

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Accident: CVA) หรือสโตรก (Stroke) เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนโรคทางระบบประสาท (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2550) Stroke เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรไทยเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งรองลงมาจากโรคหัวใจ และมะเร็ง โดยแนวโน้มการป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลสถิติสาธารณสุข, 2550) โดยพบว่าความชุกของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 80 และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Easton, 1999) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 600,000 คน ถึง 750,000 คน (Houglan-Adkins, 1993) ในขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคนี้ในแต่ละปีมีไม่ต่ำกว่า 150,000 คน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีเพิ่มขึ้นอีก (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2553) ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550-2552 พบว่าในประชากรแสนคนเป็นโรคหลอดเลือดสมองในอัตรา 206 คน, 217 คนและ 227 คนเพิ่มขึ้นตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และเมื่อพิจารณาลำดับของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีจำนวนมากเป็นลำดับ 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทย พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มีจำนวนมากกว่า 40,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (หมอชาวบ้าน, 2551) โดยมีอัตราการตายถึงร้อยละ 24.3 (ปี 2550), 24.7 (ปี 2551), และ 24.66 (ปี 2552) คนต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

แม้ว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองจะพบมากในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป แต่โรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย โดยอัตราการเกิดของโรคจะสูงในกลุ่มอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และในปัจจุบันกลับพบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดในผู้ที่มีอายุน้อยลง ซึ่งพบได้มากขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักรอดชีวิตหากผ่าน

พ้น 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ และร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Perierd & Ames, 1993) ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้นจะมีภาวะบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ (Ragsdale, Yarbrough, & Lasher, 1993) ในบางรายอาจมีปัญหาด้านระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านการมองเห็น ทั้งนี้ลักษณะอาการทางคลินิกและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (Black & Matassarin-Jacobs, 1993) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวและคนรอบข้าง ซึ่งต้องรับภาระในการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมอง หรือสโตรก (Stroke) จึงถือได้ว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมากในการเข้ารับการรักษา อีกทั้งยังมีอัตราการตายและพิการสูง ซึ่งนอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านสาธารณสุขแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดความพิการหรือภาวะบกพร่อง จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ด้วยตนเองได้เช่นเดิม การเป็นอัมพาตครึ่งซีก ความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การขาดความสามารถในการแก้ปัญหาและการตั้งเป้าหมาย และการสูญเสียภาพลักษณ์เหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยหมดความภาคภูมิใจในตนเอง กังวล ซึมเศร้า เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกบาปและเกิดภาวะสิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่ และลึ้มเหลว จากการสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่เช่นเดิมและดำรงชีวิตด้วยความลำบากมากขึ้น รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับที่ต่างกัน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

จากงานศึกษา เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องความต้องการ การรับรู้ของตนเอง ความพึงพอใจ และการเผชิญความเครียด ซึ่งระดับความต้องการของผู้ป่วยในส่วนที่ต้องการให้ผู้ดูแลช่วยเหลือหรือตอบสนองนั้น แสดงถึงระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย โดยทั่วไประดับการพึ่งพาสามารถแบ่งได้เป็นสี่ระดับ คือ ระดับการพึ่งพาน้อย ระดับการพึ่งพานกลาง ระดับการพึ่งพามากและระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2539) การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจ และสูญเสียการควบคุมตนเอง ประกอบกับอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ทำให้ผู้ป่วย

เกิดปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ โดยพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลและความกลัวในลักษณะต่าง ๆ เช่น กลัวความพิการ กลัวความทรمان กลัวการเป็นโรคซ้ำ และกลัวการถูกทอดทิ้ง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) แม้หลังจากผ่านพ้นระยะอันตรายไปแล้ว การที่มีความพิการเกิดขึ้นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวังในชีวิตท้อแท้ กลัวเป็นภาระกับครอบครัว สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และมีอัฒโนทัศน์ในทางลบได้ (Berger & William, 1992 อ้างใน สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง ย่อมสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิตทั้งร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ แต่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลนั้นเกิดมีความสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม บุคคลจะหมดความสามารถสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจต้องอาศัยสิ่งคำจุนให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้ดีพอควร ภาวะไร้ความสามารถสั่งการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจตามมาในที่สุด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

อย่างไรก็ดีในทางตรงกันข้ามงานศึกษาของสุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาการพึ่งพา แนวคิดเกี่ยวกับตัวตน (Self-Concept) และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีแนวคิดเกี่ยวกับตัวตนเป็นไปในทางบวกถึงแม้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่จะลดลงจากปกติแต่ก็ยังมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ มีสภาพร่างกายโดยทั่วไปยังแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่วน การจัดการกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและกลุ่มฟื้นฟูสภาพระยะหลังมีความเครียดระดับปานกลาง และมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม โดยการสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนนับถือมากที่สุด (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

จากสภาวะของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพบกับความพิการและความสามารถในการทำหน้าที่ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า ตนเองจะหายจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นหรือไม่ หรือจะหายเมื่อใด และความไม่แน่นอนของอาการซึ่งบุคคลต้องเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน รวมทั้งระยะเวลาที่บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตัวตนของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร บุคคลที่มีพยาธิสภาพของโรคในระดับต่างกัน ดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม เศรษฐกิจต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้และการจัดการผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการรับรู้ตัวตนของบุคคลต่างกันอย่างไร

1.2 คำถามในการศึกษา

บุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตอย่างไร อาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลกระทบต่อร่างกายและความสามารถในการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน และการรับรู้ตัวตนของบุคคลอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์และการให้ความหมายความเจ็บป่วยและกระบวนการจัดการความเจ็บป่วยของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีความแตกต่างในบริบทการดำเนินชีวิต
2. เพื่อศึกษาผลของความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน
3. เพื่อศึกษาผลของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อการรับรู้ตัวตนของบุคคล
4. เพื่อศึกษาความแตกต่างของคุณลักษณะทางสังคมของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสัมพันธ์และการรับรู้ตัวตน

1.4 ขอบเขตในการศึกษา

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาไว้ดังนี้

1. ขอบเขตทางด้านประชากรในการศึกษา ผู้ศึกษาเลือกทำการศึกษากับบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีความแตกต่างหลากหลาย เช่น ในด้านอายุ สถานภาพสมรส เพศ การศึกษา อาชีพ

2. ขอบเขตในด้านเนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 วิธีคิด การตีความหรือการให้ความหมาย ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการของบุคคลในบริบททางสังคม เศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคหลอดเลือดสมองและตัวตนของบุคคล ซึ่งมองในประเด็นที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของตนเอง รวมถึงหน้าที่ความรับผิดชอบและการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำเสนอประสบการณ์ของบุคคลในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลของภาวะดังกล่าวต่อการรับรู้ตัวตนของบุคคล อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างความเข้าใจอันดีของผู้

จัดบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย รวมทั้งนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2. ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตัวตนและความสัมพันธ์ทางสังคมอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความแตกต่างตามบริบททางสังคมและชีวิต จะช่วยเสริมองค์ความรู้และเสริมแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางสังคมของสุขภาพ

3. สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และการจัดการของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาจมีผลต่อความพิการอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมทั้งบุคคลที่มีภาวะความพิการได้

1.6 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นศึกษาบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้และเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นกับตน การให้ความหมายของโรคโดยอาศัยประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่ การจัดการเกี่ยวกับการแสวงหาวิธีการรักษา ซึ่งมีมุมมองที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการรับรู้ตัวตนของบุคคลเมื่อประสบกับสภาพทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ท่ามกลางบริบทแวดล้อม ความเป็นอยู่ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของแต่ละบุคคล โดยมีแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1.6.1 ความรู้ ความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทางการแพทย์

1.6.2 สุขภาพและความเจ็บป่วยในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

1.6.3 แนวคิดเกี่ยวกับตัวตน (Self-Concept)

1.6.4 แนวคิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง

1.6.5 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.6.1 ความรู้ ความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทางการแพทย์

นิยามของโรคหลอดเลือดสมองหรือ stroke คือภาวะที่สมองมีการสูญเสียหน้าที่ไปนานกว่า 24 ชั่วโมงและเมื่อได้รับการตรวจพิเศษแล้วพบว่า สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นที่ทราบคืออยู่แล้วว่าโรคดังกล่าวนำมาสู่การเสียชีวิตและความพิการ เป็นโรคที่แต่ละประเทศต้องใช้งบประมาณอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ถึงอย่างไรก็ตาม stroke เป็นโรคที่รักษาและป้องกันได้ จากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2547 ซึ่งได้รายงานโรคที่เป็นภาระของคนไทยล่าสุด พบว่า stroke คือโรคที่เป็นสาเหตุการตายหนึ่งในสิบของคนไทยและทำให้ประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่จะทำงานหรือถ้ายังไม่เสียชีวิตก็เสียความสามารถในการ

ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า stroke เป็นโรคที่ทำให้จำนวนปีที่สุขภาพดีสูญเสียไป (disability adjusted life year) สูงเป็นอันดับสองในเพศหญิงและอันดับสามในเพศชาย นอกจากนั้นจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศไทยเป็น 1 ใน 23 ประเทศในโลกที่มีอัตราการเสียชีวิตจาก stroke สูงที่สุดและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุและเพศ (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552: 2)

สาเหตุและการแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุหลักมาจากเนื้อสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) โดยการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเฉียบพลันเรียกว่า “สโตรก” (Stroke) เกิดจากการมีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง ถ้าหลอดเลือดแดงมีการตีบหรืออุดตันที่เกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ มีอาการอ่อนแรงเพียงเล็กน้อยและฟื้นตัวในระยะเวลาสั้นๆ เช่นใน 2-3 ชั่วโมง เรียกว่า **มินิสโตรก** (Mini-stroke) หรือทีไอเอ (TIA: Transient Ischemic Attack) (วิยะดา ศักดิ์ศรีและสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552: 10-17)

การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเฉียบพลัน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. **การขาดเลือดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมอง** (Ischemic stroke) ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกนั้นเกิดจากสาเหตุนี้ จากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงทำให้สมองขาดอาหารและออกซิเจน ไม่สามารถขับของเสียและคาร์บอนไดออกไซด์จากเซลล์สมองได้ เซลล์สมองที่เรียกว่านิวรอน (Neuron) ก็จะหยุดทำงาน หากการขาดเลือดเกิดขึ้นต่อเนื่องนานกว่า 2-3 นาที นิวรอนอาจตายได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาทันที

การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงเกิดจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดแดง ทำให้ทางเดินของหลอดเลือดแดงแคบลง ทำให้ความเร็วของกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นนี้จะกระแทกผนังหลอดเลือดแดงจนเกิดการบาดเจ็บ แม้จะเพียงเล็กน้อยก็ทำให้เกิดเกล็ดเลือด (Platelet) ในบริเวณนี้มีปริมาณมากขึ้น และเกล็ดเลือดเหล่านี้อาจรวมตัวกันเป็นลิ่มเลือด ก่อให้เกิดการอุดตันบริเวณหลอดเลือดที่แคบนี้

นอกจากนี้ยังอาจมีการอุดตันจากลิ่มเลือดที่มาจากอวัยวะอื่น เช่นมาจากหัวใจ มาจากการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณลำคอซึ่งไหลตามกระแสเลือดเมื่อมาถึงบริเวณที่แคบนี้อาจทำให้เกิดการอุดตันได้ และยังมีสาเหตุอื่นๆ อีก เช่น การใช้ยาเสพติดหรือปัญหาของระบบเกล็ดเลือดที่ทำให้เลือดแข็งตัวง่ายก็อาจทำให้เกิดการอุดตันได้เช่นกัน

การตีบตันของหลอดเลือดแดงนั้นพบได้ถึง 88 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยสโตรกการตีบหรืออุดตันนี้เกิดได้ในทุกเพศ ทุกวัย แม้แต่ในเด็ก แต่จะพบมากที่สุดในช่วงอายุและพบในผู้ชาย

มากกว่าผู้หญิง ผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน และการสูบบุหรี่ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงสูง

2. หลอดเลือดในสมองแตก (Haemorrhagic stroke) แบ่งได้เป็น 2 อย่างคือ

2.1 เลือดออกในสมอง (Intracerebral haemorrhage) คือ มีการแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง เลือดที่ออกมาจะเพิ่มความดันสมองทำให้เซลล์สมองรอบๆ บริเวณที่เลือดออกถูกทำลาย ถ้าเลือดออกมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เลือดออกหรือเสียชีวิตได้ บริเวณที่มักมีเส้นเลือดแตก ได้แก่ สมองน้อย (Cerebellum) ก้านสมอง (Brain stem) และบริเวณที่เรียกว่าเบซัลแกงเกลีย (Basal ganglia) และสมองใหญ่ (Cerebral cortex)

สาเหตุที่ทำให้เส้นเลือดแตก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง คนทั่วไปส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง เพราะไม่เคยมีอาการผิดปกติจึงไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม สาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ได้แก่ การบาดเจ็บของสมอง การติดเชื้อ เนื้องอกในสมอง ปัญหาเลือดไม่แข็งตัว และความผิดปกติของหลอดเลือด (Arteriovenous malformation)

หลอดเลือดแดงในสมองแตกเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย มักพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่าผู้ที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural haemorrhage) เส้นเลือดแดงที่แตกนี้ไม่ได้อยู่ในเนื้อสมอง แต่อยู่ที่เยื่อหุ้มสมอง (Subdural space) ซึ่งเลือดจะออกมาอย่างรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงปวดคอ คลื่นไส้ อาเจียน บางครั้งผู้ป่วยจะบอกว่าเป็นอาการปวดศีรษะที่รุนแรงที่สุด เพราะเกิดการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะอย่างทันทีทันใดอาจทำให้หมดสติหรือเสียชีวิตได้

สาเหตุที่เกิดการแตกของหลอดเลือดบริเวณเยื่อหุ้มสมองมักมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่เรียกว่า หลอดเลือดสมองโป่ง (Cerebral aneurysm) ซึ่งเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย ความผิดปกตินี้อาจเกิดมาตั้งแต่ยังเป็นเด็ก เมื่อเส้นเลือดโป่งมากขึ้น จะทำให้ผนังหลอดเลือดบางลงจนแตกในที่สุด

การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเฉียบพลันมักมีอาการเตือนล่วงหน้า ถ้าเราเรียนรู้ว่าอาการเตือนนั้นเป็นอย่างไรและเรียนรู้ที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก็สามารถลดอัตราการเสี่ยงและป้องกันการเกิดอัมพาตได้

อาการเตือนที่ควรรู้

อาการเตือนคือสิ่งที่ร่างกายส่งสัญญาณบอกให้รู้ว่าสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หากมีอาการต่อไปนี้ให้ไปพบแพทย์โดยด่วน

- มีอาการชาและอ่อนแรงของใบหน้าหรือแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน
- มีอาการสับสน ลึนแฉัง พูดไม่ชัด พูดไม่ออก หรือฟังไม่เข้าใจ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และหายไปในช่วงเวลาสั้นๆ
- ตาพร่า มองไม่ชัด อาจเป็นตาข้างใดข้างหนึ่งหรือเป็นทั้งสองข้าง
- เดินเซ เวียนศีรษะ รู้สึกว่าทรงตัวไม่ดี
- ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ

อาการเตือนอื่นๆ ได้แก่ การเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน เป็นต้น

อาการเตือนต่างๆ เหล่านี้อาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ แล้วหายไป เราเรียกออาการนี้ว่า

“การขาดเลือดชั่วคราว” (Transient Ischemic Attack: TIA) บางทีก็เรียกว่า “มินิสโตรก” (Mini-stroke) อาการเหล่านี้เตือนว่ามีปัญหาที่ใหญ่กว่าที่ซ่อนอยู่ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก็อาจหลีกเลี่ยงการเป็นอัมพาตได้ หากมีอาการเตือนหรือญาติแจ้งว่ามีอาการมาไม่เกิน 3 ชั่วโมงต้องรีบแจ้งแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาในกระบวนการที่เร่งด่วน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

- อายุมาก โดยกลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 45 ถึง 60 ปีขึ้นไป
- เพศชาย
- ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน
- การสูบบุหรี่
- ระดับไขมันในเลือดสูง
- รูปแบบกิจกรรมประจำวันและการรับประทานอาหารบางประเภท
- ปัจจัยทางพันธุกรรม

ความบกพร่องต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Related Impairments) พยาธิสภาพของสมองในส่วนต่างๆ จะทำให้มีการสูญเสียการทำงานในหลายๆ ระบบ เช่น (นิศรี ชาญณรงค์, 2550: 210-214)

1. ความบกพร่องของการกำหนดรู้ (Cognitive Impairment) เป็นกระบวนการจำแนกที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ มีการแปลความหมายทำความเข้าใจและจดจำรวมถึงการคัดแปลงข้อมูลเพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสมความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การขาดสมาธิ ความจำบกพร่องภาวะสมองเสื่อม ปัญหาด้านการสื่อสาร การละลายส่วนของร่างกาย หรือสภาพแวดล้อมครึ่งซีก เป็นต้น

2. ความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual Impairment) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายจะมีปัญหาด้านการรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้ความรู้สึกโดยไม่มี การสูญเสียการทำงานของประสาทรับรู้ความรู้สึกและระบบประสาทสั่งการมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณสมองส่วน nondominant parietal lobe ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นได้

3. ความบกพร่องในการควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor Apraxia) คือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว และมีประสิทธิภาพต่างๆ ที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกและการเรียนรู้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถทำงานที่สั่งได้ หรือทำได้แต่ค่อนข้างงุ่มง่าม

4. ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร (Communication Disorder) ด้านการพูด เช่น พูดไม่ชัด ออกเสียงผิดปกติ ขาดความคล่องตัวในการพูดจังหวะการพูดผิดปกติ และด้านการสื่อสารภาษา คือมีความบกพร่องของความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการพูด การเขียน การอ่านรวมถึงการแปลความหมายจากการได้ยิน

5. ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor Impairment) คือมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ความตึงตัว/แรงต้านของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวข้อในส่วนต่างๆ การสูญเสียการทรงตัวซึ่งมีผลต่อการการยืน และเดินทำให้เสี่ยงต่อการล้มได้ง่าย

6. ความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส (Peripheral Sensory Deficit) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส เช่น ความปวด, อ่อนหภูมิ, การถูกสัมผัส, ตำแหน่งของข้อต่อ, แรงสั่นสะเทือน ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะเสียไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ

7. ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร (Dysphagia) เป็นภาวะที่พบได้ประมาณ 30-65% หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาการของภาวะการกลืนลำบากได้แก่ มีอาหารค้างอยู่ในปากหรือลำคอ จนถึงไม่สามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมีปัญหาในช่วงใดของการกลืน ซึ่งมีความเสี่ยงในการสำลักและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด aspiration pneumonia

8. ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Uninhibited Bladder and Bowel) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายโดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มักมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้ มักพบ

ไม่บ่อย บางรายมีอาการท้องผูกเนื่องจากลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลงจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เมื่อมีอุจจาระอุดตันในลำไส้ใหญ่นานๆ ก็กลายเป็นสาเหตุทำให้อุจจาระแข็งตัวได้

9. ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ประมาณร้อยละ 58 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกระงับทางเพศลดลง (libido) มีรายงานว่าร้อยละ 38 สามารถมี normal erection ได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความกังวล บางรายอาจมีสาเหตุทางด้านร่างกาย เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือปัสสาวะกะปริดกะปรอย มีผลทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

การรักษาโรค

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาโรคนี้คือ

- **ความรุนแรงของโรคเมื่อถึงมือแพทย์** ในรายที่มีสาเหตุมาจากเลือดคั่งในสมองหากมีปริมาณมากหรืออยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น ก้านสมอง(brain stem) หรือแกนสมอง (thalamus) แพทย์อาจไม่สามารถช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะพิการอย่างรุนแรงได้ แม้ผู้ป่วยจะถูกนำมาถึงแพทย์ทันทีที่มีอาการ หรือในรายที่มีการตีบตันของเส้นเลือดในบริเวณที่สำคัญเหล่านี้แพทย์ก็อาจไม่สามารถช่วยผู้ป่วยให้กลับฟื้นมาได้ดังเดิม แต่อย่างไรก็ดีผู้ป่วยหลายรายที่มาพบแพทย์แม้จะมีอาการรุนแรงดังกล่าวข้างต้น หากมาในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมและไม่จำเป็นต้องส่งต่อ ผู้ป่วยก็มีโอกาสรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอควรได้
- **ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์หลังมีอาการ** ปัจจัยนี้มีส่วนสำคัญมากและเป็นปัจจัยที่ยังพอจะอยู่ในความควบคุมของญาติและแพทย์ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากมีสิ่งอุดตันทางเดินเลือดที่ไปเลี้ยงสมองระยะเวลาที่ถือว่าเป็นเวลาทองหรือที่ทางการแพทย์เรียกว่า **golden period** คือภายในไม่เกิน 3 ชั่วโมงถึง 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในสามชั่วโมงหลังมีอาการ ส่วนในรายที่มีเลือดคั่งในสมอง หากผู้ป่วยมาถึงมือแพทย์เร็วแพทย์สามารถให้ยาเพื่อควบคุมขนาดของก้อนเลือดมิให้ขยายตัวออกไปอีก หรือให้ยาที่ลดอาการบวมของสมองลง หรือแม้แต่วิธีที่ต้องผ่าตัด การตัดสินใจผ่าตัดที่เร็วและเหมาะสมประกอบกับเครื่องและวิธีการผ่าตัดที่ดี สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและลดความพิการได้มากพอที่ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อีก โดยไม่เป็นภาระกับญาติหรือเป็นความเครียดของผู้ป่วยมากเกินไป

วิธีการดูแลรักษาโรคนี้

1. การฉีดยาละลายลิ่มเลือด ในรายที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ใน **golden period** ดังกล่าว เมื่อแพทย์ตรวจพบและแน่ใจว่ามีสาเหตุมาจากการอุดตันทางเดินเลือดในสมอง และไม่มีข้อห้ามใดๆ แพทย์จะฉีดยาละลายลิ่มเลือดที่อุดตันเส้นเลือด เพื่อให้เลือดสามารถไหลเวียนเข้าสู่สมองได้ทันที ทั้งนี้ทั้งการฉีดยาผ่านหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง แต่ปัญหาของการรักษาด้วยวิธีนี้คือ ความพร้อมของสถานพยาบาลและความเสี่ยงของการรักษา ในแง่ความพร้อมนั้นสถานพยาบาลต้องมีระบบรองรับ มีเครื่องมือวินิจฉัยโรคมีแพทย์ระบบประสาท ทั้งประสาทแพทย์และประสาทศัลยแพทย์ที่ต้องทำงานเป็นทีม เพราะความเสี่ยงของการฉีดยาคือ ในบางรายอาจเปลี่ยนจากการตีบตันของเส้นเลือดกลายเป็นการแตกของเส้นเลือดหลังฉีดยา ทำให้เกิดเลือดคั่งในสมองรุนแรงซึ่งผู้ป่วยมักเสียชีวิตเพราะยาที่ฉีดทำให้เลือดออกในสมองรุนแรงกว่าที่จะควรเป็น ดังนั้นแพทย์ที่จะตัดสินใจให้การฉีดยาไม่ควรทำคนเดียว ต้องได้รับการพิจารณาจากทีมแพทย์รวมถึงผู้ป่วยและญาติ ต้องรับทราบและเข้าใจถึงข้อเสียอันนี้ก่อนรับการรักษา เพราะหลายรายที่มีการตีบของเส้นเลือด แม้ผู้ป่วยจะพิการแต่ก็มักไม่ถึงตาย แต่หากฉีดยาแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงตายญาติอาจรับไม่ได้

2. การผ่าตัดด้วยจุลศัลยกรรม เดิมเน้นการผ่าตัดจะทำได้ในบางตำแหน่ง แต่ในปัจจุบันด้วยเทคนิคการผ่าตัด เครื่องมือการผ่าตัด การใช้เทคนิคจุลศัลยกรรมในการผ่าตัด แม้แต่แกนสมองหรือก้านสมอง ถ้าจำเป็นก็สามารถผ่าตัดได้และหลายรายก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอ เพียงแต่สถานพยาบาลนั้นต้องมีความพร้อมพอสมควร

3. การให้ยาป้องกันลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของการอุดตันเส้นเลือดอยู่เดิม ในปัจจุบันมียาหลายชนิดที่เป็นที่รู้จักกันดีและใช้กันมากคือ แอสไพริน และโคลพิโดเกรล (clopidogrel) แต่ยาสองตัวนี้ก็มียันตราย เพราะหากเกิดการแตกของเส้นเลือดผู้ป่วยจะมีอาการหนักกว่าที่ควรจะเป็นเพราะเลือดจะออกมากอันเป็นผลมาจากยาสองตัวนี้ที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดเสียไป

4. การฟื้นฟูสภาพบำบัด ทั้งด้วยการผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดอาการเกร็ง การฉีดยาเข้าไปในช่องไขสันหลังเพื่อลดอาการเกร็ง หรือการฝึกเดินด้วยหุ่นยนต์ ซึ่งมีราคาแพงมากและมีใช้ในเฉพาะบางสถานพยาบาลเท่านั้น

จะพบว่าผลกระทบจากโรคนี้นอกจากจะเกิดกับตัวผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการสร้างภาระต่อครอบครัว ทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลรักษาเยียวา ตลอดจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย อีกทั้งคนรอบข้างที่ต้องสละเวลาส่วนตัวมาดูแลผู้ป่วยอีกโรคนี้อีกด้วย (เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, 2553) แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะช่วยการกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้ พึงพาผู้อื่นน้อยลง ช่วยลดภาระการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดได้ดีนั้นจะต้องมีความเข้าใจเบื้องต้นว่าภาวะสมองขาดเลือดเป็นภาวะเร่งด่วนทางอายุรกรรม

ดังนั้นการวินิจฉัยในระยะเฉียบพลันจึงเป็นสิ่งสำคัญ แพทย์คนแรกที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องสามารถประเมินและให้การวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความรู้และสามารถให้การรักษอย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ (นิจรี ชาญณรงค์: อ้างแล้ว)

1.6.2 สุขภาพและความเจ็บป่วยในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

สุขภาพที่ดีและความเจ็บป่วย (Sickness) เป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ เป็นความจริงทางสังคมของชีวิต (Social Reality) อีกส่วนหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนในทุกสังคมรับรู้และเผชิญการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการรักษาบำรุงสภาพที่ดีให้ดำรงไว้ ความเจ็บป่วยจึงล้วนเป็นประสบการณ์และกิจกรรมที่มนุษย์มีอยู่ร่วมกัน ทั้งในระดับสังคมใหญ่ ชุมชน ครอบครัวและบุคคลแต่ละคน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2533)

ในแต่ละสังคมวัฒนธรรมมีการให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปโดยระบบคิด ซึ่งขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์และประสบการณ์ทางสังคมที่แต่ละสังคมได้เรียนรู้และปรับตัวมาในบริบทของวัฒนธรรมนั้น เช่นเดียวกับในวิถีคิดระหว่างของชาวบ้านกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการให้ความหมายของโรคและความเจ็บป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้การอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย (Illness) ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นเหตุเป็นผลเชิงวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ ปรากฏการณ์ซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพ (Health) และการเจ็บป่วยจะเป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อสามารถสังเกตเห็นได้ วัดออกมาได้ในเชิงตัวเลข ทดสอบซ้ำได้อย่างเป็นภววิสัย (Objective) ซึ่งเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งตรงกันข้ามกับการอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยในโลกสุขภาพของชาวบ้าน ความเจ็บป่วยของชาวบ้านนั้นเป็นการตอบสนองทางอัตวิสัย (Subjective Response) ของปัจเจกบุคคลและบุคคลรอบ ๆ ตัวเขาที่แตกต่างกันจากการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ เช่น เมื่อบุคคลเกิดความไม่สบายอาจมองว่าการแสดงออกของความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำผิดต่อบรรทัดฐานที่สังคมวางเอาไว้ ทั้งในเรื่องของระบบความเชื่อ จารีตประเพณี กฎเกณฑ์ทางสังคม ศีลธรรมและสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นวัฒนธรรม ความเชื่อของชาวบ้าน นอกจากนั้นผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะร่วมกันตีความอาการเจ็บป่วยว่ามีความสำคัญมากน้อยเพียงใดต่อชีวิตทางสังคมของบุคคล และจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของเขาและความสัมพันธ์กับผู้นรอบข้างในสังคมหรือไม่ การเจ็บป่วยจึงไม่ใช่แค่เหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามา

ในชีวิต แต่บุคคลจะให้ความหมายต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วย (Kleinman, 1988) จากการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับชาวบ้าน ทำให้บ่อยครั้งที่เป็นสาเหตุของการเกิดความขัดแย้งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยอีกด้วย

บุคคลมีการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมของบุคคลและบริบทแวดล้อม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น ๆ ขึ้น ยกตัวอย่างเช่นอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันในสังคมวัฒนธรรมแห่งหนึ่งอาจถือว่าเป็นโรค แต่อีกสังคมหนึ่งไม่ถือว่าเป็นโรคก็ได้ หรือในสังคมไทยแต่ละท้องถิ่นก็มีวิธีคิดและวิธีมองสุขภาพแตกต่างกันออกไปอีกด้วย ดังเช่น โรคคอกพอกที่เกิดขึ้นทั่วไปกับกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่มในภาคเหนือ ชาวบ้านอาจไม่ถือว่าเป็นโรคที่ต้องรักษา เพราะแทบทุกคนในหมู่บ้านต่างเจ็บป่วยด้วยอาการเช่นเดียวกัน (ประชาธิปกะทา อ่างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) หรือในวิถีวัฒนธรรมของชาวล้านนาจากการศึกษาของอานันท์ กาญจนพันธุ์ และ นลดาชยา รมิตานนท์ พบว่าอำนาจที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยสามารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ผีทำ 2) คนทำ 3) ทำผิดขนบธรรมเนียมประเพณี 4) เป็นไปตามโชคเคราะห์หรือชะตาเกิดตกอยู่ในช่วงเคราะห์ร้าย (สัมพันธ์กับดวงดาวในจักรวาล) 5) เป็นไปตามกฎแห่งกรรม 6) การแปรปรวนไม่สมดุลของธาตุ 7) พ่อเกิดแม่เกิดมาทำร้าย (เฉพาะเด็กอ่อน) 8) ขัญภัยหรือออกจากร่าง และการจะรู้ว่าป่วยไข้เพราะสาเหตุอะไร จะต้องผ่านการวิเคราะห์ของผู้มีประสบการณ์หรือผู้มีวิชาหาสาเหตุหรือทำนายสาเหตุในวัฒนธรรมล้านนาด้วย เช่น หมอเมื่อ เป็นต้น (อานันท์ กาญจนพันธุ์ และ นลดาชยา รมิตานนท์, 2541: 116)

งานศึกษาระบบความเชื่อและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของกลุ่มคนในภาคอีสานของประเทศไทย พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของตนเองก่อนที่จะไปหาหมอ โดยชาวบ้านจะมีความเชื่อและระบบสัญลักษณ์บางอย่างของเขาเองในการประเมินว่าอาการใดอยู่ในระดับขั้นรุนแรงมากหรือน้อยและจะแสวงหาวิธีการดูแลอย่างไร เช่น เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติซึ่งเขาจะแบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม ได้แก่กลุ่มโรคที่หายได้เองโดยไม่ต้องซื้อหา ยาหรือหาแพทย์ โรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำในวิถีการดำรงชีวิต แพ้อากาศ แพ้พืชบางชนิด เป็นต้น อีกกลุ่มคือโรคที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการติดเชื้อต่าง ๆ เช่น ท้องเสียบิด อหิวาตกโรค ไข้ เป็นต้น ซึ่งมักจะซื้อยากินเองตามประสบการณ์ในอดีต หรือจากคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน เมื่อไม่หายจึงจะไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย และอีกกลุ่มโรคหนึ่ง ที่ชาวบ้านเชื่อก็คือโรคที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของภูตผี หรือการผิดของรักษา ผิดผีเชื่อ ผีบรรพบุรุษ เป็นต้น (พิมพ์วัลย์ ปรินาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุณณัน, 2530)

จากพฤติกรรมความเจ็บป่วยเบื้องต้น จะพบว่าความเชื่อของผู้ป่วยหนึ่งคน ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเดียว ๆ โดยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นใด ผู้ป่วยคนนั้นจะแสดงความเจ็บป่วยออกมาอย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ มากมาย ก่อนที่คน ๆ หนึ่งจะตัดสินใจอย่างไร ปรีกษาใคร หรือไปหาแหล่งที่พึ่งทางด้านสุขภาพที่ไหน รูปแบบของการแสวงหาที่ล้วนสัมพันธ์อยู่กับบุคลิกภาพส่วนบุคคล พฤติกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคมของเขานั่นเอง นอกจากนั้นพฤติกรรมด้านความเจ็บป่วยยังขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นไม่ใช่เป็นของผู้ป่วยเพียงลำพังในการอธิบาย แต่ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นล้วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องอยู่กับชุมชนและครอบครัวอย่างแยกไม่ออก ความเจ็บป่วยจึงมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคมของเขอีกด้วย

นอกจากนี้ความผิดปกติของสุขภาพยังส่งผลให้ชีวิตของผู้ป่วยและคนใกล้ชิดเกิดภาวะของความทุกข์ (Suffering) อันเป็นปัญหาความบีบคั้นและความทุกข์ทรมานในชีวิตที่เกิดจากการประสบกับความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตหรือทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติ บางครั้งความทุกข์อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดนอกเหนือจากตัวผู้ป่วยเองด้วย ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยเหล่านี้ การแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ได้เคยจัดว่าเป็นความเจ็บป่วยหรือให้ความสำคัญมาก่อนในกระบวนการเยียวยา แต่เป็นภาวะที่ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดต้องเผชิญอยู่จริงและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะประสบการณ์ของความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

เนื่องจากเรื่องของสุขภาพมีความซับซ้อนและหลายมิติที่ต้องพิจารณา ทั้งในมิติของปัจเจกบุคคลและของกลุ่ม และในขณะเดียวกันความหมายที่บุคคลมีต่อสภาวะสุขภาพของตนก็เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติในเชิงคุณค่าที่บุคคลมีต่อตนเอง รวมไปถึงการรับรู้ตำแหน่งของตนเองท่ามกลางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นในสังคม จากบทความของ เทพินทร์ (2546) ได้รวบรวมแนวความคิดและนิยามของสุขภาพในทัศนะของบุคคลทั่วไป ซึ่งแสดงถึงความซับซ้อนของมิติต่างๆ ในการนิยามสุขภาพของบุคคลอันเป็นผลมาจากความแตกต่างในการให้คำนิยามสุขภาพของกลุ่มบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงอิทธิพลทางวัฒนธรรมในการให้ความหมาย นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วย ลักษณะหรือมิติต่าง ๆ ที่ซับซ้อนยังสัมพันธ์กันในการให้คำนิยามสุขภาพ เช่น สุขภาพคือการไม่มีความเจ็บป่วย สุขภาพคือความแข็งแรง สุขภาพคือการทำงานตามบทบาทหน้าที่ สุขภาพคือความสมดุล และสุขภาพคือความสัมพันธ์ทางสังคม จากการนิยามสุขภาพดังกล่าวสะท้อนให้เห็นอิทธิพลทางสังคม ค่านิยม คุณธรรม และจิตวิญญาณ (Morality and Spirituality) ดังนั้นสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับความเจ็บป่วยจนยากที่จะแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด อีกทั้งสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นกลับมีสถานะภาพที่ไม่

เท่ากันในการรับรู้ของบุคคล บุคคลรับรู้ว่ามี “สิ่ง” นี้อยู่ภายใน ในสภาวะการณัปกติหรือสภาวะการณัที่บุคคลดำเนินชีวิตและมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติ บุคคลจะไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพมากนักและดูเหมือนว่าจะ “ลืม” ว่า มีสิ่งนี้อยู่ในตัว แต่เมื่อใดที่เกิดความเจ็บป่วย เมื่อนั้นบุคคลจึงรับรู้สุขภาพของตนถูกคุกคาม บุคคลจะ “นึกถึง” หรือหันมาให้ความสนใจสุขภาพมากขึ้น (Radley: 1994, Calnan: 1987, Dingwall: 1976, Herzlich: 1973 อ้างใน เทพินทร์ พัชรนารักษ์, 2546) สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างและซับซ้อนกว่าความเจ็บป่วย หากเปรียบเทียบเทียบในเชิง “พื้นที่” แล้วพื้นที่ของสุขภาพนั้นกว้างและยังรวมเอาพื้นที่ของความเจ็บป่วยเข้าไว้ด้วยกัน สุขภาพและความเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นและมีอยู่ได้พร้อม ๆ กัน สภาวะการมีสุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้แม้มีความเจ็บป่วย แต่ในบางกรณี ทั้งสุขภาพดี สุขภาพไม่ดีและความเจ็บป่วยก็อาจจะไม่เกิดเลยในขณะเดียวกันก็ได้ ดังเช่นในบางสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองมีสุขภาพดี แม้จะรับรู้ว่าจะตนไม่มีอาการเจ็บป่วย และบุคคลก็รับรู้ว่าจะตนเองก็มีได้อยู่ในสภาวะสุขภาพไม่ดี (เทพินทร์ พัชรนารักษ์, 2546: 35)

ในส่วนของการศึกษานี้ผู้ศึกษาขอกล่าวถึงการให้นิยามสุขภาพในความหมายของสุขภาพคือความสมดุล ซึ่งงานศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ (Phatcharanurak: 2001, Van Dalen et al.: 1994, Blaxter: 1990, d'Houtaud & Field: 1984, Baumann: 1963, อ้างใน เทพินทร์ พัชรนารักษ์: 2546) พบว่า บุคคลให้คำนิยามของสุขภาพดีโดยดูจากท่าทางและความรู้สึกของบุคคล เช่น การที่บุคคลนั้นมีความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีชีวิตชีวา มีความสุข เบิกบาน การไม่มีความตึงเครียดทางใจ ไม่หงุดหงิดง่าย มีการมองโลกในแง่ดี นอกจากนี้ยังหมายถึงการที่บุคคลมีความอดทน อดกลั้นเมื่อต้องเผชิญกับสภาวะการณัที่เครียดต่าง ๆ ในชีวิตและยังรวมถึงการมีคุณธรรมที่ดีด้วย

การให้คำนิยามของสภาวะการมีสุขภาพดีโดยดูจากความรู้สึกและท่าทีที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อมนี้จึงเป็นการประเมินสุขภาพจากประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกถึงความสุข ความผ่อนคลาย ความราบรื่น ปลอดโปร่งใจพอใจในการทำงาน การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างถูกต้องตามครรลอง ไม่รู้สึกกดดันในตนเองหรือรู้สึกว่าตัวเองถูกกดดันจากสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการให้นิยามสุขภาพในลักษณะของความรู้สึกถึงความสมดุลทางใจที่มีในการดำเนินชีวิต

ตามแนวคิดของ Herzlich สุขภาพในความหมายของความสมดุลนี้เป็นสุขภาพขั้นสูงสุดเป็นลักษณะหรือขั้นของสุขภาพที่ก้าวล่วงไปจากสุขภาพในความหมายของการไม่มีความเจ็บป่วยและความแข็งแรง กล่าวคือ เมื่อบุคคลสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วยและสิ่งคุกคามกดดันอื่น ๆ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิตได้อย่างดีบุคคลจะรู้สึกสภาวะสมดุลที่เกิดขึ้น การ

รับรู้ภาวะสมดุลนี้จะนำไปสู่การรับรู้ในคุณค่าของตนเองรวมไปถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นสุขภาพในความหมายของความสุข จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทั้งสภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมการกระทำและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ทั้งสะท้อนชีวิตที่สัมพันธ์สอดคล้องกับ บรรทัดฐานทางสังคม กฎเกณฑ์ทางศีลธรรมและสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญสุขภาพความหมายนี้จึง เป็นเรื่องเกี่ยวกับบรรทัดฐานของการใช้ชีวิต เช่นเดียวกับบรรทัดฐานทางด้านร่างกาย (Herzlich: 1973: 61- 62 อ้างใน เทพินทร์ พชรานุรักษ์, 2546: 47-48)

ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีภาวะความเจ็บป่วย หากแต่มีการดำเนินชีวิตที่ประสานสัมพันธ์อันดี กับสิ่งแวดล้อม บุคคลก็สามารถรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ดีได้เนื่องด้วยตนเองรับรู้ถึงความสมดุลที่เกิดขึ้น ดังนั้นสุขภาพในลักษณะความสุขจึงไม่ใช่หมายถึงเฉพาะการมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรง หากความสุขเกิดขึ้นได้แม้ในบุคคลที่มีความเจ็บป่วย หรือมีความพิการ แต่สามารถใช้ชีวิตอย่าง สมดุล รับรู้คุณค่าของตน สามารถกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ พอใจได้ตามความเหมาะสมแห่ง บรรทัดฐานของสังคม ไม่มีอารมณ์โกรธ เกียดแค้น กดดัน ในสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ รวมทั้ง ดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์อันดีต่อสิ่งแวดล้อม บุคคลก็สามารถรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ดีได้

1.6.3 แนวคิดเกี่ยวกับตัวตน (Self-Concept)

การศึกษาในเรื่องของ ความเป็นตัวตน (Self) นั้นก็ได้มีหลายสาขาที่ให้ความหมายและ ศึกษาตามแนวทางของการพัฒนาสาขานั้น ๆ ซึ่งในการศึกษาเรื่องความเป็นตัวตน จะมีความ แตกต่างกันในเรื่องของการใช้คำและการพัฒนาศาสตร์สาขาในแต่ละยุคที่แตกต่างตามเวลาซึ่ง จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องสรุปได้ดังนี้

1.6.3.1 นิยามของตัวตน

จากการค้นคว้า มีผู้ที่ได้ให้คำนิยามหรือความหมายของตัวตน (Self) ดังนี้

ตามพจนานุกรมสังคมวิทยาของออกซ์ฟอร์ด (Oxford Dictionary of Sociology 1994: 232 อ้างใน วิระดา สมสวัสดิ์ (บก.), 2545) อธิบายว่า “ตัวตน” หมายถึง ความสามารถที่เห็นได้อย่าง เด่นชัดของมนุษย์ ซึ่งทำให้ผู้คนทั้งหลายสามารถที่จะสะท้อนความเป็นตัวเองและสะท้อนโลกทาง สังคมของเขาโดยผ่านทาง การสื่อสารและภาษา

Andrew Edgar & Peter Sedgwick (1999: 346-350) อธิบายว่า ตัวตน (Self) เป็น ความสัมพันธ์ระหว่างกาย (Body) กับจิต (Soul, Mind) ซึ่งออกมาในรูปแบบพฤติกรรม แสดงถึง ความเป็นตัวเองของบุคคลโดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับบริบทที่อยู่รอบตัว และในความคิด ความรู้สึก ที่มีเฉพาะเจาะจงขณะนั้นว่า “ฉัน เป็นอย่างไร”

ตัวตน (Self) เป็นความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งหมดของบุคคล ที่ทำให้บุคคล มีความตระหนักในความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ก่อให้เกิดการมองเห็นตนเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งด้านศีลธรรม ความเชื่อ ทางศาสนา วัฒนธรรม สังคม หน้าที่ การงาน รวมถึง สุขภาพของร่างกาย (Miller: 983, Gale: 1975 อ้างใน ทศพร พัฒนนิรمان, 2532)

ซิลเวีย และ หลุยส์ (Sylvia & Louise, 1976: 4 อ้างใน สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับตัวตน คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ซึ่งจะรวมถึงความรู้สึก ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ทั้งหมด นอกจากนี้ กอบกุล พันธุ์ เจริญวรกุล และ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ ได้สรุปเพิ่มเติมว่า ตัวตน เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงถึงความรู้สึก นึกคิด และการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้าน ส่วนตัว ด้านครอบครัวและด้านสังคม

หรือ Erving Goffman (1972 อ้างใน โสภิตา วีรกุลเทวัญ, 2546) มองตัวตน (Self) ไม่ใช่ สิ่งตายตัวอยู่ในแต่ละปัจเจกบุคคล แต่ตัวตนเป็นกระบวนการทางสังคม เป็นการจัดวางรูปแบบ ของพฤติกรรมในการแสดงออกของมนุษย์ต่อสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ เพื่อให้คู่ปฏิสัมพันธ์ ยอมรับในตัวตนของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตัวตนช่วยทำให้การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น เพราะว่าตัวตนนั้นไม่ใช่สิ่งที่สามารถจะรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว ข้อมูล เกี่ยวกับตัวตนนี้เองที่ทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรับรู้ได้ว่า บุคคลที่กำลังปฏิสัมพันธ์ด้วยคาดหวังสิ่งใด

ส่วน จอร์จ เฮอเบิร์ด มีด (George Herbert Mead) อธิบายแนวคิด ความเป็นตัวตน โดย เริ่มก่อกำเนิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ โดยมีกลไกการเรียนรู้ที่ในการพัฒนาตัวตนจากการสวม บทบาท (Role-Taking) ของผู้อื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถที่จะประสานพฤติกรรมต่อไป และยัง ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตีความพฤติกรรมของผู้อื่นอีกด้วย การตีความพฤติกรรมของผู้อื่นได้ อย่างถูกต้องจะทำให้มนุษย์สามารถสวมบทบาทผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม มีการย้อนกลับมาดูตนเอง และรู้ว่าตัวเองเป็นบุคคลแบบใด (อภิญา เฟื่องฟูสกุล, 2546)

สรุป ตัวตน (Self) คือ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองว่า “ฉันคือใคร” ซึ่งจะเกิดขึ้น จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวเรากับคนอื่นในแต่ละบริบท โดยผ่านการมองตัวเองและจากท่าทีของ คนอื่นที่มองเราในขณะนั้น “ฉันมองตัวเองอย่างไร และคนอื่นมองฉันอย่างไร” ซึ่งอาจไม่ สอดคล้องกันเสมอไป

1.6.3.2 บุคคลกับการพัฒนาตัวตน

นักสังคมวิทยาสาขาการศึกษา George Herbert Mead (อ้างใน พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2529 : 45) อธิบายว่า กระบวนการสวมบทบาทของผู้อื่น (Role-Taking) นำไปสู่การพัฒนาแนวคิด

เกี่ยวกับตัวตน (Self-Concept) การเกิดของตัวตนและการมีความคิดเกี่ยวกับตนเองของมนุษย์เป็นผลผลิตทางสังคม และเป็นแบบพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นมาจากความพยายามของมนุษย์ในการปรับตัวและคัดแปลงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ตัวตนเกิดขึ้นมาจากระบวนการเดียวกับกระบวนการซึ่งนำไปสู่พัฒนาการของจิต ในขณะเดียวกันต้องพึงพิงความสามารถเชิงพฤติกรรมของจิตด้วย กล่าวคือ เพื่อการพัฒนาตัวตน ทารกจำเป็นต้องมีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์สำคัญ เพราะว่าถ้าขาดความสามารถดังกล่าวการสวมบทบาท (Role-Taking) ของคนอื่น ๆ เพื่อพัฒนาภาพพจน์แห่งตนเองจากการตีความท่าทีของคนอื่น ๆ จะเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ นอกจากนี้ ตัวตนยังขึ้นอยู่กับความสามารถของจิต เนื่องจากคนเราต้องสามารถตั้งชื่อให้ตนเองในฐานะที่เป็นวัตถุชนิดหนึ่งอีกด้วย ดังนั้นการใช้สัญลักษณ์สำคัญ ความสามารถในการสวมบทบาทและความสามารถเชิงพฤติกรรมของจิต จึงเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของการพัฒนาตัวตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีมโนทัศน์แห่งตนที่มั่นคง หรืออุดมอัตตะ

1.6.3.3 การสวมบทบาท (Role-Taking)

จิต (Mind) ผุดขึ้นมาในตัวบุคคลเพราะว่า เพื่อการอยู่รอด ทารกจำเป็นต้องปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ได้ถูกจัดไว้แล้ว เดิมทีทารกมีลักษณะเหมือนกับสัตว์ชั้นต่ำ คือมีการตอบสนองตามสัญชาตญาณโดยธรรมชาติต่อท่าทีของคนอื่น ๆ และแสดงท่าทีที่ไม่ได้เร้าการตอบสนองชนิดเดียวกันระหว่างตนเองกับคนอื่นในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน แต่การปรับตัวในระดับดังกล่าวไร้ประสิทธิภาพ และไม่สามารถคัดแปลงให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ การร้องไห้ของทารกไม่ได้ชี้ให้เห็นว่า ต้องการอะไร อาหาร น้ำ ความอบอุ่น หรือสิ่งอื่น ๆ และจากการที่ไม่ได้อ่านท่าทีของคนอื่นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ทารกมีปัญหาในการปรับตัว ดังนั้น จึงเกิด “ความกดดันอย่างเลือกสรร” (Selective Pressure) ที่จะต้องสร้างความสามารถในการใช้และการตีความท่าทีที่สำคัญและดังนั้นท่าทีทั้งหลายที่นำมาซึ่งการเสริมแรงคือ ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จึงมักจะได้รับการส่งเสริมในตัวของการทารก

กระบวนการที่สำคัญยิ่งในการใช้และการตีความสัญลักษณ์ที่สำคัญ คือสิ่งที่ Mead เรียกว่า “การสวมบทบาทของคนอื่น” (Taking the Role of the Other) หรือ “การสวมบทบาท” (Role Taking) ความสามารถในการใช้สัญลักษณ์ที่สำคัญ หมายความว่า ท่าทีที่คนอื่นในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ แสดงออกทำให้บุคคลสามารถอ่านหรือตีความแนวโน้มเชิงของของคนอื่น ๆ ได้ ตัวอย่าง เช่น ทารกที่มีความสามารถพื้นฐานในการตีความสัญลักษณ์ที่สำคัญสามารถใช้น้ำเสียงของแม่ สีหน้า และคำพูด เพื่อจินตนาการความรู้สึกและแนวโน้มเชิงในการกระทำของเธอได้ กล่าวคือ ทารกได้สวมบทบาทหรือทัศนภาพ (Perspective) ของผู้เป็นแม่ การสวมบทบาทมี

ความสำคัญต่อการเกิดจิต เพราะว่าถ้าหากท่าทีของคนอื่นๆ รวมทั้งแนวโน้มเชิงในการกระทำที่ท่าทีเหล่านั้นแสดงให้เห็น ไม่ได้กลับกลายเป็นส่วนหนึ่งของตัวเราที่ถูกใช้ในการชักจูงทางเลือกแห่งพฤติกรรมแนวต่าง ๆ อย่างลับ ๆ แล้ว พฤติกรรมโดยเปิดเผยที่แสดงออกมามักจะก่อให้เกิดการด้อยการปรับตัวตนต่อสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ เนื่องจากว่า ถ้าปราศจากการสวมรับทัศนภาพของคนอื่นซึ่งบุคคลจะต้องเกี่ยวข้องกับด้วยแล้ว มันจะเป็นการยากในการปรับตัวและประสานการตอบสนองต่อบุคคลเหล่านั้นได้เป็นผลสำเร็จ

แนวคิดการสวมบทบาทของ Mead (อ้างใน พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2529: 39) ให้ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ในหมู่มนุษย์ ซึ่งหมายถึงการอ่านหรือตีความสัญลักษณ์ที่สำคัญของกันและกัน เพื่อที่จะสวมรับทัศนภาพของกันและกัน เพื่อประสานกิจกรรมเข้าด้วยกัน นอกจากการสวมบทบาทเป็นรากฐานของจิตแล้ว มันยังเป็นพื้นฐานในการก่อรูปอัตตะและการคงไว้ซึ่งสังคมโดยส่วนรวมอีกด้วย

1.6.3.4 การก่อเกิดตัวตน

ตัวตน (Self) จะถูกพัฒนาขึ้นอย่างช้าๆ เป็นขั้นตอนตั้งแต่ในวัยเด็ก จากการเรียนรู้ในการสวมบทบาทของคนอื่นๆ ด้วยการผ่านสถานการณ์ของการเล่น (Play Stage) เช่น เด็กเล่นเป็นแม่เป็นครู เป็นตำรวจ นั่นก็คือการสวมบทบาทต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เด็กที่กำลังเติบโตและสวมบทบาทเหล่านี้อย่างเล่น ๆ เป็นการสร้างความสามารถในการใส่ตนเองลงในที่ของผู้อื่นที่มีความสำคัญต่อเขา เมื่อเขาเติบโตขึ้นเขาจะไม่เพียงแต่สามารถสวมบทบาทเหล่านั้นโดยการกระทำเท่านั้น แต่จะสามารถรับรู้บทบาทเหล่านั้นโดยรับเข้ามาอยู่ในจินตนาการของเขา ขั้นตอนของการเล่น จะเป็นการสวมบทบาทง่าย ๆ เป็นการสื่อสารที่ไม่สลับซับซ้อนซึ่งได้จากจินตนาการของเขาเอง และในความคิดเด็กยังไม่ได้เชื่อมโยงบทบาทของคนอื่น ๆ เช่น เขาสามารถเข้าใจได้ถึงความสัมพันธ์ของพ่อหรือแม่ที่มีต่อตัวเขาเอง แต่ไม่สามารถเข้าใจว่า แม่ของเขาเองไม่ใช่แม่ของพ่อของเขา ดังนั้นในการพัฒนาตัวตนของบุคคล เพื่อให้เกิดการรับรู้ จะเกิดขึ้นเมื่อสามารถเล่นในเกมที่มีการจัดระเบียบที่ซับซ้อน

นั่นก็คือการเข้าสู่สถานการณ์ของเกม (Game Stage) ซึ่งในเกมจะมีกฎ ระเบียบ เมื่อเขามีบทบาทของผู้เล่นคนอื่น ๆ ทั้งหมดอยู่ในความคิดและสามารถทำการประเมินเกี่ยวกับการตอบสนองที่อาจเกิดขึ้นได้ของคนอื่น ๆ ที่จะมีต่อกันและกันได้ เช่นเกมเล่นซ่อนหา ผู้เล่นจะสวมบทบาทเป็นผู้ล่าและผู้ถูกล่า แต่ในเกมที่มีคนหลายๆ คนเล่นบทบาทที่แตกต่างกัน เช่น เกมเบสบอล เด็กที่สวมบทบาทหนึ่งต้องพร้อมที่จะสวมบทบาทของคนอื่น ๆ ด้วย และระเบียบนั่นเองเป็นตัวควบคุมการตอบสนองของเขา ซึ่งการกระทำแต่ละครั้งของเขาถูกกำหนดโดยการรับรู้ของเขาถึงการ

กระทำของคนอื่น ๆ ที่กำลังเล่นในเกม ทำให้บุคคลมองเห็นตนเองในฐานะที่สัมพันธ์กับคนอื่นเฉพาะกลุ่ม (Specific Others) จากการสวมบทบาทของคนอื่น ๆ ในแต่ละบทบาท บุคคลจะได้ภาพลักษณ์แห่งตนจากจุดยืนของคนเหล่านี้ แต่ตัวตนจะยังไม่สมบูรณ์จนกว่าบุคคลจะพัฒนาไปถึงขั้นมีความสามารถรับทัศนคติของ “บุคคลทั่วไป” (Generation Others) ในฐานะที่เป็นชุมชนทัศนคติ (Community of Attitudes) ในระหว่างสมาชิกของกลุ่มทางสังคมที่กำลังดำเนินอยู่ เมื่อบุคคลสามารถมองเห็นตนเองในแง่ความสัมพันธ์กับชุมชนทัศนคติดังกล่าวและปรับพฤติกรรมของตนให้สอดคล้องกับความคาดหวังของทัศนคติเหล่านั้นแล้ว นับได้ว่าเขาได้สวมบทบาทของบุคคลทั่วไป ดังนั้น การเล่นเกมจึงเป็นขั้นแรกเริ่มในการพัฒนาการตัวตน แต่ในขั้นสุดท้าย บุคคลต้องสามารถใช้ทัศนคติของคนอื่น ๆ ในลักษณะทั่วไปได้ รวมทั้งมองเห็นตนเองและควบคุมการกระทำของตนเองจากทัศนภาพที่กว้างกว่า (พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2529: 46-47)

ซึ่งแนวคิดที่บุคคลมีต่อตัวตน เป็นความคิดเห็น ความเชื่อ และองค์ประกอบของความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และวัตถุอันเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคล

ดังนั้น Self (ตัวตน) จึงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นและมีความเชื่อมต่อกับความเป็นปัจเจกและความสัมพันธ์กับสังคม มีการเปลี่ยนแปลงตามบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งก็สามารถที่จะนิยามหรือสร้างตนเองขึ้นมาได้หลากหลายตามบริบทที่เปลี่ยนไป

1.6.3.5 อิทธิพลของสังคมในการนิยามตัวตนของบุคคล

George H. Mead ได้เสนอการมองตัวเราเองอย่างไรและความสามารถของมนุษย์ที่จะจินตนาการ (Imagine) หรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าคนอื่นมองเราอย่างไร จากมิติของตัวตน (self) ในรูปของมโนทัศน์ “I” และ “me” Mead เรียกภาพลักษณ์แห่งพฤติกรรมของบุคคลว่า “me” อันหมายถึงตัวแทนทัศนคติของคนอื่น ๆ และของชุมชนในวงกว้างซึ่งมีอิทธิพลต่อการตีความพฤติกรรมย้อนหลังของบุคคล ภาพลักษณ์ของ “me” เราจะได้มาจากการอ่านท่าทีของคนอื่น ๆ ในสถานการณ์หนึ่งๆ และจากการสวมบทบาท หรือการสวมรับทัศนคติของชุมชนในวงกว้าง สิ่งตรงข้ามกับ “me” คือ “I” ซึ่งเป็นการแสดงออกจริง ๆ ของพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ถ้าเราพูดดังเกินไป นี่ก็คือ “I” และเมื่อคนอื่น ๆ มีปฏิกิริยาต่อการส่งเสียงดังของเรา มิติของ “me” ในการกระทำนั้น ๆ ได้ถูกเริ่มขึ้น Mead กล่าวย่ำว่า “I” สามารถถูกรู้ได้เฉพาะในประสบการณ์เท่านั้น เนื่องจากเราจำเป็นต้องรอภาพลักษณ์ของ “me” เพื่อให้รู้ว่า “I” ทำอะไรลงไปแล้ว ทั้งนี้เพราะว่า คนเราไม่อาจรู้ความคาดหวังจริง ๆ ของคนอื่นเป็นอย่างไรจนกว่าจะได้กระทำลงไปแล้ว (“I”) ความแตกต่างใน

อิทธิพลที่คาดหวังของคนอื่น ๆ และของชุมชนในวงกว้างเป็นตัวควบคุมการกระทำของบุคคล ระดับอิทธิพลของ “I” และ “me” แปรผันโดยตรงกับสถานภาพของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ กล่าวคือ ยิ่งบุคคลได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่มมากเพียงใด อิทธิพลของภาพลักษณ์ของ “me” ก็ยิ่งจะสูงมากขึ้นเพียงนั้น และ “I” ก็จะถูกควบคุมมากขึ้นตามไปด้วย ในทางกลับกัน ยิ่งบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มในสถานการณ์หนึ่ง ๆ น้อยเพียงใดความสำคัญของภาพลักษณ์ “me” ก็ยิ่งลดลง ดังนั้นพฤติกรรมโดยเปิดเผยของบุคคลก็ยิ่งจะมีความแปรผันมากยิ่งขึ้น (พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2529 : 43-44)

สำหรับสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่บุคคลประสบกับโรคหลอดเลือดสมอง (CVA หรือ Stroke) นั้น ผลจากจากพยาธิสภาพที่หลงเหลือส่วนใหญ่คือ ความพิการ (ซึ่งจะแตกต่างระดับกันไปขึ้นอยู่กับบริเวณของหลอดเลือดสมองที่ถูกทำลาย) ทำให้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จากการสูญเสียความเป็นปกติ ทางด้านจิตใจ อารมณ์และทางด้านสังคมที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้แล้วยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลรอบข้างของเขาด้วย ภาวะ ความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ไม่มีความแน่นอนทั้งในเรื่องของระยะเวลาและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าจะบรรเทาดีขึ้นหรือเลวลงหรือคงที่ตามพยาธิสภาพของโรค ซึ่งบุคคลต้องเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ยังนำมาซึ่งการสูญเสียความเป็นตัวตนของบุคคล เช่นการแสดงออกของตัวตน เมื่อร่างกายถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือการกระทำของตัวตนกับบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ จากการคุกคามของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลรู้สึกมีความแปลกแยก แล้วเมื่อไรที่บุคคลจะสามารถที่จะกลับเข้ามาสู่สังคมและเรียกความเป็นตัวตนกลับมา เพื่อจะดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นเมื่อ Self เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ มาจากการเรียนรู้ท่าทีของผู้อื่นที่แสดงต่อตัวเราอย่างไร บุคคลจะตัดสินใจกระทำจากการคาดการณ์ว่า บุคคลอื่นจะมีความรู้สึกหรือท่าทีต่อเราอย่างไรจากการกระทำนั้น ดังนั้น ท่าทีของบุคคล แวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ที่บุคคลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์ด้วย จึงมีผลต่อความรู้สึกของบุคคลและการพัฒนาตัวตนเมื่อเจ็บป่วย

ผู้ศึกษาจึงขอสรุปในส่วนของความเป็นตัวตนที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ บุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไรต่อตนเองกับประสบการณ์ที่กำลังเผชิญ และเขาคิดว่าบุคคลที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยคิดอย่างไร รู้สึกอย่างไรกับเขาเช่นกัน เพื่อนำไปสู่การปรับตัวตนใหม่ในความหลากหลายในบริบทการดำเนินชีวิต

1.6.4 แนวคิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังและความพิการ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นนั้น นอกจากจะได้รับความสนใจในการค้นคว้าศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมทางการแพทย์แล้ว ยังมีกลุ่มนักสังคมวิทยาที่สนใจและศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและความพิการอีกด้วย หากใช้มุมมองทางด้านสังคมวิทยาในการศึกษา หนึ่งในจำนวนนั้นคือ Michael Bury ซึ่งจัดว่าเป็นนักคิดทางสังคมวิทยาแนวหน้าคนหนึ่งของอังกฤษที่ทำการศึกษาโรคเรื้อรัง นำไปสู่การเปลี่ยนมุมมองในการศึกษาโดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ และ “เสียง” ของบุคคล ซึ่งแต่เดิมการทำความเข้าใจความเจ็บป่วยทั้งหมดจะใช้แนวคิดทางการแพทย์เป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นงานของ Parsons ในแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทผู้ป่วย ต่อมาในช่วงปี 1982 Bury ได้เสนอแนวคิด Biographical Disruption ที่ศึกษาผลของโรคเรื้อรังที่มีต่อตัวตนของบุคคล ซึ่งกลายเป็นแนวคิดหลักที่ใช้แพร่หลายในกลุ่มนักสังคมวิทยา และยังได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษามูลค่าที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคข้ออักเสบ หลอดเลือดสมอง รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า แนวคิด Biographical Disruption ของ Bury จะนำไปสู่การเปิดมิติใหม่ในการศึกษาโรคเรื้อรัง หากในระบะต่อมา แนวคิดนี้ก็ได้ออกวิพากษ์ในความเป็นทฤษฎีรวมทั้งความเหมาะสมของการใช้แนวคิดนี้ในสภาพสังคมสมัยใหม่ เช่น Faircloth et al. (2004) และ Carricabu and Pierret (1995) ที่ได้ทำการศึกษาเช่นเดียวกัน หากผลที่ได้กลับเป็นไปในทางบวกต่อการพัฒนาตัวตนของบุคคลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง แทนที่จะเป็นผลทางลบดังที่ Bury เสนอไว้ นอกจากนี้ Williams (2000) เป็นอีกผู้หนึ่งที่วิพากษ์แนวคิดของ Bury ในประเด็นที่ Bury มองข้ามความหลากหลายของเงื่อนไขและบริบททางสังคมของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลอีกด้วย (เทพินทร์ พัทธานุกรม, 2551)

Bury's concept of Biographical Disruption

นักสังคมศาสตร์ได้เสนอการใช้ระเบียบวิธี Grounded Theory ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ ความหมายของความเจ็บป่วย/ความพิการจากมุมมองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งในประเทศอังกฤษ Bury (1982) ได้เป็นผู้นำในการเสนอการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังในฐานะที่เป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Biographical Event or Critical Situation) ซึ่ง Bury เสนอว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่ความผันผวน/การขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล จากแต่เดิมที่กิจกรรมต่าง ๆ อาจถูกกระทำอย่างเป็นอัตโนมัติ เป็นความเคยชินโดยมนุษย์ไม่ได้ให้ความใส่ใจหรือสังเกต หากความเจ็บป่วยกลายเป็นเหตุการณ์ที่นำไปสู่การที่บุคคลหันกลับมา

ตระหนักถึง ความเจ็บ ความปวด รวมทั้งความตายที่ตนเองอาจต้องเผชิญในวาระอันใกล้อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง

Bury พัฒนาแนวคิด **Biographical disruption** จากการศึกษาบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) ที่อาศัยอยู่ทางตะวันตกเฉียงเหนือของอังกฤษ จำนวนทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสถานภาพสมรส มีบุตรและเป็นชนชั้นแรงงานระดับล่างในสังคม เขาพบว่า ความเจ็บป่วยก็เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้นและมีผลต่อการหยุด/ชะงักงันของการดำเนินชีวิตปกติของบุคคลและความรู้ความเข้าใจของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ตัวตน รวมทั้งความเข้าใจต่อชีวิตและโลก ความเจ็บป่วยเรื้อรังนำบุคคลไปสู่การตระหนักถึงโลกของความเจ็บปวด ความทุกข์ รวมทั้งการตระหนักถึงความตายที่อาจเกิดขึ้น (จากเดิมที่ความตายอาจอยู่ไกล และไม่ใช่ว่าสิ่งที่จะต้องคิดถึง) นอกจากนั้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและครอบครัว การปรับรูปแบบความสัมพันธ์ทั้งในลักษณะของการพึ่งพาและการสนับสนุนระหว่างกัน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และคนอื่น ๆ Bury ได้เน้นว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลสำคัญต่อภาวะพึ่งพาของบุคคลต่อผู้อื่นและด้วยลักษณะของการพึ่งพาและการปรับวิถีคิด ความเข้าใจต่อชีวิต บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงต้องปรับมุมมองหมายและแผนดำเนินชีวิต

Bury เสนอว่า ชีวิตและการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลในการขัดขวางหรือการชะงักงันของการดำเนินชีวิตบุคคล และความชะงักงันดังกล่าวมีผลอย่างรุนแรงต่อกระบวนการที่กำลังดำเนินต่อเนื่องของชีวิต มีผลต่อความไม่แน่นอนของชีวิต และนำไปสู่การตั้งคำถามของบุคคลเกี่ยวกับตัวตน (Self) และชีวิตที่ตนได้ดำเนินมารวมทั้งชีวิตในอนาคตที่บุคคลจะต้องดำเนินต่อไปเมื่อประสบความเจ็บป่วยเรื้อรัง

Bury เห็นว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังจะนำไปสู่การขัดขวาง หรือ ผันผวนในชีวิตบุคคล ใน 3 ประการ คือ (เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์: 2551)

1. **พฤติกรรมคุ้นเคยเกิดการสะดุด/หยุดชะงัก (Disruption of take-for-granted assumptions and behaviors)** คือการที่สมมุติฐานเดิมเกี่ยวกับร่างกายและการกระทำเดิมที่บุคคลอาจกระทำจนดูเหมือนอัตโนมัตินั้นไม่สามารถดำเนินต่อไปและบุคคลจะกลับมาสนใจความเป็นไปหรือการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนมากขึ้น มีการใคร่ครวญและตระหนักถึงการกระทำที่ตนเองอาจไม่สามารถกระทำดังเดิม หรือ ทำได้ไม่เท่าเดิม

2. **ความขัดแย้งในการใช้กรอบคำอธิบายแบบเดิม (Disruption in the explanatory frameworks used by people in rethinking of the person's biography)** คือการที่บุคคลไม่สามารถใช้กรอบคำอธิบาย การเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ชีวิตแบบเดิม และบุคคลจะเริ่มหากรอบ

คำอธิบายใหม่ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการหาคำอธิบายใหม่นี้ก็คือการตั้งคำถามในลักษณะที่ว่า “ทำไมความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับฉัน ทำไมจึงเกิดขึ้นเวลานี้” (“Why me? Why now?”)

3. การจัดการ แสวงหาทรัพยากร เพื่ออำนวยความสะดวกหรือทำให้ชีวิตสามารถดำเนินไปได้ในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทรัพยากรในที่นี้หมายถึง ทรัพยากรที่เป็นวัตถุทางกายภาพ ทรัพยากรทางสังคมวัฒนธรรม เวลา เงินทอง บริการทางการแพทย์ Bury เห็นว่าการดำเนินการเกี่ยวกับทรัพยากรนี้แตกต่างกันตามบริบทของบุคคล และเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า การให้ความหมายแก่ความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลไม่สามารถจะแยกออกจากบริบทชีวิตที่บุคคลดำรงอยู่

Bury ยังเห็นว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่ต้องถูกจำกัดลงหรือบุคคลถูกกีดกันออกไปจากสังคมกลุ่มเดิมนั้นเป็นผลกระทบสำคัญที่มีต่อบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการจำกัดขอบเขตความสัมพันธ์ทางสังคมนั้นไม่ได้เกิดจากเงื่อนไขทางกายภาพของบุคคลเท่านั้น หากเกิดจากการรับรู้ตัวตนของบุคคลด้วย รวมทั้งบุคคลอาจจำกัดขอบเขตความสัมพันธ์เฉพาะกลุ่มคนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือจำกัดขอบเขตการพบปะบุคคลอื่นเฉพาะในพื้นที่ครอบครัว ไม่ใช่ในพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น

การตีความจากการเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังของแนวคิดนี้สะท้อนลักษณะของความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง 2 ประการ คือ

1. การให้ความหมายของความเจ็บป่วยในลักษณะที่เป็น “ผล” ที่เกิดขึ้นกับบุคคลและครอบครัวทั้งในบริบทชีวิตประจำวัน ที่ทำงานและที่บ้าน การจัดการกับความเจ็บป่วยทั้งในบริบททางการแพทย์และในครอบครัวและต้นทุนทางสังคมเศรษฐกิจที่บุคคล ครอบครัวต้องเสียไปเมื่อประสบกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. ความหมายเชิงสัญลักษณ์ต่อความเจ็บป่วย ในที่นี้หมายถึงความแตกต่างของผลที่เกิดขึ้นต่อบุคคลที่มีความต่างกัน บริบทรวมทั้งความต่างของชนิดของโรคเรื้อรังที่บุคคลประสบ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การติดเชื้อเอชไอวี ย่อมมีผลกระทบสำคัญต่อบุคคล ครอบครัวมากกว่าการเป็นโรคเรื้อรังชนิดอื่น เช่น เบาหวาน ไต

Bury ได้ขยายการศึกษาออกไปสู่ความหลากหลายในการตีความและตอบสนองของบุคคลโดยผ่านกรอบคิดสายการตีความ เขาได้จำแนกความแตกต่างระหว่าง Coping, Normalisation, Strategy and Styles ดังนี้ (เทพินทร์ พัทธนาธิกุล; อ้างแล้ว)

Coping หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเรียนรู้เพื่อจะ อดทน และเผชิญต่อผลที่เกิดขึ้นของ โรคเรื้อรัง เป็น “ความรู้สึก” ที่บุคคลรับรู้คุณค่าของตนและความเป็นหนึ่งเดียว ระหว่างตน กับ ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคเรื้อรัง

Normalisation หมายถึง รูปแบบของการเผชิญกับโรคเรื้อรัง (a form of coping) เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่บุคคล “ตัด” หรือ “ใส่วงเล็บ” “ยกเอาไว้” ผลกระทบของความเจ็บป่วย ออกไป เพื่อการลดทอนผลที่มีต่ออัตลักษณ์ของตน หรือการพยายามกระทำต่อความเจ็บป่วยใน ลักษณะที่เป็นเสมือน “สิ่งธรรมดา” เพื่อนำไปสู่การดำรงอยู่ของอัตลักษณ์ของตนและดำรงไว้ซึ่ง ความหวังในอนาคต

Strategy ในทางตรงกันข้าม Bury หมายถึง การกระทำที่บุคคลทำต่อความเจ็บป่วย (ไม่ใช่ ความหมายและทัศนคติที่บุคคลพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย) Bury เน้นการกระทำที่ บุคคลจัดการทรัพยากรเพื่อนำไปสู่การลดผลกระทบทางลบของความเจ็บป่วยและดำรงไว้ซึ่ง ความหวังในอนาคต

Styles หมายถึง วิธีที่บุคคลตอบสนองหรือแสดงออกต่อลักษณะความเจ็บป่วยและการ รักษา เป็นวิธีการแสดงออกต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของบุคคลในสถานการณ์สังคมแม้ว่า Styles จะมีความหมายใกล้เคียงและซ้อนทับกับ Coping และ Strategic Action แต่ Styles จะเน้นที่ ความแตกต่างในการให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์และการกระทำทางสังคมของบุคคลในแต่ละ สังคมวัฒนธรรม รวมทั้งในสังคมเดียวกันที่การกระทำในแต่ละพื้นที่ เวลา และในกลุ่มคนต่างกัน มีความหมายทางวัฒนธรรมต่างกัน เช่น การกระทำในที่ชุมชน ในบ้าน การกระทำกับคนใกล้ชิด หรือ กับคนรู้จักทั่วไป ดังนั้น Styles จึงเป็นการมองในภาพรวมมากกว่าการเน้นที่ปัจเจก

Bury เน้นว่า ความจำกัดทางด้านร่างกาย (Bodily Constraints) ควรพิจารณาในปฏิบัติการ และการให้ความหมายของบุคคลที่กำลังประสบความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งทำให้การศึกษาโรคเรื้อรังใน ระยะต่อมา นำไปสู่การเปลี่ยนประเด็นการศึกษาจาก ความหมาย (Meaning) ไปสู่ ผล (Consequence) และจากการศึกษาวิธีการปรับตัวของปัจเจกไปสู่แบบแผนของการปรับตัวที่ หลากหลายของบุคคล

ข้อโต้แย้งต่อแนวคิด Biographical Disruption ของ Bury

ข้อเสนอของ Bury ในการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อ การดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และตัวตนของบุคคลได้ถูกวิพากษ์ โดย Faircloth et al. (2004) และ Simon J. Williams (2000) ในประเด็นที่ต่างกัน ดังนี้ (เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2551)

1. ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับชีวิตที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

Faircloth et al. (2004) ได้ตั้งข้อสมมุติฐานว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีผลกระทบในลักษณะที่นำไปสู่การหยุดชะงักของการดำเนินชีวิตดังที่ Bury ได้เสนอไว้ แต่หากกลายเป็นเหตุการณ์ “ปกติ ธรรมดา” ที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อพิจารณาเงื่อนไขทางสังคมและความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย สมมุติฐานของ Faircloth et al. (2004) พัฒนามาจากงานศึกษาบุคคลที่คิดเชื่อเอชไอวี (Carricaburu and Pierret: 1995 อ้างใน เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2551) ซึ่งพบว่า การรับรู้ว่าตนเองคิดเชื่อเอชไอวีกลับนำไปสู่การที่บุคคลมีความตระหนักในคุณค่า ลักษณะเฉพาะของตนเอง ความเป็นตัวตน และมีผลต่อการพัฒนาตนเองในด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น มีการรวมกลุ่มช่วยเหลือกัน และนำไปสู่การตระหนักถึงความเป็นตัวตนในด้านเพศ เพศสัมพันธ์และชุมชนมากขึ้น ด้วยมุมมองของผู้คิดเชื่อเหล่านี้ เอ็ดส์จึงไม่ได้เป็นเหมือน “วิกฤติที่เข้ามาทำลายชีวิต” หากเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาตัวตนในช่วงหนึ่งของการดำเนินชีวิต ซึ่งในทำนองเดียวกันงานศึกษา (Faircloth et al., 2004) พบ “ความเป็นปกติ” ของภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

Faircloth et al. (2004) เน้นศึกษาการเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดหัวใจท่ามกลางบริบทที่หลากหลายของชีวิต งานนี้ได้ตั้งคำถามว่า ประสบการณ์ของความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็น Biographical Disruption หรือ An ongoing biographical flow และเห็นว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีผลต่อบุคคลในลักษณะของการหยุดชะงัก หากโรคหลอดเลือดสมองกลับหลอม/ประสานไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตของบุคคล

งานศึกษาของ Faircloth et al. (2004) ทำการเก็บข้อมูลมาจากบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ฟลอริดา สหรัฐอเมริกา จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย และอายุเฉลี่ย 66 ปี การเก็บข้อมูลใช้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การสัมภาษณ์บุคคลกระทำหลายครั้ง คือ หลังจากบุคคลออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 เดือน คำถามในการสัมภาษณ์คือ ชีวิตประจำวันของบุคคล ชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการของบุคคลต่อภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่สาธารณะ และ การสร้างความหมายเกี่ยวกับร่างกาย ชีวิต และทัศนคติต่ออนาคต

งานศึกษาชิ้นนี้พบว่า บุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติโดยความเจ็บป่วยดังกล่าว ไม่ได้มีผลต่อการหยุดชะงักของชีวิตดังเช่นที่ Bury เสนอ

นอกจากนี้บุคคลยังมีกระบวนการทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลายเป็น “**ความธรรมดา ปกติ**” ของชีวิต โดยเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าวคือ อายุ ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับความเจ็บป่วยอื่น และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ Faircloth et al. (2004) ยังพบว่า การให้ความหมายทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับภาวะสูงอายุมีผลต่อการรับรู้ “ความเป็นธรรมดา” ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยดังกล่าวกลายเป็นเหตุการณ์ที่ “คาดคิดไว้แล้ว”ว่าจะเกิดขึ้นในกลุ่มคนวัยสูงอายุ ดังนั้นพยาธิสภาพจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะเป็นความยากลำบากในการเดิน เคลื่อนไหว การพูด หรือ การเสื่อมของความจำ สมอง และเพศสัมพันธ์ ก็ไม่ได้ถูกรับรู้ว่าเป็นผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหากเป็นเนื่องจากความสูงอายุ และนำไปสู่การรับรู้ของบุคคลว่าภาวะความเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่ส่งผลในลักษณะที่หยุด/ขัดขวางการดำเนินชีวิต

สำหรับในกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ร่วมด้วย การเปรียบเทียบผลที่เกิดจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองกับโรคอื่น ๆ ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ทำให้บุคคลกลับเห็นว่า ความยากลำบากที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นมากกว่า เช่น บุคคลที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความผิดปกติของสายตา และพิการทางกายเนื่องจากการติดเชื้อจากบาดแผล บุคคลเหล่านี้ให้ข้อมูลว่า ชีวิตของตนเปลี่ยนไปเนื่องจากเบาหวาน ในขณะที่โรคหลอดเลือดสมองเป็น “เพียงเหตุการณ์หนึ่ง” ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ซึ่งลักษณะดังกล่าวก็พบเช่นเดียวกันในบุคคลที่ป่วยด้วยโรค Osteoarthritis มะเร็ง และความดันโลหิตสูง

นอกจากการให้ความหมายทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับความสูงอายุและความเจ็บป่วยอื่นที่กำลังเผชิญแล้ว การรับรู้ความเป็น “ธรรมดา” ของภาวะโรคหลอดเลือดสมองจะพบในกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนี้นมาก่อน เช่น มีคนในครอบครัวเคยเป็น บุคคลเหล่านี้จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งการแลกเปลี่ยนกันตั้งคำถามถึงผลกระทบทั้งทางกายและจิตที่ตนได้รับจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนข้อมูลเหล่านี้ทำให้บุคคลสามารถ “คาดการณ์” ได้ว่า ตนเองจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอะไรเมื่อป่วย และภาวะการณ์ชีวิตหลังจากการป่วยแล้วมีลักษณะอย่างไร โรคหลอดเลือดสมองกลายเป็นส่วนหนึ่งของ “ตัวตน” นั่นคือ ภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและตัวตนของบุคคลไม่ได้แยกจากกันเด็ดขาดเหมือนกับแนวคิดของ Bury ที่แยกสองสิ่งนี้ออกจากกัน และบอกว่าสิ่งที่เกิดกับร่างกายมีผลกระทบต่อตัวตน

2. ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการผันผวนของชีวิตหรือความผันผวนของชีวิตคือความเจ็บป่วยเรื้อรัง

Simon Williams (2000) ก็เป็นอีกผู้หนึ่งที่มีความเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและการหยุดชะงักของการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจาก Bury ในงานเขียนของเขาชื่อ **“Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness?”** เขาได้เสนอการพิจารณาการรับรู้ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของบุคคลที่อยู่ในช่วงวัย/ชีวิตต่างกัน และเน้นการให้ความสำคัญต่อบริบทสังคมอื่น ๆ รวมทั้งความสอดคล้องของการใช้แนวคิดของ Bury ในการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังในสภาพสังคมสมัยใหม่ ประเด็นโต้แย้งของ Williams ที่มีต่อ Bury มีรายละเอียดดังนี้ (อ้างใน เทพินทร์ พชรานุรักษ์, 2551)

2.1 ข้อเสนอ Biographical disruption ของ Bury ที่พัฒนามาขึ้นนั้น ส่วนใหญ่ได้จากการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งโรคเรื้อรังมักเกิดในช่วงกลางไปจนถึงช่วงปลายชีวิต ดังนั้นแนวคิดนี้จึงมีแนวโน้มที่จะมองภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนผ่านมาจาก ภาวะปกติ ที่บุคคลเป็นในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น แต่อย่างไรก็ตามการอธิบายของแนวคิดไม่ได้นำเอา **“สิ่งที่เกิดขึ้น”** ในวัยเด็กหรือตั้งแต่เกิดมาพิจารณาด้วย เช่น การเกิดมาด้วยความพิการ ความบกพร่องของอวัยวะบางอย่างนั้น มีผลต่อการให้ความหมายของโรคเรื้อรังที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่อย่างไร ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นในวัยเด็กนั้น ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ตัวตนของบุคคลด้วย เช่นกัน แต่เมื่อฐานของแนวคิด Biographical disruption เป็นการเปรียบเทียบกับ **“ภาวะปกติ”** ของสุขภาพปกติ หรือแม้แต่พิจารณาวัฒนธรรมในความหมายที่เป็นลักษณะบรรทัดฐาน จึงทำให้ความเจ็บป่วยเรื้อรังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากข้อหนึ่ง (ข้อปกติ) ไปสู่อีกข้อหนึ่ง (ที่ไม่ปกติ)

2.2 งานศึกษาหลายชิ้นในระยะต่อมา พบว่าในบุคคลบางกลุ่ม ความเจ็บป่วยกลายเป็น **“เรื่องปกติ”** มิใช่ สถานการณ์วิกฤติ หรือ critical situation ดังที่ Bury เสนอ เช่น งานของ Cornwell (1984 อ้างใน เทพินทร์ พชรานุรักษ์, 2551) ที่บุคคลชนชั้นล่างเห็นว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของโชค ความมีโชคคิของบุคคล ขณะที่ความเจ็บป่วย กลายเป็น **“สิ่งที่คาดคิดไว้ว่า มันจะต้องเกิดขึ้นหรือ มี”** ดังนั้นในคนกลุ่มนี้ การเป็นโรคเรื้อรังจึงไม่ได้มีผลต่อการรับรู้ถึง ความผันผวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตปกติ

นอกจากนั้นเมื่ออยู่ในบริบทความเป็นผู้สูงอายุแล้ว ชีวิตที่ต้องถูกจำกัด ขัดขวางทำให้ไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างที่เคย นั่น ก็เป็น **“ความคาดหวังของชีวิต”** (Biographical Anticipation) มากกว่าจะเป็น **“ความผันผวนของชีวิต”** (Biographical Disruption) ซึ่งในงานระยะหลังของ Bury ก็

เน้นความสำคัญของเงื่อนไขเชิงบริบทของชีวิตและเงื่อนไขด้านเวลาของการเกิดความเจ็บป่วย ด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยในระยะต่อมาพบความสำคัญของ เงื่อนไขด้านเวลา, บริบท, ความคาดหวัง, ความยึดมั่นของบุคคล ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล สุขภาพดีหรือเจ็บป่วย รวมทั้งความหมายที่บุคคลมีต่อภาวะนั้น ๆ และงานศึกษาระยะหลังเมื่อพิจารณาความหลากหลายของบริบทและปัจจัยต่างๆ ชำ้ต้นก็ทำให้พบว่า นอกจากความเจ็บป่วยเรื้อรังจะเป็นความปกติแล้ว (Normal Illness) บุคคลบางกลุ่มอาจมองว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ผ่านมาในชีวิตและเป็นเรื่องต่อเนื่องที่ต้องดำเนินไป (Continuity) มากกว่าการเป็น “การสะดุด หรือ ขัดขวาง” (Disruption)

2.3 ในขณะที่ Bury มองว่า ความเจ็บป่วยส่ง “ผล” ต่อการดำเนินชีวิต Williams เห็นว่างานศึกษาหลายชิ้นพบว่า บุคคลมีการให้และสะท้อนความหมายในทางที่กลับกัน กล่าวคือ การขัดขวางการดำเนินชีวิตเป็น “เหตุ” ของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ลักษณะดังกล่าวพบได้ในงานเกี่ยวกับ “เรื่องเล่า” ความเจ็บป่วย เช่นงานศึกษาของ Williams (1984) พบว่า เมื่อบุคคลเริ่มตระหนักถึงการไม่สามารถกระทำกิจกรรม ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บุคคลจะย้อนกลับไปพิจารณาเงื่อนไขทางสังคม สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งที่ทำงาน ที่บ้าน เพื่อนำไปสู่การตอบคำถามว่า ทำไมตนเองจึงเกิดการเจ็บป่วย และในบางครั้ง การย้อนกลับไปหา “เหตุ” ของความเจ็บป่วยของบุคคลนี้ก็นำไปสู่การเชื่อมโยงระบบโครงสร้างสังคมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

2.4 การใช้แนวคิดของ Bury ในการศึกษาสังคมสมัยใหม่

2.4.1 ในสังคมสมัยใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบแผนการทำงานที่ยืดหยุ่น ไม่ใช่ในระบบการจ้างงานแบบอุตสาหกรรม รวมทั้งวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป เราสามารถซื้อหาบริการ สินค้าได้ มีกิจกรรมยามว่างได้หลากหลาย รูปแบบชีวิตความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนไป ประเด็นการ “ขัดขวาง” การดำเนินชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่นักคิดทางสังคมศาสตร์ตั้งคำถามว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังอาจจะส่งผลต่อการขัดขวางชีวิตน้อยกว่าในสังคมแบบเดิม นอกจากนั้น รูปแบบของการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะมีหลากหลายต่าง ๆ กันจากการที่สังคมสมัยใหม่มีทางเลือกให้บุคคลมากขึ้น (เช่น การทำงานที่บ้าน การติดต่อสื่อสารได้สะดวกโดยไม่ต้องการเดินทางที่ทางกายภาพ)

2.4.2 บุคคลในสังคมสมัยใหม่ที่มีการไคร่ครวญ ตระหนัก และสะท้อนกลับ ในตนเองตลอดเวลา และในสังคมสมัยใหม่ที่เป็นสังคมความเสี่ยง บุคคลจะต้องระแวดระวัง คิด

ใคร่ครวญ ประเมินและตัดสินใจเลือกกระทำ รวมทั้งควบคุมตนเอง สถานการณ์เช่นนี้ ทำให้บุคคลไม่สามารถ “ลืม” “มองข้าม” ตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ หากแต่ต้องมีการพัฒนา ปรับตนเองตลอดเวลา ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่มิผลในด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์มากกว่าจะเป็นในทางกายภาพ

นอกจากนั้นในสังคมสมัยใหม่ที่รูปแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์เปลี่ยนไป แนวคิดเกี่ยวกับการรักษา (Cure) ถูกแทนที่ด้วย การบำบัด (Therapy) และมีรูปแบบการบำบัดเกิดขึ้นมากมาย เช่นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง จนกระทั่งผู้เชี่ยวชาญ หรือแม้กระทั่ง การจัดหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น การจำหน่ายคู่มือเพื่อจัดการปัญหาทางอารมณ์ของตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ไม่ได้ผูกติดกับสถาบันทางการแพทย์ หรือ ครอบครัวยึดต่อไป หากมีการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ทั้งในรายการโทรทัศน์ นิตยสาร วิทยุ รวมทั้งวิดีโอ

จากแนวคิดที่กล่าวมาในเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า การให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นนั้น มิใช่เป็นเหตุการณ์ “วิกฤต” หรือการขัดขวางของชีวิต แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ยังมีความหมายในลักษณะเป็นความต่อเนื่องของชีวิต ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเรื่อง “ปกติ” ที่เข้ามาในระหว่างการดำเนินชีวิต หรือการให้ความหมายกับความเจ็บป่วยในลักษณะที่เป็นเรื่อง “คาดคิดหรือคาดหวังไว้แล้ว” ทั้งนี้มีปัจจัยหลายอย่างที่ประกอบกัน ทั้งในเรื่องของวัย เพศ เวลาและบริบทแวดล้อมของสังคมและวัฒนธรรม

นอกจากการมองในเรื่องการให้ความหมายของความเจ็บป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบที่ได้รับจากความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลโดยตรงต่อตัวบุคคล โดยมองว่าบุคคลมีมุมมอง ความรู้สึกในการมองร่างกายกับตัวตนของตนเองว่า เป็นสิ่งที่แยกกันได้ หรือสามารถไปด้วยกันได้ มิได้ส่งผลใดๆ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย อีกทั้งในบริบทของสังคมปัจจุบัน ที่มีความสมัยใหม่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี บุคคลจะมีการให้ความหมายในลักษณะใด และจะมีทิศทางในการปรับตัวของบุคคลต่อโรคอย่างไร

ดังนั้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาในเรื่องของความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หากในการศึกษาชิ้นนี้เป็นไปในบริบทของสังคมชนบท เพื่อที่ผู้ศึกษาต้องการทราบว่า ในบริบทดังกล่าวบุคคลจะให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นเหตุการณ์สำคัญต่อชีวิตที่มีผลต่อการขัดขวางการดำเนินชีวิต/ เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นหรือเป็นเรื่องที่บุคคลได้คาดการณ์ไว้แล้ว และบุคคลมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไรต่อตัวเองและกับผู้อื่นที่เขามีปฏิสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งมีการจัดการอย่างไรกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ มีเงื่อนไขใดที่เขาต้อง

ปฏิบัติเช่นนั้น มีความเหมือนหรือแตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่การเปิดมุมมองและการศึกษาใหม่ๆ ในความหลากหลายของบริบทการดำเนินชีวิต

1.6.5 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย การให้ความหมายของความเจ็บป่วย และการจัดการตนเองในบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และประเด็นของความเป็นตัวตนของบุคคล หลังจากความเจ็บป่วย บุคคลมีการจัดการอย่างไรในการปรับตัวของตนเองกลับมาอีกครั้ง ซึ่งการศึกษาในแต่ละงานนั้นมีทั้งความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันออกไปของผลการศึกษาที่ได้รับ โดยรายละเอียดของงานศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีดังนี้

ในสังคมปัจจุบันคงปฏิเสธไม่ได้ว่า มีการให้คุณค่า ความสำคัญกับร่างกายทางกายภาพ เนื่องจากเป็นภาพลักษณ์ของบุคคลในสังคมจากผู้ที่พบเห็น และยังบ่งบอกสถานะทางสังคมของบุคคลด้วย จะเห็นได้ว่าร่างกายถูกสังคมสร้างหรือกำหนดขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่สังคมสร้างขึ้นภายใต้บริบทแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมในแต่ละยุคสมัย

เช่น การศึกษาของ Charmaz (1983) ทำการศึกษาในสังคมเกษตรกรรม ที่ถือว่าความสามารถของร่างกายและความแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการสูญเสียตัวตนของบุคคล และตัวตนที่ถูกยึดครองด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้จะแตกต่างจากตัวตนเดิม เนื่องจากบุคคลจะต้องใช้ชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังไปตลอดอายุขัย มีชีวิตที่ถูกจำกัด การอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่มีศักดิ์ศรี และต้องกลายเป็นภาระกับครอบครัวและถูกจัดเข้ากลุ่มที่สังคมตีตราว่าเป็นคนเกียจคร้าน

นงนุช โอบะ และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มวัยสูงอายุ จำนวน 16 ราย ทั้งชายและหญิงโดยเฉลี่ย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสมรสคู่ พบว่ามีการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้หลากหลาย มีทั้งเป็นเหตุการณ์ “วิกฤต” ของชีวิต หรือ “เป็นเรื่องปกติ” หรือ “เป็นสิ่งที่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น” ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยนั้นมีต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณ จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับโรค นอกจากนี้ยังมีบริบทแวดล้อมต่างๆ และในเรื่องของเวลา เช่น หากยังทำงานหรือดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ถือว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น “เป็นเรื่องปกติ” หากแต่เมื่อใดเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ปัญหาระบบของไต หรือการถูกตัดอวัยวะส่วนใดออก

ความเจ็บป่วยนั้นจะเป็นเหตุการณ์วิกฤตหนึ่งของชีวิต ซึ่งนำไปสู่การทบทวน สำรวจตัวเองเพื่อปรับแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่

ในขณะที่ รัชพร ชื่นกลิ่น (2543) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีอาการอัมพาตท่อนล่าง จำนวน 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 21-30 ปี มีสถานภาพสมรสทั้งโสดและคู่ในอัตราเฉลี่ยเท่า ๆ กัน พบว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อการหยุดชะงักของการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความเจ็บปวด ความทุกข์ทั้งกายและใจ ที่ส่งผลต่อตนเองและบุคคลที่อยู่รอบข้าง (เนื่องด้วยเป็นช่วงในวัยทำงาน ต้องมาพึ่งพาและเป็นภาระ) การให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตนั้น เริ่มตั้งแต่การรับรู้การเป็นอัมพาต การแสวงหาการรักษา การเรียนรู้การดำเนินชีวิต และสรรหาสิ่งอำนวยความสะดวกพึ่งตนเองเพื่อลดภาระ แต่ยังพบว่าเมื่อระยะเวลาที่ผ่านไปของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น จากการเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง มีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตใหม่ รับการสนับสนุนจากผู้ที่หิบบินให้ พึ่งตัวเองมากขึ้น เป็นอิสระมากขึ้น ลดการเป็นภาระของผู้อื่น และมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาต จากนั้นก็สามารถกลับคืนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ และงานของ รัชฎลักษณ์ โอบบ้อม (2548) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น เป็นการเกิดอาการขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดเดามาก่อนได้ ซึ่งผลของโรคต่อผู้รอดชีวิตที่ต้องตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพหรืออัมพาตระยะยาวนั้น ทำให้ผู้รอดชีวิตและครอบครัวจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุกด้าน โดยที่ครอบครัวเป็นผู้ดูแลและมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของครอบครัวในด้านต่างๆ รวมไปถึงการดูแลด้านสภาพจิตใจที่ต้องสร้างแรงสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันพร้อมทั้งต้องเรียนรู้ ปรับตัวกับการอยู่ร่วมกันเพื่อการดำเนินชีวิตต่อไปของผู้รอดชีวิต

นอกจากนี้ งานศึกษาของ รวีวรรณ ขสวัฒนา (2535) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 100 ราย อายุ 50-69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ กลับพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อบทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งในบริบทของครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็ยังคงบทบาทหน้าที่เดิม แต่จะมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ไม่สามารถทำเช่นเดิม จากการคำนึงความปลอดภัยของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น หรืองานของสุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ศึกษาการพึ่งพาและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการมีชีวิต แม้จะเกิดโรคหรือความพิการโดยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และเนื่องด้วยบริบทของครอบครัว ลักษณะชนบทคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ

ยังคงได้รับความยอมรับ เคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า

ซึ่งตรงกันข้ามกับงานศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2539) ที่ศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความหมายในลักษณะเป็นโรคที่รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ชายทั้งหมด ในด้านการไม่สามารถครองบทบาท และมีความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง กล่าวคือ บทบาทการเป็นบิดาสามี และหัวหน้าครอบครัว เมื่อรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีความไม่แน่นอน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่จะคิดถึงเป้าหมายสูงสุด ได้แก่ ต้องการให้หายจากโรค ไม่ให้โรครุนแรงขึ้น ไม่ต้องการให้เกิดซ้ำ ต้องการให้มีสุขภาพดี และอายุยืนยาวขึ้น และปัจจัยภายนอกคือระบบครอบครัว ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการผลักดันบุคคลให้เกิดกำลังใจกลับเข้ามาสู่สังคม

นอกจากนี้ยังมีงานที่สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แล้วบุคคลไม่สามารถอธิบายได้ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงใดในร่างกาย บุคคลจะคิดคำอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองใหม่ ดังเช่นงานจากเรื่องเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของ นอร์แมน คูลชินส์ (2535) ที่เผชิญกับโรคร้ายแรงคือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในกระดูกสันหลังกำลังเสื่อมสลาย ผลที่เกิดจากโรคนี้คือความพิการ ซึ่งแพทย์เชื่อว่าโรคนี้ไม่อาจรักษาหายได้ การที่เขาต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรค แต่ด้วยแรงผลักดันของความมุ่งมั่นในการที่จะดำรงชีวิตอยู่ โดยที่เขาเชื่อมั่นในศักยภาพที่จะจัดการกับตัวของตนเองได้ ดังนั้นเขาจึงแสวงหาวิธีการรักษาดูแลตนเอง และทำให้เขาสามารถผ่านพ้นภาวะที่เป็นวิกฤติได้ และใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

หรือเรื่องเล่าของ อัลเบิร์ต ชไวทเซอร์ (ใน นอร์แมน คูลชินส์, 2535) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด หลังการรับรู้เกี่ยวกับโรคของตน ความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้นคือ ความสิ้นหวัง มีความกลัวจากจิตใต้สำนึกว่า จะไม่สามารถทำอะไรต่าง ๆ เป็นปกติดังเดิม ซึ่งทำให้เกิดการแบ่งแยกความเป็นตัวเราออกจากโลกที่มีการเคลื่อนไหว และความคาดหวังต่าง ๆ อย่างเป็นอิสระ มีความรู้สึกหนักใจที่ต้องเป็นภาระให้ครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการแยกตัวออกมายิ่งขึ้น แต่ก็มีขีดจำกัดระหว่างความหวาดกลัวต่อความเปล่าเปลี่ยวและการที่ต้องอยู่ ลำพัง ขาดความเคารพในตนเอง จากความรู้สึกจิตใต้สำนึกว่า ความเจ็บป่วยอาจเป็นสิ่งที่แสดงออกของความไม่สามารถของเราได้ แต่ในความรู้สึกที่อ้างว้างนั้น ยังต้องการสัมพันธ์ภาพระหว่างมนุษย์ที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน ที่ทำให้เขามีความหวังเกิดขึ้นได้

จากงานศึกษาทั้งหมดที่ได้พบทวนมา ผู้ศึกษาเห็นว่ามักจะศึกษาไปในประเด็นเดียวกัน นั่นคือ ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีผลต่อการรับรู้ ความเป็นตัวตนของบุคคลและการให้ความหมายของความเจ็บป่วย รวมทั้งการจัดการดูแลตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในส่วนของความเป็นตัวตนของบุคคลในขณะที่เกิดความเจ็บป่วยและการเรียก/ปรับตัวตนกลับคืนมาโดยเฉพาะบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น ยังไม่ค่อยมีปรากฏมากนัก และจากงานศึกษาข้างต้นจะพบว่าผลกระทบที่เกิดจากเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งไม่ทราบอาการและระยะเวลาที่แน่นอนนั้น บุคคลซึ่งเกิดความสูญเสียไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจและสังคมแล้วไม่ใช่เป็นเรื่องของบุคคลเท่านั้น ยังส่งผลกระทบถึงครอบครัวอีกด้วย ในส่วนของการที่บุคคลสูญเสียความเป็นตัวตนในระยะการเจ็บป่วยนั้น บุคคลสามารถที่จะเรียกความเป็นตัวตน/ปรับตัวของตนเองกลับคืนมา ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การให้ความหมายของชีวิตและการจัดการของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทแวดล้อม และเมื่อนำงานทบทวนวรรณกรรมมา เชื่อมโยงกับแนวคิดของทั้งสามนักคิด (Bury, Faircloth et al., Simon Williams) พบว่า อาจจะมี ความเหมือนหรือความต่างผสมผสานกัน ในเรื่องของความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อตัวตน หากแต่จะเป็นการขัดขวาง/ความต่อเนื่อง หรือความคาดหวังของชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขชีวิตของบุคคล เช่น วัย เพศ อาชีพ สถานภาพ ระดับความรุนแรง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และบริบทแวดล้อมรอบข้าง

ดังนั้นในศึกษาทางสังคมวิทยายุคหลังสมัยใหม่ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเน้นความเป็นปัจเจก ซึ่งบุคคลเป็นผู้กระทำ (Active) และในสภาพสังคมปัจจุบันที่เป็นสังคมสมัยใหม่เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความเจริญก้าวหน้า และกลุ่มคนส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญต่อร่างกายที่เป็นด้านกายภาพ (ภาพลักษณ์) ซึ่งเป็นจุดแรกของการประเมินบุคคลว่าเขาเป็นอย่างไร ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือผลจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความบกพร่อง/ความพิการของร่างกาย จะพบว่า ร่างกายทางด้านกายภาพมีความสำคัญเชื่อมโยงต่อความเป็นตัวตน เนื่องจากลักษณะทางร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ของบุคคล (Kelleher, D., & Leavey, G., 2004)

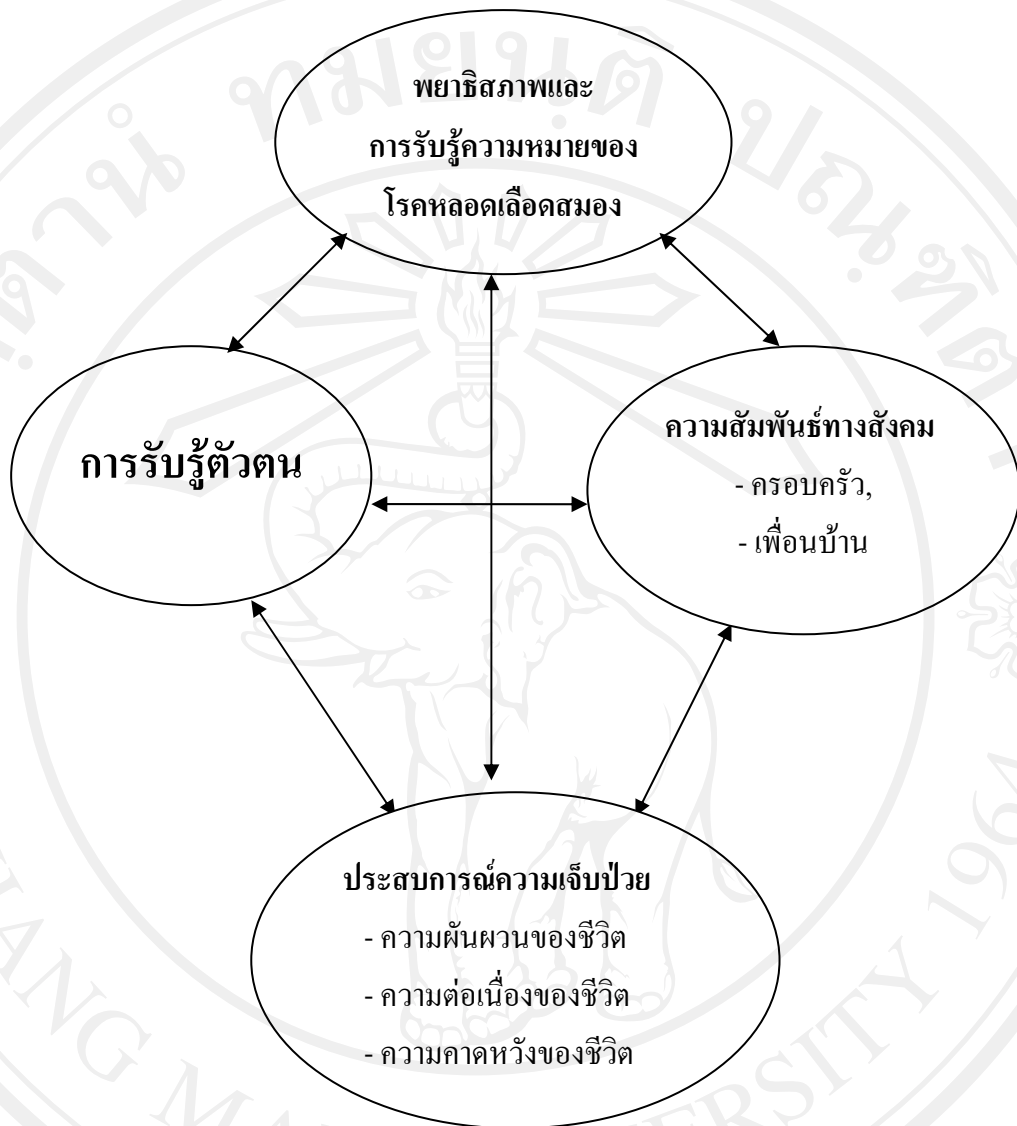
1.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

งานวิจัยนี้ศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นศึกษากระบวนการและรูปแบบในการปรับตัวของบุคคล รวมทั้งผลของพยาธิสภาพที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสัมพันธ์ของบุคคลที่เจ็บป่วยกับครอบครัวและบุคคลอื่นที่อยู่แวดล้อม และตัวตนของบุคคล โดยคัดเลือกบุคคลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีบริบทของชีวิตและมีระดับพยาธิสภาพต่าง ๆ กัน

กรอบแนวคิดในการศึกษาจึงเน้นความสัมพันธ์ที่มีผลต่อกันและกัน ใน 4 ประเด็นใหญ่ คือ ลักษณะพยาธิสภาพที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม และ ตัวตน โดยพิจารณาว่า บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้จะหายจากช่วงเวลาวิกฤติของโรคแล้ว หากยังคงมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ปรากฏให้เห็นเด่นชัด เช่น ความพิการ และความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ภาวะความบกพร่องทางกายภาพและความสามารถที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อบุคคลในการให้ความหมายต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร เช่น มีการให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองนำไปสู่การหยุดชะงักของชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ หรือ โรคหลอดเลือดสมองนั้นถูกให้ความหมายว่าเป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นและชีวิตก็มีการดำเนินต่อไป หรือ การให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลคาดหวังไว้ว่าจะต้องเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งของชีวิต

พยาธิสภาพที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะส่งผลกระทบต่อรูปแบบในการให้ความหมายต่อโรคแล้ว ยังมีผลต่อการรับรู้ตัวตนของบุคคล และความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพ

ความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่าง ประเด็นทั้ง 4 ที่กล่าวข้างต้นที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก็คือ การให้ความหมายต่อโรคและความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นมีผลต่อการรับรู้ตัวตนของบุคคล เช่นเดียวกับ ความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่นมีผลต่อการให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า โรคนี้จะถูกให้ความหมายว่าเป็นเหตุการณ์ที่นำมาสู่การชะงักงันของชีวิต หรือ เป็นเพียงเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาและชีวิตก็ต้องดำเนินต่อไป หรือเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลคาดหวังไว้ว่าจะต้องเกิดขึ้นในชีวิตของตน และในทางกลับกัน การรับรู้ตัวตนของบุคคลก็ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นรวมทั้งการให้ความหมายต่อโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

1.8 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในเรื่องการให้ความหมายต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการรับรู้ตัวตนของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการศึกษาการให้ความหมายและประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยจะมีการอธิบายถึงรูปแบบการศึกษา หน่วยในการศึกษาและขอบเขตการวิจัย ขอบเขตพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา ประเด็นคำถามที่ใช้ในการศึกษา วิธีการศึกษาและการนำเสนอผลการศึกษา

รูปแบบของการศึกษา

การศึกษาในเรื่องการรับรู้ตัวตนของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะเน้นตัวปัจเจกและท่ามกลางคู่ปฏิสัมพันธ์ที่เขามีด้วย โดยเลือกศึกษาในกลุ่มของบุคคล การดำเนินชีวิตอยู่กับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญ เป็นการใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน ทั้งในเรื่องของอาการซึ่งอาจจะเป็นซ้ำ ๆ อีก และระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาหรือกับการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น นอกจากนี้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม อีกทั้งต้องได้รับการรักษาติดตามอาการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตใหม่ทั้งตัวบุคคลเองและสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้จึงใช้การศึกษาวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยความคิดเห็นที่มีต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ การมองตนเองและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ เพื่อที่จะทำความเข้าใจบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ การแสดงตัวตนของบุคคลแตกต่างกันตามบริบทแวดล้อมที่อาศัยอยู่

พื้นที่การศึกษา

การศึกษารั้งนี้ เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่เป็นสังคมชนบท ซึ่งเป็นอำเภอคำชะอีในจังหวัดมุกดาหาร แม้จะมีความเป็นกึ่งเมือง ก็มีเครื่องอุปโภคสาธารณูปโภคที่ซื้อขายกันได้มากขึ้น แต่ยังคงความมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบสังคมชนบท ประกอบกับการเลี้ยงชีพด้วยการทำเกษตรกรรม และเนื่องจากพบสถิติของอัตราการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีวัฒนธรรมเกี่ยวกับแนวคิดและพฤติกรรมความเจ็บป่วยอีกสังคมวัฒนธรรมหนึ่งที่น่าสนใจและสะดวกที่ผู้ศึกษาจะเข้าไปเก็บข้อมูลได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิค Snow ball โดยกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกมีคุณลักษณะดังนี้

- 1) บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
- 2) มีความแตกต่างกันทางด้านอายุ เพศ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 3) ระดับความสามารถของร่างกายอาจจะแตกต่างหรือคล้ายกัน (ไม่รวมบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายตั้งแต่กำเนิด)

4) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร พูดคุยกับบุคคลอื่นได้

5) เป็นบุคคลที่เต็มใจยินยอมเข้าร่วมในการให้ข้อมูล

การเลือกกรณีศึกษาจำนวน 10 รายเนื่องจาก ข้อมูลที่ได้รับข้อมูลตามวัตถุประสงค์และมีการอัมต้วของข้อมูล สามารถตอบคำถามการศึกษาได้

ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองคือ สอบถามข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างไม่เป็นทางการและบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ สังเกตสีหน้าท่าทาง บุคคลบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของความเจ็บป่วยและความหมายที่มีต่อตัวตน ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากมหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกัน ผู้ศึกษาได้แนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ

2. ทำการปรึกษารื้อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในพื้นที่และบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่รับผิดชอบพร้อมบอกจุดประสงค์ของผู้ศึกษาในการศึกษา และคุณลักษณะของผู้ป่วยโดยชี้แจงว่า ผู้ป่วยมีสิทธิถึงการยินยอมและการเข้าร่วมในประเด็นการศึกษาและการรักษาความลับข้อมูลที่ได้จากบุคคล

3. เนื่องจากผู้ศึกษามีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่การศึกษาและรับทราบว่ามีบุคคลที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้ทำการแนะนำตัวพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และข้อมูลที่ต้องการ เพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมในการศึกษารวมทั้งนัดหมาย วัน เวลาสถานที่ที่บุคคลสะดวกพร้อมทั้งอธิบายสิทธิของบุคคลในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา และการที่ผู้ศึกษาจะรักษาความลับรวมทั้งให้ชื่อสมมติในรายงานการศึกษา

4. ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่นัดหมายกับบุคคลที่บ้าน โดยแนะนำตัวเอง ในฐานะที่เป็นนักศึกษาสาขาสังคมศาสตร์สุขภาพ ที่มีความสนใจและกำลังศึกษาค้นคว้าในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับรับรู้การให้ความหมายของความเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองและปฏิสัมพันธ์ของบุคคลอื่นที่มีต่อบุคคล ว่าเป็นอย่างไร มีการจัดการต่อประสบการณ์นี้อย่างไร

5. หลังจากที่ถูกบุคคลยินยอมในการให้ข้อมูล และมีความคุ้นเคยกับผู้ศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาสัมภาษณ์แบบเชิงลึกอย่างไม่เป็นทางการ ร่วมกับสังเกตสีหน้า ปฏิกริยาต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งในการสัมภาษณ์แนวคำถามอาจจะยืดหยุ่นไปตามบริบทของการสัมภาษณ์ โดยเริ่มด้วยการพูดคุยเรื่อง

ทั่ว ๆ ไปจนกระทั่งมีความรู้สึกว่าบรรยากาศเป็นกันเอง จึงเริ่มสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่ต้องการ พร้อมทั้งขออนุญาตทำการบันทึกเทปเสียง และจดบันทึกสั้น ๆ ในบางประเด็นที่ต้องการถามซ้ำ ภายหลัง เพื่อเป็นการไม่ขัดจังหวะในขณะที่บุคคลพูด การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที หลังการสัมภาษณ์บุคคลแต่ละราย ในแต่ละครั้งผู้ศึกษาจดบันทึกข้อมูลในบันทึกสถานการณ์ภาคสนามทันที เพื่อป้องกันความสับสนของข้อมูลก่อนที่จะรวบรวมข้อมูลของบุคคลรายต่อไป โดยบันทึกในประเด็นสำคัญที่พบพร้อมทั้งข้อมูล สถานที่ วัน เวลา บุคคลที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำพูด น้ำเสียง ตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มความชัดเจนในรายละเอียดที่ได้จากการบันทึกเทปเสียงด้วย

6. หลังการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้ให้บุคคลแนะนำผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ศึกษาจะได้เข้าไปแนะนำตัวและขอข้อมูลต่อไป

7. การเก็บข้อมูล บุคคล ตามวันเวลาที่นัดหมายไว้โดยทำการสัมภาษณ์ที่บ้าน หลังจากได้รับการยินยอมแล้วในแต่ละวันผู้ศึกษาจะสัมภาษณ์กรณีศึกษาประมาณ 1-2 รายต่อวัน โดยสัปดาห์หนึ่งจะไม่เกิน 3 ราย หลังการสัมภาษณ์แต่ละวัน ผู้ศึกษาถอดเทปบันทึกเสียง เพื่อสำรวจข้อมูลว่าได้ครบถ้วนหรือไม่ เพื่อนำมาปรับปรุงเตรียมการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป โดยการสัมภาษณ์ประมาณ 3-4 ครั้ง หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลเพียงพอ สำหรับช่วงเวลาอาจจะแตกต่างกันไป เพื่อให้ผู้ศึกษาจะได้ข้อมูลในการสังเกตการดำเนินชีวิตของกรณีศึกษา สำหรับสถานที่ในการเก็บข้อมูลนั้น ผู้ศึกษาต้องการบุคคลที่ยินดีให้ผู้ศึกษาไปเยี่ยมและสัมภาษณ์ที่บ้าน ซึ่งจะนัดหมายเวลา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ศึกษาได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ข้อมูลจากญาติ บุคคลในครอบครัว และทำให้สถานการณ์ไม่เป็นทางการมากเกินไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม และบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์

- ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ บุคคลและแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ และประวัติความเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ประเด็นการรับรู้และให้ความหมายของบุคคลที่มีต่อโรคหลอดเลือดสมอง

- สาเหตุ

- อาการ
- การจัดการดูแลรักษา
- ปัจจัยที่ทำให้เกิด (เช่น พฤติกรรมการกิน, ความเครียด, พฤติกรรมการดูแลตนเอง)

ประเด็นการรับรู้ตัวตน

- ทักษะ/ความรู้สึกรู้ตัวที่มีต่อตนเองก่อนการเจ็บป่วย
- ทักษะ/ความรู้สึกรู้ตัวที่มีต่อตนเองหลังการเจ็บป่วย

ประเด็นความสัมพันธ์ทางสังคม

- ปฏิสัมพันธ์และบทบาทของบุคคลที่มีต่อครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นลักษณะการให้ความหมายต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วย

- บุคคลคิด/รู้สึกอย่างไรกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (การผันผวนของชีวิต/ความเื่องของชีวิต/คาดคิดไว้ และมีเงื่อนไขใดในช่วงเวลานั้น)

การสังเกต

- ผู้ศึกษาทำการสังเกตสีหน้าท่าทาง ลักษณะคำพูด น้ำเสียง และปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่มีต่อการเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตน หรือขณะทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

การตรวจสอบข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบข้อมูล ในระหว่างการสัมภาษณ์ โดย

1. การถามพร้อมกับการสังเกตท่าทีของผู้ให้ข้อมูล
2. มีการถามและการทวนซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมมีความถูกต้องและทบทวนความเข้าใจที่มีความหมายตรงกัน
3. การถามข้อมูลจากญาติ ผู้ดูแล และเพื่อนบ้าน ดูความสัมพันธ์ในด้านของบริบทนั้นๆ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ที่ถูกต้องในภายหลัง

หน่วยในการวิเคราะห์และขอบเขตการศึกษา

หน่วยในการวิเคราะห์ของงานศึกษา เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ในระดับบุคคล โดยงานศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจต่อชีวิตและประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การตีความกับการรับรู้ของบุคคลถึงสาเหตุ อาการ และการจัดการกับโรค

หลอดเลือดสมองว่าเป็นอย่างไร โดยมีขอบเขตของการศึกษา เริ่มจากผลของพยาธิสภาพจากโรค และการรับรู้ความหมายของโรคนี้ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ตัวตนของบุคคลว่าเป็นอย่างไร ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคม (ครอบครัว, เพื่อนบ้าน) ของบุคคลด้วย ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็มีผลต่อการรับรู้ตัวตนเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ทั้งนั้นด้วยความสัมพันธ์ที่มีระหว่างกัน สามารถนำไปสู่การให้ความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่มีผลต่อชีวิตว่าเป็นลักษณะใดตามกรอบแนวคิด (การหยุดชะงัก/การผันผวนของชีวิต, เป็นความต่อเนื่องของชีวิต หรือเป็นความคาดหวังของชีวิต) ด้วยเงื่อนไขของคุณลักษณะทางสังคมของบุคคล เช่น เพศ การศึกษา สภาพทางเศรษฐกิจ อายุที่เริ่มเป็น เป็นต้น

จริยธรรมในการศึกษา

1. ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นการปกป้องไม่ให้เกิดอันตรายทั้งทางกายและจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้ศึกษาขอสงวนชื่อของบุคคลโดยใช้นามสมมติ และในการสัมภาษณ์กับคำถามที่ละเอียดอ่อนมีผลต่อความรู้สึก โดยการสังเกตสีหน้าและท่าทางขณะพูดคุย
2. การเคารพสิทธิโดยที่บุคคลสามารถที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูล และให้สิทธิในการที่จะถอนตัวเองออกจากกระบวนการระหว่างทำการศึกษาได้
3. อธิบายถึงผลประโยชน์ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้โดยตรงต่อผู้ให้ข้อมูล แต่เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจ ในการลดผลจากพยาธิสภาพของโรคนำมาซึ่งความพิการที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอื่นที่ยังไม่เป็นโรคนี้ได้

การนำเสนอผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องนี้แบ่งการนำเสนออย่างคร่าวๆออกเป็น 5 ส่วนซึ่งการศึกษาทั้งหมดเป็นไปเพื่อการค้นหาถึงที่มาของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมและเพื่อการตอบคำถามของการศึกษาที่ได้ตั้งเอาไว้ โดยใน

บทที่ 1 จะเป็นการนำเสนอถึงความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาว่าเป็นมาอย่างไร พร้อมทั้งนำเสนอคำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนที่เป็นแนวคิดทฤษฎีและผลการศึกษาต่างๆเพื่อนำมาใช้หรือกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รวมไปถึงระเบียบวิธีวิจัย เป็นการนำเสนอรูปแบบการวิจัย หน่วยในการวิเคราะห์และขอบเขตในการศึกษา ประเด็นคำถามหลักในการเก็บข้อมูล รูปแบบการนำเสนอข้อมูล และระยะเวลาในการศึกษาเรื่องนี้ทั้งหมด

บทที่ 2 เป็นการนำเสนอข้อมูลของบริบทพื้นที่

บทที่ 3 นำเสนอข้อมูลของกรณีศึกษาแต่ละกรณีอย่างละเอียดเพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายของความเจ็บป่วยและความเป็นตัวตนของกรณีศึกษาที่ใช้ดำเนินชีวิตประจำวันหรือตามที่สังคมคาดหวังอยากให้เป็น (ทำหน้าที่ตามบทบาทเดิม) นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์ที่มีกับคนอื่นและสภาพแวดล้อมทางสังคมซึ่งถือเป็นบริบทที่มีส่วนในการกระตุ้นให้เกิดความคิดและการพัฒนาความเป็นตัวตนของบุคคล ซึ่งจะทำให้เราเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยที่มีต่อตัวตนมากขึ้น

บทที่ 4 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์และอภิปรายผลสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในการศึกษาเรื่องนี้ โดยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์โดยพิจารณาความสอดคล้อง ความสัมพันธ์และความแตกต่างในประเด็นการศึกษาที่ได้ซึ่งนำเสนอในรูปแบบของการพรรณนา

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป