

อัตลักษณ์ “การเป็นผู้กำหนดสุขภาพของตัวเอง” ของผู้ป่วย*

สิทธิโชค ชาวไร่เงิน
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

เกริ่นนำ



ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่า “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับหลายประเทศทั่วโลกในปี 2555 มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้มากกว่า 38 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สู้ดีนัก จากการสำรวจในปี 2556 มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 349,090 คน มากขึ้นกว่าการสำรวจก่อนหน้าในปี 2552 ถึงเกือบ 50,000 คน เรียกได้ว่า จากปี 2552 ถึงปี 2556 เรามีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นๆ ทุกปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 8,687.5 คนต่อปี (แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: VII)

แนวทางสำคัญที่สังคมไทยใช้ในการหยุดยั้งความสูญเสียจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นคือการลด “ปัจจัยเสี่ยงหลัก” ที่ทำให้เกิดโรค อันได้แก่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารรสจัด ความเครียด และการไม่มีกิจกรรมทางกาย ซึ่งมาตรการหลักที่ภาครัฐและภาคประชาสังคมนิยมใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงหลักเหล่านี้ก็คือ การกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองด้วยการลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ โดยใช้การโฆษณาณรงค์ตามสื่อสาธารณะและป้ายประชาสัมพันธ์ในสถานที่ต่างๆ

หากพิจารณาเนื้อหาการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในมิติทางวัฒนธรรมแล้วเราจะพบว่า นอกจากการรณรงค์จะทำการ “สื่อ” ให้สังคมเห็นโทษภัยของพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว ก็ยังได้ทำการ “สร้าง” สิ่งที่เราเรียกว่า “อัตลักษณ์ทางสังคม”

ให้แก่สาธารณสุขชนทั้งที่มีและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอีกด้วย โดยอัตลักษณ์ทางสังคมที่ว่านั่นก็คือ “การเป็นผู้กำหนดสุขภาพของตัวเอง” (Health agency) ผ่านการเน้นย้ำในการรณรงค์เสมอๆ ว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ซึ่งเราสามารถเลือกได้ว่าจะป่วยหรือไม่ป่วยเป็นโรคกลุ่มนี้

ประเด็นที่นักสังคมศาสตร์สนใจก็คือว่า หากย้อนกลับไปราวๆ ครึ่งศตวรรษที่แล้ว อัตลักษณ์ทางสังคมของผู้ป่วยตามความรับรู้ของบุคลากรสุขภาพแทบจะเป็นคนละภาพกับที่ปรากฏในปัจจุบัน ผู้ป่วยในยุคนั้นคือคนที่ต้องทำตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่มีลักษณะของการเป็น “ผู้กำหนดชะตาตัวเอง” แม้แต่น้อย จึงเกิดคำถามขึ้นว่า อัตลักษณ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่ปรากฏในปัจจุบันนั้น เกิดขึ้นช่วงไหน และเกิดขึ้นได้อย่างไร

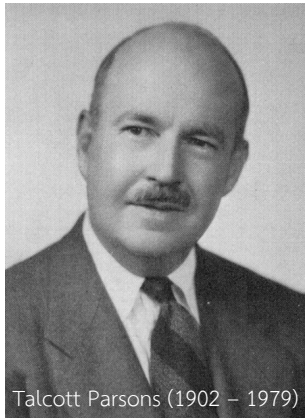


* เนื้อหาในบทความนี้เป็นการสรุปเรียบเรียงจากบทความ Armstrong, David. 2014. *Actors, patients and agency: a recent history. Sociology of Health and Illness*. Vol36 (2): 163-174.

ห้ามอ้างอิง เอกสารอยู่ระหว่างการปรับปรุงข้อมูลเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

ใช้เฉพาะการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนสถานะองค์ความรู้มิติสังคมวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพฯ ปี 2560 เท่านั้น

อัตลักษณ์ทางสังคมของ “ผู้ป่วย” ในมุมมองของพาร์สันและฮอคบอม



Talcott Parsons (1902 - 1979)

ในปี 1951 นักสังคมวิทยาคนสำคัญอย่าง ทาลคอต พาร์สัน (Talcott Parsons) ได้เสนอคำอธิบายเกี่ยวกับบทบาททางสังคมของผู้ป่วยไว้ว่า เมื่อมีคนป่วยคนรอบข้างจะคาดหวังให้คนป่วยรีบไปรับบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็วที่สุด เมื่อเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยจะถูกคาดหวังให้ทำตามคำสั่งของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น เขาจะพูดได้ก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่อยากให้พูด เขาจะต้องทำเฉพาะในสิ่งที่เจ้าหน้าที่อยากให้ทำ ไม่มีการคาดหวังใดๆ จากผู้ป่วยมากกว่านี้ บทบาทการเป็นผู้ป่วย (Sick role) มีเพียงอย่างเดียว คือ ทำตัวให้หายป่วยเร็วที่สุดด้วยการทำตามคำสั่งของบุคลากรสุขภาพ กล่าวได้ว่าอัตลักษณ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่สะท้อนตามคำอธิบายนี้ของพาร์สันก็คือ “ผู้ที่ไม่สามารถกำหนดสุขภาวะของตนเองได้”

(Passive patient) นั่นเอง จากนั้นมาตลอดทศวรรษ 1950 - 1960 อัตลักษณ์ทางสังคมของผู้ป่วยในฐานะ “ผู้ที่ไม่สามารถกำหนดสุขภาวะของตนเองได้” นี้ ก็กลายเป็นที่รับรู้ทั่วไปและถูกผลิตซ้ำเสมอๆ ผ่านการปฏิบัติจริงในสังคมและผ่านการพูดถึงในงานศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในวงวิชาการสังคมศาสตร์ จิตวิทยา และการแพทย์

จนกระทั่งปลายทศวรรษ 1960 ก็เริ่มมีงานศึกษาที่มีนัยของความพยายามจะสร้างอัตลักษณ์ทางสังคมใหม่ให้กับผู้ป่วย งานศึกษาที่สำคัญงานหนึ่งคืองานของนักจิตวิทยาสังคมชื่อว่า กอดฟรีย์ ฮอคบอม (Godfrey Hochbaum, 1958) ที่ศึกษาปัจจัยซึ่งทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่เข้าร่วมโปรแกรมการคัดกรองวัณโรค เขาพบว่า สมมติฐานเดิมๆ ที่มักมองว่าการขาดความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยสำคัญของการไม่ไปพบแพทย์ของผู้ป่วยนั้น ไม่ถูกต้องในกรณีนี้ เพราะผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เรื่องวัณโรคเป็นอย่างดี แต่ปัจจัยสำคัญคือ “การตีความความเจ็บป่วย”



Godfrey Hochbaum (1966 - 1999)

เขาพบว่า สำหรับผู้ป่วยแล้ว การไม่ปรากฏอาการ (symptom) แปลว่า เขาสุขภาพดี ซึ่งตรงข้ามกับความรู้ทางการแพทย์ที่พบว่า โรคจำนวนไม่น้อยไม่แสดงอาการอย่างชัดเจน หมายความว่า คนเราอาจเป็นโรคบางอย่างได้แม้จะไม่ปรากฏอาการก็ตาม สำหรับฮอคบอมแล้ว แม้ว่าปัจจัยดังกล่าวถือเป็นอุปสรรคสำคัญของการรักษาวัณโรค แต่ก็ชี้ชวนให้เห็นว่า การจะทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพนั้น เทคโนโลยีทางการแพทย์และการให้ข้อมูลเรื่องโรคแก่ผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องทำให้ผู้คนตระหนักด้วยตัวเองว่าการไม่แสดงอาการไม่ได้เท่ากับการมีสุขภาพดี เมื่อผู้คนตระหนักเช่นนี้แล้วจึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

“ตัวแบบความเชื่อสุขภาพ” และแนวคิด “ปัจจัยเสี่ยง”

จากนั้นมา ฮอคบอมและนักจิตวิทยาสังคมอีกหลายคนซึ่งทำงานร่วมกันในกองพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Science Section) ของกรมสาธารณสุขศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (US Public Health Services) ทำการศึกษาในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอีกหลายโครงการ จนนำมาสู่การพัฒนาตัวแบบการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้คนที่สำคัญประการหนึ่งนั่นคือ “ตัวแบบความเชื่อสุขภาพ” (Health Believe Model) ตัวแบบนี้อธิบายว่า การที่คนเราจะตัดสินใจว่าจะมารับบริการทางการแพทย์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ 1. การประเมินความร้ายแรงของอาการป่วย 2. การประเมินความคุ้มค่าของการกระทำ

(เช่น ไปกับไม่ไปหาแพทย์ อย่างไรจนคุ้มค่ากว่า) 3. การประเมินปัญหาอุปสรรคจากอาการป่วย และ 4. การสงสัยในตัวเอง (susceptibility) มีนักวิจัยจำนวนไม่น้อยนำตัวแบบนี้ไปศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่างๆ จำนวนมาก จนเรียกได้ว่าเป็นตัวแบบการอธิบายด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทรงอิทธิพลมากที่สุดแนวคิดหนึ่งในช่วงปลายศตวรรษที่ 20

เราจะเห็นได้ว่าข้อสังเกตและความต้องการของฮอคคอมจากงานศึกษาในปี 1958 และองค์ประกอบที่ 4 ใน “ตัวแบบความเชื่อสุขภาพ” นั้นแสดงนัยว่าต้องการให้ผู้คนมีบทบาทมากขึ้นในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เป็นเพียงแค่ผู้รอคำสั่งจากบุคลากรสุขภาพตามคำอธิบายของพาร์สันส์อีกต่อไป

Risks Factors

ในช่วงเวลาที่ “ตัวแบบความเชื่อสุขภาพ” ของฮอคคอมเป็นที่นิยมก็เริ่มมีแนวคิดหนึ่งเกิดขึ้นในวงวิชาการสุขภาพนั่นคือ “ปัจจัยเสี่ยง” (Risks factor) เริ่มแรกเดิมทีนั้นแนวคิดนี้ถูกใช้อธิบายปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ กล่าวคือ ปัจจัย “ภายนอก” ร่างกายมนุษย์ อาทิเช่น น้ำเสีย อากาศเป็นพิษ ก็เป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้คนเจ็บป่วยได้ไม่น้อยไปกว่าปัจจัย “ภายใน” ร่างกายมนุษย์ อย่างการมีเชื้อโรคหรือการทำงานผิดปกติของอวัยวะภายใน เมื่อแนวคิด “ปัจจัยเสี่ยง” ถูกใช้มากขึ้นในแวดวงสุขภาพ มันได้กินความหมายมากไปกว่าเรื่องสิ่งแวดล้อม โดยนับเรื่อง “พฤติกรรมเสี่ยง” ซึ่งปรากฏอยู่ “นอกร่างกาย” ของมนุษย์เข้าไว้ด้วย อาทิเช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ เมื่อรวมกับแนวคิดของฮอคคอมที่มีอิทธิพลในเวลานั้น จึงกลายเป็นแนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพที่ว่า “พฤติกรรมเสี่ยงอาจทำให้ผู้คนป่วยได้ ถึงแม้ว่ายังไม่ปรากฏอาการก็ตาม” ซึ่งสะท้อนนัยว่า ผู้คนไม่เพียงแต่มีหน้าที่ต้องสำรวจว่าร่างกายตัวเองปรากฏอาการเจ็บป่วยหรือไม่ แต่ยังต้องพึงระวังพฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างที่อาจนำพาซึ่งโรคร้ายไข้เจ็บมาให้ด้วย หรือกล่าวได้ว่าเป็นการคาดหวังให้ผู้คนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้นนั่นเอง

“ความสามารถของตนเอง” (Self-efficacy)

ถึงแม้จะมีประโยชน์ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ แต่แนวคิดเรื่องการสงสัยตัวเองของฮอคคอมก็สร้างอัตลักษณ์ทางสังคมที่ “ประหลาดๆ” (ambiguous) ขึ้นมาด้วย กล่าวคือ ถ้าหากันตามคำอธิบายของฮอคคอม เราจะพบว่า ในด้านหนึ่งผู้คนจะต้องสำรวจตรวจสอบตัวเองเสมอว่าเขาป่วยหรือไม่ ในขณะที่เดียวกันแม้ว่าเขาจะไม่พบอาการแสดง (symptom) เขาก็ไม่สามารถแน่ใจได้ว่ามีสุขภาพดี เพราะมีหลายโรคที่ไม่ปรากฏอาการ กลายเป็นว่าคนที่มีความลักษณะ “ที่พึงประสงค์” ในความหมายว่า จะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น คือคนที่ “หวังหน้าพะวงหลัง” คอยกังวลอยู่เสมอว่าตัวเองจะป่วยหรือไม่ ซึ่งผลในทางสังคมของการสร้างอัตลักษณ์ประหลาดๆ ดังกล่าวก็คือ ผู้คนจำนวนไม่น้อยได้ปฏิเสธบทบาทนี้หรือไม่ก็ยอมรับความเจ็บป่วยโดยสุคติเพราะมองว่าไม่สามารถป้องกันตัวเองได้เลย ประเด็นคือ หากยังเป็นเช่นนี้แน่นอนว่าแนวคิดของฮอคคอมย่อมถูกท้าทายและอาจล้มหายตายไปจากสังคม อย่างที่เรารับรู้กันว่า แนวคิดของเขาในการเพิ่มบทบาทของผู้ป่วยและผู้คนทั่วไปให้ดูแลสุขภาพตัวเองยังคงปรากฏถึงปัจจุบัน คำถามคือทำไมจึงเป็นเช่นนี้ คำตอบคือเพราะมีอีกแนวคิดหนึ่งมาช่วยหนุนเสริมไว้นั่นเอง

แนวคิดที่มาช่วยแก้ไขอัตลักษณ์ทางสังคมที่ประหลาดๆ จากแนวคิดของฮอคบอมก็คือ แนวคิดเรื่อง “ความสามารถของตนเอง” (Self-efficacy) ของนักจิตวิทยาคนสำคัญของโลกคนหนึ่งอย่าง อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ที่เสนอว่าในทศวรรษ 1970 โดยย่อ แนวคิดนี้มองว่า แม้มนุษย์จะตกอยู่ในเงื่อนไขที่ยากลำบาก มีข้อจำกัดมากมายในการจัดการปัญหาที่กำลังเผชิญ แต่มนุษย์ก็ยังคงมีความสามารถเพียงพออยู่เสมอ ที่จะควบคุมสถานการณ์นั้นให้ตัวเองผ่านพ้นความยากลำบากไปได้ เมื่อนำแนวคิดของแบนดูรา มารวมกับฮอคบอม จึงเกิดแนวคิดที่ว่า แม้ผู้คนจะตกอยู่ในสิ่งแวดล้อม (การมีพฤติกรรมเสี่ยง) ที่ทำให้ร่างกายเสื่อมเสี่ยงที่เจ็บป่วย และแม้เราจะไม่สามารถมั่นใจได้ว่าเรามีสุขภาพดีทั้งที่ร่างกายยังไม่ปรากฏอาการแสดงก็ตาม เราก็สามารถมั่นใจได้ว่า ตัวเรานั้นสามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ ทั้งปัจจัยภายนอกร่างกาย (พฤติกรรมเสี่ยง) และปัจจัยภายในร่างกาย (เชื้อโรค) เพราะตัวเรานั้นเองคือ “ผู้กำหนดชะตาตัวเอง ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมหรือคนอื่น ๆ”



Albert Bandura (1925 – present)

อิทธิพลของแนวคิด “ผู้กำหนดชะตาตัวเอง” ในช่วง 1970 – 2000

อัตลักษณ์ทางสังคมของผู้ป่วยในฐานะ “ผู้กำหนดชะตาตัวเอง” เป็นที่รับรู้และยอมรับอย่างแพร่หลายในแวดวงวิชาการสุขภาพและสังคมศาสตร์อย่างชัดเจนในทศวรรษ 1970 – 2000 เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงหลากหลายเรื่องที่ปรากฏอยู่ในงานศึกษาของวงวิชาการเหล่านี้

ในแวดวงผู้ศึกษาประเด็นการตัดสินใจไปรับบริการสุขภาพของผู้ป่วย ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงคำเรียกผู้ป่วยที่ใช้ในงานศึกษาไปจากเดิมในช่วงทศวรรษ 1960 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการศึกษาประเด็นนี้ นักวิจัยมักจะเรียกผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาว่า “ผู้ไม่ใส่ใจ” (defaulter) ต่อมาในทศวรรษ 1970 – 1980 ก็เปลี่ยนมาใช้คำว่า “ผู้ไม่ให้ความร่วมมือ” (non-compliance) แทนคำเดิม เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 1990 มีความพยายามใช้คำอื่นที่สื่อถึงความมีเหตุผลของผู้ป่วยในการไม่มารับบริการทางการแพทย์มากขึ้น ในบรรดาคำที่ถูกใช้มีคำๆ หนึ่งที่โดดเด่นและเป็นที่ยอมรับที่สุด คือ “การร่วมมือกันรักษา” (concordance) ที่หมายความว่า การรักษาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจากความร่วมมือกันของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ถึงแม้ว่าคำนี้จะไม่ได้เป็นคำศัพท์ที่ใช้เรียกผู้ป่วยโดยตรง แต่ก็เป็นที่นิยมเพราะสื่อถึงของความร่วมมือของผู้ป่วยได้อย่างดี นอกจากนี้ยังเกิดจากแนวคิดการรักษาแบบใหม่ที่เรียกกันว่า “การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (patient-center approach) ซึ่งเริ่มเป็นที่นิยมในช่วงเวลาเดียวกัน

นอกจากปรากฏในแวดวงผู้ศึกษาการตัดสินใจมารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วย อัตลักษณ์ทางสังคมใหม่ของผู้ป่วยยังปรากฏชัดในอีกแวดวงหนึ่งที่ใกล้เคียงกัน อย่างเรื่อง “การใช้ยาด้วยตัวเองของผู้ป่วย” (self-medication) อีกด้วย เดิมทีเริ่มต้นศึกษากันในทศวรรษ 1950 นั้น นักวิจัยแทบทั้งหมดต่างเห็นตรงกันว่า การใช้ยาด้วยตัวเองของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง เพราะอาจนำมาสู่ประเด็นการดื้อยาและการทำให้อาการป่วยแย่ลงจากการใช้ยาผิดประเภท อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 1960 – 1970 นักวิจัยจำนวนหนึ่งกลับเริ่มมองว่าการใช้ยาด้วยตัวเองเป็นพฤติกรรมที่ “พอจะยอมรับได้” ว่ามีประโยชน์ต่อการรักษา เพราะผู้ป่วยมีเหตุผลและกระบวนการคิดวิเคราะห์ในการใช้ยาอยู่ด้วย พอถึงปลายทศวรรษ 1970 พฤติกรรมนี้เริ่มถูกยอมรับมากขึ้นในระดับที่นักวิจัยบางคนมองว่าเป็น “ส่วนหนึ่ง” ของกระบวนการรักษา ก่อนที่ในทศวรรษที่ 1980 – 1990 จะถูกยอมรับว่าเป็น “ส่วนสำคัญ” หรือ “ส่วนเติมเต็ม” ของกระบวนการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เพียงเท่านั้น

และนอกจากการรักษาการเจ็บป่วยโรคติดเชื้อแล้ว บุคลากรสุขภาพจำนวนมากยังแนะนำให้ผู้ป่วยใช้การรักษาตัวเองกับกรณีการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หืดหอบ อีกด้วย

นอกจากประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ ในหมู่ผู้ศึกษา “ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษา” ของผู้ป่วย ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงในทำนองนี้เหมือนกัน เดิมทีในช่วงทศวรรษ 1970 นักสังคมศาสตร์ที่ศึกษาประเด็นนี้ มักสนใจว่า “ปัจจัย” อะไรที่ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาอย่างที่ผู้ป่วยอธิบายให้นักวิจัยฟัง อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ผู้ที่ศึกษาประเด็นนี้ก็ได้เปลี่ยนมาทำความเข้าใจ “เรื่องเล่า” ของผู้ป่วยแทนการค้นหาปัจจัย โดยทำความเข้าใจเรื่องเล่าในฐานะกระบวนการจัดการ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งก็เป็นอีกตัวอย่างที่สะท้อนอิทธิพลของอัตลักษณ์ทางสังคมของผู้ป่วยแบบใหม่ในฐานะ “การเป็นผู้กำหนดสุขภาวะของตัวเอง”

สรุป

กล่าวโดยย่อ มุมมองต่อผู้คนทั่วไปในฐานะผู้กำหนดสุขภาวะของตัวเองที่สะท้อนออกมาจากการรณรงค์ ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่ก่อให้เกิดการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและมีพลวัตมาร่วม 60 ปี ในฐานะกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่ดีของสาธารณชน อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นในมิติทางวัฒนธรรมอีกหลายประเด็นที่ไม่ได้กล่าวในที่นี้ อาทิ ประเด็นเรื่องประสิทธิภาพของการรณรงค์ที่มองผู้ป่วยเช่นนี้เป็นอย่างไร สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้คนได้มากน้อยแค่ไหน ประเด็นการวิจารณ์ว่าการรณรงค์ที่มองผู้ป่วยเช่นนี้ละเลยบริบททางสังคมการเมืองของผู้ป่วย ทำให้มองไม่เห็นวาทะที่ไม่ผู้คนจำนวนมากจึงไม่สามารถปฏิบัติตามการรณรงค์ได้ ซ้ำร้ายไปกว่านั้น อาจเกิดการกล่าวโทษคนที่ไม่ทำตามว่า เป็นคนที่ไม่รักตัวเอง หรือแย่ไปกว่านั้นคือ เป็นคนที่ไร้ศีลธรรมคุณธรรม เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. *รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2: Kick off to the Goals*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

กระทรวงสาธารณสุข; นนทบุรี.

Armstrong, David. 2014. Actors, patients and agency: a recent history. *Sociology of Health and Illness*. Vol 36 (2): 163-174.