ (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและแรงจูงใจด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

จากการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร์ (2536) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พบว่ามารดาที่มีบุตรที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ มีการเลี้ยงดูบุตรดีกว่ามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญ

มะลิวัลย์ ยามโสภา (2537) จากการศึกษาเรื่องการสำรวจความเชื่อและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของมารดาในเขตจังหวัดมหาสารคาม พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในด้านการให้อาหาร การป้องกันโรค การดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยและการส่งเสริมพัฒนาการของบุตร พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ถูกต้อง พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในด้านการให้อาหาร การป้องกันโรค การดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยและการส่งเสริมพัฒนาการบุตร พบว่ามารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า มารดามีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรดีด้วย

การศึกษาของ สุภาภรณ์ มิตรภกานนท์ และคณะ (2538) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือระยะเวลาในการเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเมื่อป่วยไม่ถูกต้องละเลยเมื่อบุตรเจ็บป่วยเล็กน้อยทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

ทรงพล ต่อนี และคณะ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประมวญ สุนากร และคณะ (2539) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่ามารดาส่วนใหญ่เห็นว่าไข้หวัดเป็นโรคที่ไม่รุนแรงมักใช้ยาลดน้ำมูกและยาแก้ไอ บางรายไม่มีเวลาในการดูแลบุตรต้องออกไปทำงานนอกบ้านจึงพาบุตรไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขล่าช้า

ปรัศนี ศรีวิชัย (2540) ได้ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยพบว่าผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่เหมาะสมมากกว่า ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง

สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ (2541) ทำการวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบว่ามารดามีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ถูกต้องในระดับดี มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี ความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่อยู่ในระดับต่ำกับระดับความรุนแรงและความถี่ในการป่วยในอดีตของบุตร พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่อยู่ในระดับต่ำกับความรุนแรงและความถี่ในการป่วยในอดีตของบุตร

นิลุบล ไทยรัตน์ (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่ได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหวัดและปอดบวมในเด็กอย่างสม่ำเสมอโดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงคือการสัมผัสกับอากาศหนาวเย็น (ร้อยละ 90) นอกจากนี้ ยังรับรู้ว่าการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ (ร้อยละ 84.8) การสัมผัสอากาศหนาวเย็น (ร้อยละ 84.3) เป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงมากต่อการเกิดโรคหวัด และโรคดังกล่าวมีความรุนแรง จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหวัดและปอดบวม

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ (2541) ได้ศึกษา บทบาท สถานภาพ และทิศทางความรู้และหมอพื้นบ้านชาวไทยภูเขา พบว่า หมอพื้นบ้านในบ้านห้วยหอย ตำบลแม่วิน อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มีความรู้ในการรักษาด้วยโรคสมุนไพร การใช้คาถา มีการพัฒนาความรู้ด้วยการเปิดตัวสู่ชุมชนนอกหมู่บ้านโดยการเป็นสมาชิกต่าง ๆ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved