

พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย:
ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



นางสาวรุ่งกมล โพธิสมบัติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสังคมศึกษามหาบัณฑิต


สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Dynamics of Doctor and Patient Relationship and its Consequences on Patients' Perspectives of
Diabetes: A Case Study of Doctor and Patient Relationship under Universal Coverage System



Miss Rungkamol Pothisombat

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Sociology
Department of Sociology and Anthropology

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมอง
โรคเบาหวานของผู้ป่วย : ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับ
ผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

นางสาวรุ่งกมล โปธิสมบัติ


สาขาวิชา

สังคมวิทยา


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

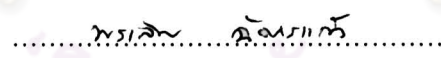
คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ



..... คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย ยาวะประภาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา กวินทร์พันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ)

รุ่งกมล โทธิสมบัติ: พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย: ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Dynamics of Doctor and Patient Relationship and its Consequences on Patients' Perspectives of Diabetes: A Case Study of Doctor and Patient Relationship under Universal Coverage System) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, 140 หน้า.

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) เพื่อศึกษาผลของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ต่อมุมมองเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสรุปความจากข้อมูลที่ได้ในลักษณะของการอุปนัย ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแพทย์ผู้รักษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 3 รายกับแพทย์ผู้รักษา 1 ราย และผู้ป่วยในต่างจังหวัด 3 รายกับแพทย์ผู้รักษา 1 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีทั้งสิ้น 4 รูปแบบ กล่าวคือ ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ที่พบข้างต้นมีความสอดคล้องกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ Talcott Parsons โดยเฉพาะในสามรูปแบบแรก ในขณะที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในปัจจุบัน ได้เพิ่มเติมอีกหนึ่งรูปแบบ แพทย์ยังคงเป็นผู้มีอำนาจในการสั่งการ หากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดำเนินไปในลักษณะที่เป็นบิดามารดากับบุตร ครูกับลูกศิษย์ และเจ้านายกับลูกน้อง ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เป็นไปในลักษณะของผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยจะมีอำนาจในการใช้สิทธิของตนเองในฐานะผู้ให้บริการ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังคงมีความพลวัตเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับกรรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

ภาควิชา ..สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา..ลายมือชื่อนิติศ.....รุ่งกมล.....โทธิสมบัติ.....
 สาขาวิชา ..สังคมวิทยา.....ลายมือชื่อ.....ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา ...2553.....

4981138224: MAJOR SOCIOLOGY

KEYWORDS: DOCTOR AND PATIENT RELATIONSHIP / HEALTH BEHAVIOUR / SELF CARE BEHAVIOR / DOCTOR AND PATIENT

RUNGKAMOL POTHISOMBAT: DYNAMICS OF DOCTOR AND PATIENT RELATIONSHIP AND ITS CONSEQUENCES ON PATIENTS'PERSPECTIVES OF DIABETES: A CASE STUDY OF DOCTOR AND PATIENT RELATIONSHIP UNDER UNIVERSAL COVERAGE SYSTEM. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. PAVIKA SRIRATANABAN, Ph.D., 140 pp.

The objectives of this research are to study the relationship between doctor and patient under the universal coverage (UC) health care system and to investigate consequences of doctor and patient relationship on diabetes patients' self-care perceptions. Key informants are 6 diabetes patient and 2 consecutive doctors, Both group are sampled from both Bangkok and rural areas. Field data is collected by using qualitative tools, which is in-depth interview and participant observation. The data is then analyzed inductively by method of content analysis.

It is found that doctor-patient relationship under the universal coverage (UC) health care system can be categorized into 4 types: parent-child, teacher-student, employer-employee, service provider-client. The first three relationships are similar to Talcott Parsons' model of doctor-patient relationship. With the introduction of the universal coverage (UC) health care system in Thailand in 2000, Structure of power between doctor and patient tend to change toward a more equal one of service provider and client type. Clients are more concerned about their rights as patients and liberate themselves as a consequence. However, it is worth bearing in mind that relationship between doctor and patient is dynamic and context specific. The doctor and patient relationship has no direct observable impacts on patients' self-care perceptions.

Department : Sociology and Anthropology

Student's Signature รุ่งกมล โพธิ์สมบัติ

Field of Study : Sociology

Advisor's Signature ผศ. ปวีณา อธิษฐาน

Academic Year : 2010

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผลิตมาด้วยความอุทิศของผู้เขียนที่ไม่ต่ออุปสรรคต่าง ๆ ขณะที่ได้ทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เพราะทำให้ครั้งหนึ่งในชีวิตได้เข้าใจความรู้สึกของการเป็นผู้ป่วยเบาหวานอย่างฉับพลันด้วยตนเอง โดยมีภาวะเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ระหว่างที่ทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ถึงร่างกายจะมีอุปสรรคแต่ด้วยกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลดังต่อไปนี้ที่ทำให้ผู้เขียนมีกำลังใจที่จะผลิตงานเขียนวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จได้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ต้องคอยเคียงเคียง และคอยเป็นกำลังใจและเข้าใจภาวะร่างกายของผู้เขียนในขณะนั้น อาจารย์เปรียบเสมือนเป็นยามเฝ้าสำคัญที่คอยกระตุ้นทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จและทำให้ผู้เขียนได้รู้ว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีค่ากับผู้เขียนเป็นอย่างมาก ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา คุณินทร์พันธุ์ ประธานกรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พรเลิศ นัทรแก้ว และรองศาสตราจารย์ ประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ กรรมการ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าคอยชี้แนะแนวทางการค้นคว้าวิจัยวิทยานิพนธ์เล่มนี้จนสำเร็จและเป็นกำลังใจให้กับผู้เขียนสู้กับอุปสรรคระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 6 รายที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณแพทย์จำนวน 2 รายที่สละเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อันมีค่ามาให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ และขออวยพรให้ทุกท่านประสบแต่สิ่งที่ดีและเจริญก้าวหน้าต่อไปในชีวิต

ขอขอบพระคุณครอบครัวโพธิสมบัติ ครอบครัวอนันตคุณวงศ์ โดยเฉพาะมี้าซึ่งคอยช่วยเป็นกำลังใจในยามที่เหน็ดเหนื่อย ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทุกคน เจ้าหน้าที่คณะรัฐศาสตร์ ที่คอยช่วยเป็นกำลังใจให้คำปรึกษาจนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้สุดท้ายขอขอบคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ทำให้ผู้เขียนได้รับความรู้ในการศึกษาระดับมหาบัณฑิตและได้เริ่มต้นชีวิตครอบครัวสินเดชาธิกร์ ขอขอบคุณ ดร.ธีระ สินเดชาธิกร์ ที่คอยช่วยปลอบใจ ทำให้คลายความกังวล และรอยยิ้มของน้องอัครเมธินทร์ที่ทำให้มีกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอขอบคุณทุกความทรงจำดี ๆ ที่ผู้เขียนไม่อาจลืมเลือน ขอขอบคุณค่ะ

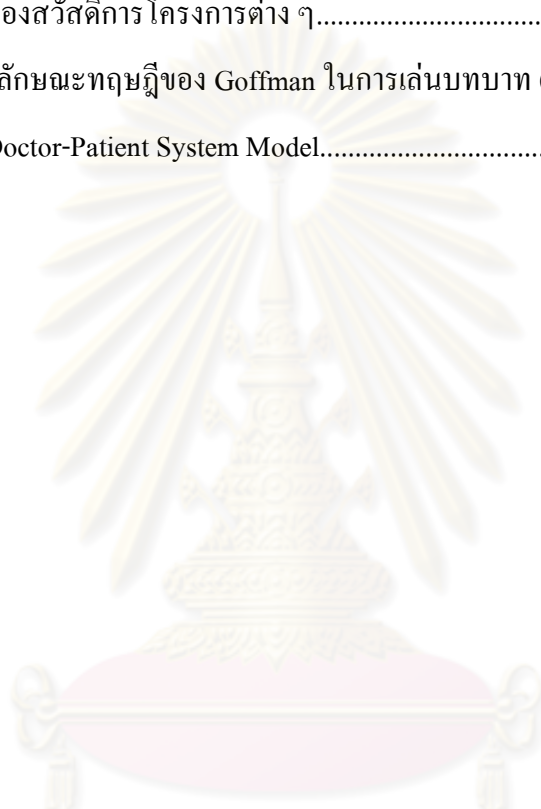
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์.....	5
1.4 ขอบเขตในการศึกษา.....	5
1.5 กรอบแนวคิด.....	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ.....	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสังคมและสวัสดิการสังคมต่อระบบสาธารณสุข.....	15
2.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์.....	23
2.4 แนวคิดเรื่องอำนาจ.....	30
2.5 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย.....	31
2.6 ทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง.....	35
2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	45
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	45
3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
3.3 การเลือกตัวอย่าง.....	46

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
3.5 การเก็บข้อมูลภาคสนาม.....	47
3.6 จริยธรรมการวิจัย.....	48
บทที่ 4 ข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลแพทย์ผู้รักษา.....	50
4.1 ข้อมูลผู้ป่วย.....	51
4.2 ข้อมูลแพทย์.....	77
บทที่ 5 ผลการศึกษา.....	88
5.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	89
5.2 อำนาจกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า.....	93
5.3 ความคุ้นเคยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..	96
5.4 ความเข้าใจและความคาดหวังของแพทย์และผู้ป่วยต่อระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า.....	100
5.5 บทบาทของแพทย์ในการมองของผู้ป่วย.....	103
5.6 บทบาทของแพทย์ในมุมมองของตนเอง.....	105
5.7 บทบาทของผู้ป่วยในการมองของแพทย์.....	106
5.8 บทบาทของแพทย์ในมุมมองของตนเอง.....	107
5.9 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า.....	109
5.10 การก่อรูปของความสัมพันธ์จากการรับรู้และการเรียนรู้.....	114
5.11 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	117
บทที่ 6 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	129
6.1 บทสรุป.....	129
6.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	132
6.3 ข้อเสนอแนะ.....	135
รายการอ้างอิง.....	137
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	140

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนแพทย์ต่อประชากรในประเทศไทย.....	4
2 พัฒนาการของสวัสดิการเพื่อสุขภาพของรัฐ.....	17
3 หลักเกณฑ์ของสวัสดิการโครงการต่าง ๆ.....	20
4 เปรียบเทียบลักษณะทฤษฎีของ Goffman ในการเล่นบทบาท (Playing at role).....	28
5 Parsons' s Doctor-Patient System Model.....	33



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิด.....	7



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับตั้งแต่เรามีชีวิตเกิดขึ้นตามวงวัฏจักร การเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย หลีกไม่พ้นความเจ็บปวดและเจ็บป่วย เรายู้อักแพทย์และพบแพทย์กันมาตั้งแต่วัฏจักรของการเกิดแล้ว ตั้งแต่แพทย์ในหน้าที่ทำคลอด แพทย์ในหน้าที่ดูแลรักษาจนเรากลับเคยและรู้สึกกับแพทย์ว่า แพทย์เป็นอาชีพที่ทรงเกียรติและเป็นที่น่าเชื่อถือแก่ประชาชนเป็นเวลานาน เราเข้าใจคำว่าแพทย์ คือบุคคลที่ช่วยเหลือคนป่วยให้หายจากการเจ็บป่วย แพทย์ได้รับการยอมรับ ได้รับการไว้วางใจและได้รับความเกรงใจจากคนในสังคม ในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542 ได้ให้นิยามคำว่า แพทย์, แพทย์, ผู้ป่วย, และผู้ป่วยได้ดังนี้

หมอ หมายถึง ผู้รู้, ผู้ชำนาญ, เช่น แพทย์งู, ผู้ตรวจรักษาโรค เช่น แพทย์ฟัน แพทย์เด็ก.

แพทย์ หมายถึง แพทย์รักษาโรค.

คนไข้ หมายถึง ผู้ป่วย, ผู้บาดเจ็บ.

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่ไม่สบายเพราะโรคหรือความไข้หรือเหตุอื่น, ผู้ป่วย ก็ว่า.

นอกจากนี้ คำว่า แพทย์ หรือเรียก เป็นภาษาพูดว่า แพทย์ (Wikipedia สารานุกรมเสรี) ให้ความหมายไว้ว่า แพทย์มีหน้าที่รักษาโรคทั่วไปให้กับผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยโรค และการจัดยาให้กับผู้ป่วยเพื่อรักษาโรคนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอใช้คำเรียกว่า “แพทย์” แทนคำว่าหมอ และใช้คำว่า “ผู้ป่วย” แทนคำว่าคนไข้ ที่หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ซึ่งบุคคลเหล่านั้นมักจะได้รับการบาดเจ็บหรือป่วยไข้ และต้องการตรวจรักษาจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านการรักษาอื่นๆ (Wikipedia สารานุกรมเสรี)

ความเข้าใจเกี่ยวกับวิชาชีพแพทย์สืบทอดต่อกันมาเป็นความเชื่อ และเป็นค่านิยมของประชาชนที่มองภาพของอาชีพหมอหรือแพทย์ว่าเป็นอาชีพที่น่าเชื่อถือมีเกียรติ ช่วยเหลือ และให้ความเคารพกับอาชีพนี้ วิทยาการและเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย รวมถึงยารักษาโรคต่างๆถูกผลิตขึ้นมาเพื่อเอาชนะโรคและมีบางโรคที่ไม่สามารถหาทางรักษาให้หายขาดได้ อาจต้องการใช้การบำบัดหรือโรคบางชนิดเช่น โรคเอดส์ก็ยังไม่

มีทางรักษา ตลอดจนโรคที่อุบัติใหม่ที่ต้องหาทางรักษาให้กับผู้ป่วยอย่างทันท่วงที เช่น ไข้หวัดนก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความคาดหวัง ความเข้าใจของประชาชนทั่วไปที่มีต่อแพทย์คือ แพทย์มีหน้าที่รักษาผู้ป่วย ให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนผู้ป่วย เป็นผู้อยู่ในฐานะที่ขอรับความช่วยเหลือดูแลรักษาสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บ นับเป็น เวลาประมาณครึ่งศตวรรษที่การแพทย์ก้าวหน้าและการรักษาผู้ป่วยได้ผลดี การที่คนมีอายุยืนยาว ขึ้นอยู่กับการแพทย์และสาธารณสุขที่ดี แพทย์เป็นสัญลักษณ์สะท้อนให้เห็นภาพของการที่ ประชาชนมีอายุยืนยาว คนไทยในปัจจุบันมีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าเมื่อ 100 ปีที่แล้ว เมื่อก่อนราว 50 ปีมาแล้วอายุขัยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 50 กว่าปี แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง จนสูงถึง ประมาณ 73-74 ในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากความเจริญด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2551)

อย่างไรก็ตาม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกลับน้อยลง นายแพทย์วิลเลียม ออสเลอร์ ปรมาจารย์ด้านการแพทย์ ที่กล่าวว่า การแพทย์ไม่ใช่ธุรกิจ การแพทย์เป็นศิลปะ การ ประกอบเวชปฏิบัติที่ดีต้องประกอบไปด้วย การอยู่กับปัจจุบัน ปฏิบัติดีต่อผู้ป่วยและต่อเพื่อนร่วม วิชาชีพ การสร้างความสงบทางใจให้กับตนเอง การที่แพทย์ไม่ได้รับความพึงพอใจ ก็ส่งผลต่อตัว แพทย์และต่อตัวผู้ป่วยเองด้วย แพทย์เองก็ขาดความมั่นใจในการรักษา เกิดการไม่มั่นคงทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้าไม่สบายใจ สิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ละเลยไม่ได้ ว่าความทุกข์ไม่ได้เกิดแก่ผู้ป่วยเพียงอย่าง เดียว แต่แพทย์เองก็ต้องรับภาระในวิชาชีพของตนและหน้าที่ต่อสังคม บางบทความทางการแพทย์ ยังกล่าวถึงภาวะหมดไฟของแพทย์ที่เบื่อกว่าไม่อยากจะประกอบวิชาชีพนี้ก็มี ในแง่ของความเป็น วิชาชีพแพทย์ มีหน้าที่ มีความรับผิดชอบ มีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ต้องเสียสละในการช่วยเหลือ ชีวิตผู้อื่น ต้องอดนอน อยู่เวรยามในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ในชนบทจะเป็น อาชีพที่สูงค่ามากสำหรับ ประชาชนหรือชาวบ้านที่ต้องการความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย

การขยายตัวของสังคมที่ใหญ่ขึ้นประชากรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงมีการสร้างนโยบายและ แผนพัฒนาประเทศด้านต่างๆรวมถึง การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้นในปี 2543 จากสังคม ที่มีขนาดเล็กใช้ความสัมพันธ์ระหว่างกันโดยตรง เปลี่ยนมาเป็นรูปแบบของระบบเพื่อให้การดูแล ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกิดขึ้นกับคนในสังคม โดยเริ่มการดำเนินงานครั้งแรกในปี 2544 ให้ ครอบคลุมเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันซึ่งเรียกโครงการนี้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า (Universal coverage: UC) หรือที่ประชาชนทั่วไปเรียกว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็น โครงการที่จ่ายเงินเพียง 30 บาท แต่สามารถรักษาโรคต่างๆได้จนหาย ซึ่งในปัจจุบันนโยบายที่รัฐ จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพนี้ ไม่ต้องเสียค่าบริการ 30บาทแล้ว เพียงแสดงบัตรทองเพื่อ

รับสิทธิการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่สังกัด จากข้อมูลจากสำนักงานสถิติในปี 2550 ประชาชนไทยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรสุขภาพถ้วนหน้าถึงร้อยละ 76.6 ของสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ นอกจากนี้สิทธิสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพต่างๆเกิดขึ้นในประเทศไทยยังมีอยู่ด้วยกันหลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นประกันสังคมกองทุนทดแทนคิดเป็นร้อยละ 12.7 สวัสดิการข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 9.5 ประกันสุขภาพบริษัทเอกชนคิดเป็นร้อยละ 2.3 และสวัสดิการโดยนายจ้างคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของระบบที่ใช้ในประเทศไทย มีผลการสำรวจความพึงพอใจในการใช้บริการทางการแพทย์ผ่านบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ซึ่งเพิ่งเริ่มมีกิจกรรมด้านการให้บริการสุขภาพขึ้นผลปรากฏว่า ผลความไม่พึงพอใจที่ปรากฏขึ้นคือ การไม่พอใจเพราะแพทย์ไม่เก่งร้อยละ 26.5 และไม่พอใจเพราะแพทย์ดูสูงถึงร้อยละ 49.3 ปัญหาความไม่พึงพอใจเกิดขึ้นสูงกับผู้ป่วยช่วงอายุ 35-60 ปี ข้อมูลที่ได้เป็นการเก็บข้อมูลจากประชาชนทั้งประเทศในการทำแบบสอบถาม นอกจากนี้มีการจัดทำผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการตรวจสอบถามเกี่ยวกับข่าวการฟ้องร้องแพทย์และความไม่พึงพอใจที่ได้รับจากการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2549 ปรากฏว่า ร้อยละ 23.5 มองว่าแพทย์ให้การรักษาอย่างประมาทขาดความรอบคอบ และร้อยละ 14 เห็นควรให้มีการดำเนินการฟ้องร้องแพทย์เหล่านั้น สิ่งที่ปรากฏเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดปมในใจด้านความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้ จากความเชื่อในระดับที่เป็นปัจเจกจนกลายเป็นถึงความสัมพันธ์ผ่านทางระบบสุขภาพถ้วนหน้า สิ่งเป็นประสบการณ์ที่สะสมจากอดีตและประสบการณ์ในปัจจุบัน ก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์แบบต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในบางครั้งนั้นอาจจะทวีความรุนแรงถึงขั้นฟ้องร้องกันและปรากฏเป็นข่าวดังในปัจจุบัน ที่ผู้ป่วยฟ้องแพทย์ และแพทย์ก็ฟ้องกลับผู้ป่วย

แพทย์สภา ได้ออกประกาศฉบับที่ 46/2549 เมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2549 ที่มีสาระสำคัญให้แพทย์ปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามหลังออกประกาศฉบับดังกล่าว ปรากฏว่า ส่งแรงกระตุ้นให้กับวงการสาธารณสุขไทย สร้างความรู้สึกและสัมพันธ์ภาพที่แย่งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่มองว่าเป็นการเปิดทางเพื่อคุ้มครองแพทย์ ไม่ให้ถูกฟ้องดำเนินคดีจากการรักษาผู้ป่วย เพราะต้องยอมรับว่าในสังคมปัจจุบันการเรียกร้องสิทธิในการรักษาพยาบาลในด้าน มาตรฐานการรักษา นั้น เริ่มทวีมากขึ้น และเกิดคดีฟ้องร้องแพทย์ทั้งคดีแพ่งและคดีอาญาเช่นเรื่อง ความล้มเหลวทางการแพทย์เป็นเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยก็ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ การเปิดเผยความล้มเหลวทางการแพทย์โดยมิชอบจะเป็นการขัดต่อความไว้วางใจและนำไปสู่การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ศาลได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของเรื่องความลับและถือว่าเป็นประโยชน์สาธารณะที่

ความลับได้รับการรักษาและคุ้มครอง จากสถิติแพทย์ถูกร้องเรียนตั้งแต่ปี 2531-2547 มีในปี 2531 เริ่มมีเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์ 52 เรื่องจนกระทั่งปี 2547 ปีเดียว จำนวน 222 เรื่อง รวมระยะเวลา 7 ปี มีจำนวนเรื่องร้องเรียนถึง 2,247 เรื่อง (วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์, 2008) ความสัมพันธ์กับแพทย์และผู้ป่วยในปัจจุบัน ยังเป็นเรื่องของความพึงพอใจของผู้ให้บริการในฐานะแพทย์และผู้รับบริการในฐานะผู้ป่วย หรือลูกค้าอีกด้วย ล้วนแล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในปัจจุบัน

ภายใต้ความกดดันจากบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องรับปัญหาจากการเจ็บป่วยช่วยเหลือดูแลประชาชนแล้วนั้น ความรับผิดชอบหน้าที่ต่อจำนวนประชากรส่งผลต่อสมดุลระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดังข้อมูลที่มีการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2549 ดังนี้

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	2543	2544	2545	2546
ประชากรต่อแพทย์ 1 คน	3,427	3,307	3,569	3,476
ประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน	14,917	14,400	17,606	17,182
ประชากรต่อเภสัชกร 1 คน	9,676	9,103	9,948	8,807
ประชากรต่อพยาบาล 1 คน	870	805	733	687
ประชากรต่อพยาบาลเทคนิค 1 คน	2,096	2,161	2,233	2,625

ตารางที่ 1. จำนวนแพทย์ต่อประชากรในประเทศไทย

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า แพทย์ 1 คนดูแลผู้ป่วยจำนวนมากมาย ความคาดหวังและความต้องการทางการแพทย์ของประชาชนมีมากขึ้นผ่านระบบประกันสุขภาพ และยิ่งในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า การให้บริการ ไม่ว่าจะในสถาบันหรือองค์กรใด ถือเป็นสิ่งสำคัญต่อภาพลักษณ์ขององค์กรนั้นๆ ไม่เว้นแม้แต่ในสถานพยาบาล ไม่ใช่แค่แพทย์จะทำแต่หน้าที่รักษาผู้ป่วยอย่างเดียวแต่ยังต้องรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก อาจมีบางครั้งที่มีความไม่เข้าใจหรือเกิดขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แต่ความขัดแย้งเหล่านั้นกลายเป็นสิ่งบอกต่อและส่งผลต่อภาพลักษณ์ความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

จากที่ได้กล่าวมา สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่าทำไมความสัมพันธ์เชิงบวกที่เคยชื่นชม ภาพแพทย์อันทรงเกียรติในอดีตที่ผ่านมา ความมั่นใจในวิชาชีพแพทย์ที่เคยมี ปัจจุบันนี้ความสัมพันธ์ที่มีถูกเปลี่ยนไปในรูปแบบใด ในปัจจุบันมีการร้องเรียน และมีการแสดงออกต่อกันอย่างไม่พึงพอใจ ความสัมพันธ์ที่มีวิชาชีพแพทย์จากอดีตระยะระหว่างทางจนถึงปัจจุบัน ผ่านกระบวนการทางสังคม

ความรู้สึกนึกคิดของความเป็นแพทย์ และความเป็นผู้ป่วย ความไว้วางใจ ความคาดหวัง ระบบประกันสุขภาพ อำนาจกับความสัมพันธ์ การรับรู้การสื่อสาร เป็นต้นสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจนำมาศึกษาเพราะถือว่าหมอหรือแพทย์ เป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญยิ่งในสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้คิดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปแบบใดแล้ว จึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการนำมาศึกษาวิจัย

1.2 คำถามในการวิจัย

ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยในสมัยก่อนถือเป็นวิชาชีพอันทรงเกียรติ มีบุญคุณต่อสังคม แต่ปัจจุบันทำไมแพทย์ถึงถูกผู้ป่วยฟ้องมากขึ้น จากสถิติของแพทย์สภา ในปี 2548 แพทย์ถูกฟ้องร้องเฉลี่ยวันละเกือบ 1 ครั้งทัศนนะของผู้ป่วยต่อความรู้สึกแพทย์ในหลักประกันสุขภาพ คดีปรากฏผ่านสื่อมวลชนซึ่งส่งผลต่อวิชาชีพกระบวนการด้านสาธารณสุขและความรู้สึกของประชาชน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป สังคมจึงต้องหาแนวทางที่เหมาะสมร่วมกัน จึงพอสรุปเป็นคำถามวิจัยได้ว่า ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีรูปแบบอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาผลของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ต่อมุมมองเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.4 ขอบเขตในการศึกษา

1. ศึกษาความสัมพันธ์ที่มีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแพทย์ผู้รักษา

1.5 กรอบแนวคิด

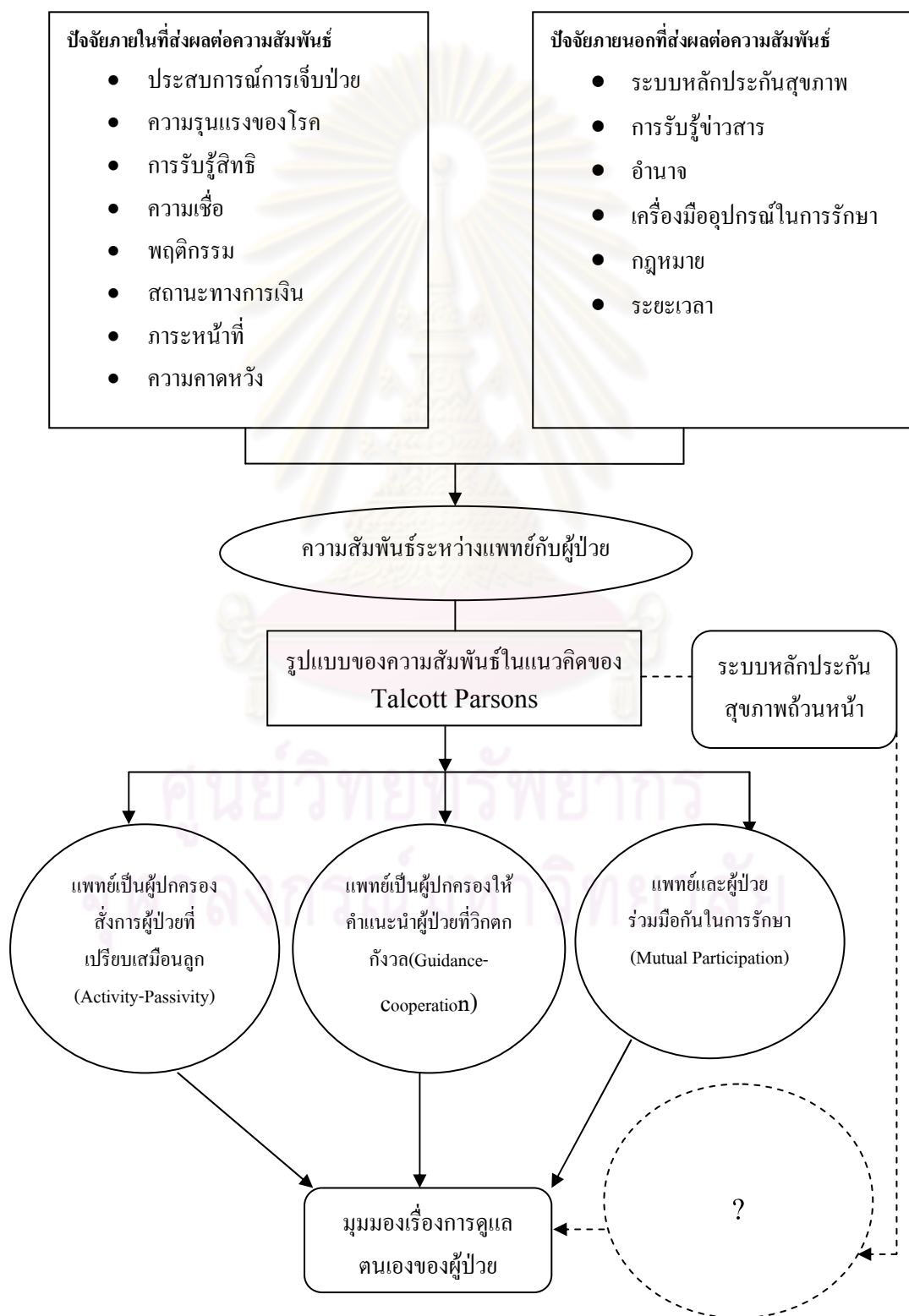
ความคาดหวังที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ที่จะหายเป็นปกติจากโรคร้ายไข้เจ็บ แพทย์ทำหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ภายใต้นโยบายบัตรสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้สิทธิกับประชาชนด้วยความเสมอภาคในการรักษา ตามกฎเกณฑ์การรักษาพยาบาลที่รัฐสวัสดิการมีให้ประชาชน ปฏิสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย เกิดขึ้นเริ่มจากการเข้ามาติดต่อรักษา ข่ายยา จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีหรือหาย และติดตามอาการ สิ่งที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและยังคงรักษาความรู้สึกดี ๆ

ต่อกันในระหว่างการรักษาควรเป็นอย่างไร และปัจจัยใดที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่ยังทวีขึ้นจนกระทั่งความรุนแรงถึงขีดสุด เกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์ และแพทย์ก็ฟ้องกลับผู้ป่วย ทั้งๆที่เป็นอาชีพที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและสังคม

ตามทฤษฎีของ Talcott Parsons กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ในเรื่องของ Sick Role ไว้ โดยสังคมเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้น บทบาทแพทย์ในสังคมและบทบาทผู้ป่วยในสังคมถูกตีกรอบทางวัฒนธรรมกำหนดแพทย์เป็นผู้มีความรู้ให้การช่วยเหลือสังคม ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้ได้รับความแนะนำช่วยเหลือรักษาให้หายป่วยซึ่งเป็นการเชื่อและกลายเป็นการกำหนดช่วงชั้นทางสังคมที่สะสมเรื่อยมา ความสัมพันธ์ที่เชื่อว่าแพทย์เป็นผู้สั่งการส่วนผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติตาม (Guidance-cooperation) ตามหลักทฤษฎีของ Talcott Parsons นั้นเป็นการแสดงถึงรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและ Szasz and Hollender นำทฤษฎีของ Parsons มาอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีด้วยกัน 3 แบบ คือ 1. Activity-Passivity 2. Guidance-cooperation 3. Mutual Participation เป็นสิ่งที่กล่าวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมาตั้งแต่ปี 1956 แล้ว ซึ่งในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยภายใต้ระบบบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย จะยังคงสอดคล้องกับทฤษฎีหรือมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจเป็นประเด็นที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของผู้ศึกษาได้พยายามศึกษารวบรวมเนื้อหาสาระที่สำคัญเกี่ยวข้องกับงานวิจัย ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ (Right based approach)
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสังคมและสวัสดิการสังคมต่อระบบสาธารณสุข (Social welfare and health insurance)
- 2.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction)
- 2.4 แนวคิดเรื่องอำนาจ (Power)
- 2.5 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Doctor and patient Relationship)
- 2.6 ทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care)
- 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ

สิทธิของประชาชนไทย ได้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแสดงถึงความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันในด้านใดก็ตาม ดังที่ได้ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

ส่วนที่ 2 ความเสมอภาค

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

มาตรา 31 บุคคลผู้เป็นทหาร ตำรวจ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่อื่นของรัฐ และพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรของรัฐ ย่อมมีสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปเว้นแต่ที่

จำกัดไว้ในกฎหมายหรือกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง สมรรถภาพ วินัย หรือจริยธรรม

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

มาตรา 52 เด็กและเยาวชน มีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญเด็ก เยาวชน สตรี และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม ทั้งมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟู

ในกรณีที่มีเหตุดังกล่าวการแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว จะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อสงวนและรักษาไว้ซึ่งสถานะของครอบครัวหรือประโยชน์สูงสุดของบุคคลนั้นเด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ

ปณิญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ (Universal Declaration of human Rights) วิทยาลัย พฤษภาคม (2547) ได้นำมาแปลความหมายดังนี้

มาตรา 1 มวลมนุษย์ถือกำเนิดมาด้วยความมีอิสระและเท่าเทียมกันในสิทธิและศักดิ์ศรีได้รับการรังสรรค์ให้ก่อปรด้วยเหตุผลและสำนึกและพึงปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพ (All Human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood)

มาตรา 3 มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในชีวิต เสรีภาพและความมั่นคงปลอดภัยของตน (Everyone has the right to life, liberty and security of person)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 กล่าวไว้ดังนี้
มาตราที่ 3

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่ง ความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อเพื่อแผ่

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

“ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล

หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

มาตรา 5 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตาม วรรคหนึ่ง

มาตรา 6 สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมี ความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และ ค้ำกรองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมสุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและค้ำกรองอย่าง สอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยใน ประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของ บุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัย อำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสาร เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการ

ตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

2. ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาท โดยธรรมดาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา 9 ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้าและต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าวผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา 10 เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็วการเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ

มาตรา 11 บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะบุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

ข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมการรักษารักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526

หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 1. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคโดยไม่เรียกرسومเงินจ้างรางวัลพิเศษ นอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้ตามปกติ

ข้อ 2. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่มุ่งใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 3. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ให้หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทน เนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 4. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ และปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ 5. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน

ข้อ 6. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย

ข้อ 7. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่สั่งใช้ หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

ข้อ 8. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ออกใบรับรองอันเป็นความเท็จ โดยตั้งใจ หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใดๆ อันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน

ข้อ 9. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ข้อ 10. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้

ข้อ 11. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ใช้ หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการประกอบโรคศิลปะ โดยผิดกฎหมาย ฯลฯ

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่กำหนดโดยแพทยสภา

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะ าร้อง ขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัดเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สิทธิที่จะรู้และปฏิเสธที่จะไม่รู้ของผู้ป่วยมีรากฐานมาจากแนวความคิดเรื่องอิสรภาพในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง โดยทั่วไปแล้วสิทธิที่จะรู้เป็นเรื่องความยินยอมซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับแจ้งข้อมูลให้รู้เพื่อการตัดสินใจ และสิทธิที่จะปฏิเสธที่จะไม่รู้เป็นสิ่งที่กล่าวอ้างเพื่อจะปฏิเสธไม่รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เรื่องนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของสิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ ดังที่กล่าวกันว่าอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นความลับแม้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้เปิดเผยแม้กับตัวผู้ป่วยเอง เป็นที่ยอมรับกันว่าในบางครั้งสิทธิทั้งสองประการดังกล่าวอาจถูกเรียกรวมจากบุคคลที่สามที่ต้องการจะรับรู้ข้อมูล อันเป็นการเรียกรวมที่ขัดต่อสิทธิของไข้ที่จะได้รับการรักษาความลับ ตามที่มีกรกล่าวกันว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยจะได้ทราบและตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องการรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นเรื่องจริยธรรมซึ่งสนับสนุนอิสรภาพในการดูแลและตัดสินใจด้วยตนเองเห็นว่าบุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆซึ่งจะกระทำต่อร่างกายของเขา ผู้ป่วยควรจะได้รับทราบเรื่องความเสี่ยงภัยและผลดีทั้งปวงจากการรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายสัญญาซึ่งรับรองเป็นนัยว่าแพทย์จะทำการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้สละอำนาจในการตัดสินใจบางประการให้กับแพทย์เพื่อจะดำเนินการใดๆให้เกิดประโยชน์สูงสุดแทนผู้ป่วยนั้น ยิ่งไปกว่านี้เมื่อพิจารณาถึงภัยอันตราย ประโยชน์ และทางเลือกอื่นในการรักษา หากยังไม่ใช่เวลาที่สมควรจะเปิดเผยข้อเท็จจริงบางเรื่อง แพทย์ย่อมมีสิทธิที่จะเก็บความลับนั้นไว้ก่อน แพทย์ไม่มีหน้าที่ที่จะต้องแจ้งข้อมูลทุกเรื่องที่ได้มาจากการให้การรักษาให้ผู้ป่วยทราบ ข้อมูลที่จำเป็นจะต้องเปิดเผยแก่ผู้ป่วยควรจะต้องเกี่ยวข้องโดยตรงกับการตัดสินใจที่ผู้ป่วยเลือกในการรักษาตัว เนื่องจากสิทธิที่จะรู้มีรากฐานมาจากหลักการเรื่องอิสรภาพในการปกครองตนเองซึ่งใช้อ้างเพื่อการตัดสินใจด้วยตัวเอง จึงเกิดคำถามขึ้นว่าบุคคลสามารถที่จะสละสิทธิดังกล่าวหรือไม่ หากมองแบบกว้างๆอิสรภาพในการปกครองตนเองเป็นเรื่องของการมีอำนาจ การสละความรู้ถือเป็นการสละอำนาจ

การคุ้มครองข้อมูลอันเป็นความลับซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลทางการแพทย์ตั้งอยู่บนหน้าที่ทาง จริยธรรมในการเคารพอิสรภาพในการปกครองตนเองของบุคคล เรื่องความลับมีความสำคัญต่อสิทธิผู้ป่วยในกรณีที่ประโยชน์ของบุคคลอื่นมีความสำคัญเพียงพอที่จะทำให้การเปิดเผยความลับนั้นเป็นไปโดยชอบ ข้อกล่าวอ้างในเรื่องข้อมูลทางพันธุกรรมของบุคคลภายนอกเช่น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือนายจ้าง หรือผู้รับประกันภัย จึงขึ้นอยู่กับกรณีที่บุคคลเหล่านั้นจะแสดงถึงประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมที่ยังกว่าความสะดวกของการจัดการหรือสนับสนุนหลักอิสรภาพในการปกครองตนเอง และแสดงถึงประโยชน์บางประการที่สำคัญกว่านั้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสังคมและสวัสดิการสังคมต่อระบบสาธารณสุข

Bake เป็นผู้ให้ความหมายนโยบายสวัสดิการสังคมไว้ในหนังสือ The Social Work Dictionary 3rd ed. Washington D.C. NASW Press ได้กล่าวถึงนโยบายสวัสดิการสังคมเป็นกิจกรรมและหลักการที่ใช้ในสังคมถือเป็นแนวทางที่ใช้ในการแทรกแซงและสร้างกฎเกณฑ์ระหว่างมนุษย์ กลุ่ม และสถาบันทางสังคม ที่เป็นผลมาจากการให้คุณภาพประเพณีความเชื่อของสังคม มีผลต่อจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นแนวคิดหลักเกี่ยวกับนโยบายสวัสดิการสังคมจึงกล่าวรวมถึงนโยบายการพัฒนาด้านการศึกษา สุขภาพ ความมั่นคงปลอดภัยด้านเศรษฐกิจ การป้องกันและแก้ปัญหาอาชญากรรม ซึ่งทางรัฐและองค์กรเอกชนร่วมกันดำเนินนโยบาย ภายใต้ข้อจำกัดของสังคม โดยมีจุดมุ่งเน้นเพื่อประโยชน์แก่สังคม (ยุพา วงศ์ไชย, 2008) การกำหนดรูปแบบของสวัสดิการในปัจจุบันสามารถเกิดรูปแบบได้มากกว่า 1 รูปแบบ เนื่องจากความเชื่อในหลักยุคโลกาภิวัตน์ส่งผลต่อระบบสวัสดิการ เพื่อให้เหมาะสมกับความหลากหลายของเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ หรือที่เรียกตามนักสวัสดิการสังคมแนวใหม่ว่า (New World Order Model) เพื่อเป็นการจัดสรร สวัสดิการให้เหมาะสมอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้ความต้องการของประชาชน โดยจะใช้ 3 แนวคิดหลัก (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548)

1. สวัสดิการกระแสหลัก หมายถึงรัฐสวัสดิการ หรือสวัสดิการโดยรัฐ ที่จัดสรรให้กับประชาชน โดยคำนึงถึงความครอบคลุม ทั่วถึง และเป็นธรรม การจัดสวัสดิการกระแสหลักนี้ส่วนใหญ่จะใช้จ่ายจากการคลัง ระบบภาษี ที่จะให้บริการแบบพื้นฐานกับประชาชน

2. สวัสดิการกระแสรอง หมายถึงสวัสดิการทางเลือกที่มีศักยภาพ โดยการรวมกลุ่มองค์กรท้องถิ่น ในภาคประชาชนด้วยความสมัครใจที่เป็นรูปแบบอย่างไม่เป็นทางการ เป็นการสร้างหลักประกันและกิจกรรมผ่านช่องทางวัฒนธรรมในท้องถิ่น ภายใต้ระเบียบประเพณี ภูมิปัญญาชาวบ้าน ความพร้อมเพรียงและเข้มแข็งของชุมชน

3. สวัสดิการท้องถิ่น เป็นสวัสดิการโดยรัฐที่กระจายการบริการรูปแบบสวัสดิการสู่ท้องถิ่น เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น จัดกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคม เพื่อครอบคลุมและเข้าถึงท้องถิ่นได้

กิติพัฒน์ นนทปัทมคุลย์ (2538) ได้ให้คำนิยามนโยบายสังคมมักเป็นไปในด้านดี แต่ในสภาพความเป็นจริง เราไม่ควรด่วนสรุปว่า นโยบายสังคมจะเป็นแต่สิ่งที่ดีงามมุ่งหวังแต่การช่วยเหลือผู้ที่ยากโอกาสในสังคม หรือเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม เพราะจากหลักฐานการศึกษาและเอกสารต่างๆ นโยบายสังคมในบางประเทศไม่ได้กระจายทรัพยากรและรายได้จากคนร่ำรวยสู่คนยากจน ตรงกันข้ามกลับเป็นการสนับสนุนให้คนยากจนเสียเปรียบ นโยบายสังคมบางประเทศอาจตกย้ำ

ขยายช่องว่างระหว่างคนมั่งมีกับคนยากจนให้ห่างห่างออกไปอีกก็ได้ ตลอดจน นโยบายสังคมบาง ด้านของบางประเทศอาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสังคมก็ได้ ดังนั้น นโยบายสังคมจึงเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทำให้คุณค่าที่แตกต่างกันไปตาม (1) ค่านิยมของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้อง (2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของแต่ละประเทศ (3) วิวัฒนาการของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ

แนวคิดสวัสดิการสังคม สังคมอุดมคติของนักคิดกรีนนิสต์ เป็นกลุ่มนักสังคมที่ให้ความสำคัญกับชีวภาพ ความเท่าเทียมกันระหว่างสิ่งมีชีวิต กล่าวถึงข้อเสนอด้านสาธารณสุข (George and wilding, 1994 อ้างในกิติพัฒน์ นนทปัทมเดช, 2538: 82)

1. เป็นการบริการรักษาพยาบาล ที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่มีสุขอนามัย ปังเจกบุคคล มีสุขภาพอนามัยที่ดีได้ก็ต่อเมื่อสิ่งแวดล้อมที่สุขอนามัยดี กรีนนิสต์เห็นด้วยหากรัฐบาลจัดบริการ ด้านการแพทย์โดยไม่คิดมูลค่าให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง นอกจากนี้รัฐควรส่งเสริมการรักษาพยาบาลแบบดั้งเดิม อาทิเช่น การฝังเข็มรักษาโรค การกดจุดรักษาโรค และการใช้สมุนไพร รักษาโรค เป็นต้น ทั้งนี้ควรมุ่งงบประมาณสนับสนุนและมีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน แบบแผนการรักษาแบบดั้งเดิมเป็นแนวทางที่ถือได้ว่าไม่มีอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ

2. การรักษาพยาบาลควรเน้นที่เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้แพทย์และบุคลากรมีเวลาให้ผู้ป่วยมากขึ้น และยังเป็น การดูแลผู้ป่วยในฐานะเป็นมนุษย์มากกว่าเป็นอาการของโรค แนวโน้มที่เน้นการใช้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ๆ และเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูงควรหันกลับมาตรงข้ามคือ เน้นสถานพยาบาลขนาดเล็กในท้องถิ่น ให้สถานพยาบาลท้องถิ่นมีบทบาทในการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขมากขึ้น

3. การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น ควร มีกฎระเบียบที่ระบุถึงสิทธิที่เท่าเทียมกันของทั้งผู้รักษาและผู้รับการรักษา การไว้ใจ และให้เกียรติซึ่งกันและกัน จะนำไปสู่บรรยากาศที่ผ่อนคลายความเครียดทางวิชาชีพ ลดทำที่อำนาจนิยม และการรวบอำนาจของระบบราชการลง

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health public policy) (WHO, 1988 อ้างในปัดพงษ์ เกษสม บรณ์, หน้า 2543: 2) นโยบายสาธารณะที่แสดงความหวังไว้อย่างชัดเจน เรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะ รับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้าง สิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เป็นนโยบายที่ทำให้ พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี

ดังนั้นนโยบายสวัสดิการสังคมก็คือการร่วมมือกันทุกฝ่ายไม่ว่าจะฝ่ายรัฐบาลเอกชนและองค์กรต่างๆร่วมมือกัน สร้างประโยชน์เพื่อสังคมเป็นการบริการเพื่อสังคม บริการสวัสดิการสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการบริการเพื่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตมนุษย์ เช่นบริการการศึกษา การทำงานเพื่อก่อให้เกิดรายได้ การมีที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค ฯลฯ เรื่องของสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงมีการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นเพื่อช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

วิโรจน์ ธีระนอง (2549) ได้ลำดับพัฒนาการของสวัสดิการเพื่อสุขภาพของรัฐ เกี่ยวกับโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้

พ.ศ. 2517	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2517เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติไว้ว่า “รัฐพึงให้การรักษาแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า” (มาตรา 92)
พ.ศ. 2518	รัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ประกาศสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) มีการออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน
พ.ศ. 2522	ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือนสำหรับครอบครัว และให้หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณา
พ.ศ. 2524–2525	ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวให้บัตรมีอายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตรสามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม
พ.ศ. 2526	เริ่มทดลองโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยผูกไปกับโครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็ก
พ.ศ. 2527	เริ่มโครงการบัตรสุขภาพในทุกจังหวัด จังหวัดละอย่างน้อยหนึ่งตำบล โดยนำรายได้มาตั้งเป็นกองทุนหมุนเวียนในตำบล
พ.ศ. 2530–2533	ออกบัตรสงเคราะห์ (สปน.) ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวคือสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2532	รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
พ.ศ. 2533	พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เกิดโครงการประกันสังคม ซึ่งเป็นโครงการภาคบังคับที่ครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาลสำหรับลูกจ้างและพนักงานสถานประกอบการเอกชน
พ.ศ. 2534	ประกาศใช้ พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534
พ.ศ. 2535	รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว
พ.ศ. 2535	ประกาศใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งบังคับให้เจ้าของรถซื้อประกันจากบริษัทประกันของเอกชน เพื่อชดเชยค่ารักษาพยาบาลและในกรณีเสียชีวิต
พ.ศ. 2536	รัฐเริ่มให้การสนับสนุนด้านการเงินกับโครงการบัตรสุขภาพโดยจ่ายสมทบให้สถานพยาบาล 500 บาทต่อบัตร (เพิ่มจากที่ครัวเรือนต้องจ่าย 500 บาทต่อบัตร)
พ.ศ. 2537	เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบฯ พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียว
พ.ศ. 2540–2543	ออกบัตร สปร. ระยะที่หก ใช้เกณฑ์รายได้เหมือนเดิม แต่เพิ่มสถานพยาบาลเป็นสองแห่ง (โรงพยาบาลหนึ่งแห่งและสถานอนามัยหนึ่งแห่ง)
เมษายน 2544	เริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ใน 6 จังหวัดนำร่อง ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ดำเนินการแบบเดียวกับโครงการ สปร.
มิถุนายน 2544	เริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ในจังหวัดนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ หลายจังหวัดมีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม

ตุลาคม 2544	ขยายโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ไปครบทุกจังหวัด(ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ยุบรวมโครงการ สปร. เข้ากับโครงการนี้และเปลี่ยนบัตร สปร. เป็นบัตรทองหมวด “ท” (ซึ่งผู้ถือบัตรไม่ต้องจ่าย 30 บาท) เลิกขายบัตรสุขภาพ 500 บาท และค่อยๆ เปลี่ยนบัตรสุขภาพที่หมดอายุเป็นบัตรทองทั้งหมดภายในหนึ่งปี
เมษายน 2545	2545 ดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ครบทั่วประเทศ โครงการประกันสังคมขยายความครอบคลุมมายังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไป
พฤษภาคม 2545	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศใช้เป็นกฎหมาย

ตารางที่ 2 พัฒนาการของสวัสดิการเพื่อสุขภาพของรัฐ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นแพทย์ที่บุกเบิกระบบประกันสุขภาพ ในฐานะเลขาธิการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติคนแรกจนถึงปัจจุบันถึงแม้จะล่วงลับไปแล้ว เป็นผู้ที่ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2543 และเริ่มโครงการนำร่องในปี 2544 กล่าวไว้เกี่ยวกับการมีหลักประกันสุขภาพ ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ไม่ว่าจะประชาชนจะเป็นคนยากจนหรือร่ำรวย หรือเป็นชนชาติใดๆ ก็มีโอกาที่จะเจ็บป่วยและมีความต้องการดูแลทางสุขภาพได้ในทุกเวลา ชิดกันทางด้านเศรษฐกิจวัฒนธรรม หรืออุปสรรคใดๆ ใน การที่จะไม่ได้รับการดูแลยามที่ต้องการ พอจะจำแนกสวัสดิการหลักประกันสุขภาพได้ออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการ การรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์ของแต่ละประเภทแต่ละ โครงการต่างกัน ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล โครงการสงเคราะห์เด็กอายุ 0-23 ปี ด้านการรักษายาบาล สวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่นๆ
2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพที่บังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่ กองทุนทดแทนแรงงาน และกองทุนประกันสังคม

3. ประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจของประชาชนที่มีความสามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ตามโครงการ ได้แก่ การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน โดยทั้ง 3 ระบบเป็นการจำแนกตามหลักเกณฑ์ของสวัสดิการ โครงการต่างๆซึ่งในแต่ละรูปแบบ ก็สามารถจำแนกเป็นระบบหลักประกันสุขภาพได้ดังนี้

รูปแบบของระบบประกันสุขภาพของไทย ปัจจุบันแบ่งออกได้ 5 ระบบ

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage: UC)
2. ประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS)
3. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Service Medical Benefits Scheme: CSMBS)
4. ประกันเอกชน (Private Insurance)
5. สวัสดิการโดยนายจ้าง (Employment Medical Benefits)

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	คุณลักษณะของประกันสุขภาพ	หน่วยงานที่สังกัด
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage: UC)	ให้บริการด้านสุขภาพถ้วนหน้า ขึ้นพื้นฐานกับประชาชนที่ไม่มี รายได้หรือรายได้ต่ำ ประชาชน ทั่วไปเรียกว่า 30บาทรักษาทุก โรค แต่ปัจจุบันไม่มีการเรียก เก็บ 30 บาทแล้วตามนโยบาย ของรัฐบาลชุดปัจจุบัน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ
ประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS)	เป็นเงินกองทุนที่หักจากรายได้ เข้ากองทุนประกันสุขภาพ ประกันสังคมหักจากเงินเดือน ของลูกจ้างเป็นเบี้ยประกัน สมทบโดยนายจ้างและรัฐบาล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ
สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ (Civil Service Medical Benefits Scheme: CSMBS)	เป็นนโยบายที่ให้สวัสดิการแก่ ข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่ได้ พร้อมกับตำแหน่งงาน ในการ รักษายาบาล ข้าราชการและ ครอบครัวโดยไม่เสียเงิน	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

ประกันเอกชน (Private Insurance)	เป็นการจ่ายเบี้ยประกันตาม ความสมัครใจ และความสามารถในการชำระเงินด้วยตนเองกับโครงการประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน	บริษัทประกันภัยหรือประกันสุขภาพเอกชน
สวัสดิการโดยนายจ้าง (Employment Medical Benefits)	เป็นสวัสดิการที่นายจ้างมีต่อลูกจ้างอาจเป็นการซื้อประกันกลุ่ม หรือการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ลูกจ้างในสังกัด	บริษัทประกันภัยหรือประกันสุขภาพเอกชน

ตารางที่ 3 หลักเกณฑ์ของสวัสดิการ โครงการต่างๆ

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเรียกกันว่า 30 บาทรักษาทุกโรค (Universal coverage: UC) เป็นโครงการของรัฐบาลที่สร้างนโยบายสวัสดิการเพื่อสุขภาพที่รัฐได้จัดให้ประชาชนในสังคมมีสวัสดิการเสมอภาคขึ้นจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพโดยคนไทยทุกคนสามารถรับบริการรักษาโรค โดยจ่ายเพียงสามสิบบาท โดยภาครัฐจะให้ประชาชนลงทะเบียนกับโรงพยาบาลและรัฐจัดสรรงบประมาณลงในโรงพยาบาลตามจำนวนคนและแจกบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ เรียกว่า บัตรทอง ซึ่งโครงการนี้ดำเนินงานโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ ซึ่งบุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยดั่งนั้น ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ ในปัจจุบันมีประชากรที่ใช้สิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 76.6 เปอร์เซ็นต์ของประเทศข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2548) ได้กล่าวถึงระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นชื่อที่เรียกกันทั่วไปสำหรับระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ โดยส่วนใหญ่แล้วใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการประกัน ในกรณีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคคลในฐานะประชาชนเสียภาษีให้กับรัฐในรูปแบบต่างๆ ซึ่งประเทศส่วนใหญ่มักจะเป็นการเก็บในอัตราก้าวหน้า ตามหลักการ ในระบบนี้ ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน ไม่ว่าจะเสียภาษีเท่าใดหรือไม่เสียภาษีก็ตาม ส่วนเรื่องของเบี้ยประกัน จะมีหลักการเช่นเดียวกับการประกันสังคม ซึ่งบุคคลจ่ายในจำนวนที่อาจแตกต่างกัน แต่สิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน

ประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) (สปสช) หลักการของระบบนี้คือ ผู้มีสิทธิหรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วมประกันสังคม เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้หรือความสามารถในการจ่าย ซึ่งมักหักจากเงินเดือนของบุคคลนั้นๆตามอัตราสัดส่วน 5 เปอร์เซ็นต์ของเงินเดือน ดังนั้นผู้มีรายได้สูงก็จะถูกหักค่าประกันมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ในประเทศไทยประกันสังคมหักจากเงินเดือนของลูกจ้างเป็นเบี้ยประกัน สมทบโดยนายจ้างและรัฐบาล มีประชากรที่ใช้สิทธิประกันสังคมในประเทศไทยอยู่ที่ 12.7 ของประชากรในประเทศข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Service Medical Benefits Scheme: CSMBMS) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่ให้มาพร้อมกับหน้าที่การเป็นข้าราชการที่รักษายาบาลฟรีอย่างไม่จำกัดงบประมาณ สิทธิดังกล่าวสามารถรักษายาบาลได้ทั้งคู่สมรส บุตร และพ่อแม่ของข้าราชการ ภายใต้การดูแลของระบบบริหารหลักประกันสุขภาพร่วมกันระหว่างกระทรวงการคลัง (โดยกรมบัญชีกลาง) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) นอกจากการรักษายาบาลแล้วยังรวมถึงเรื่องของบำเหน็จบำนาญข้าราชการด้วย มีข้าราชการใช้สิทธิเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประเทศ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550

การประกันเอกชนเป็นธุรกิจหนึ่งที่ ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยซื้อหลักประกัน โดยจ่ายเบี้ยประกัน ระบบจะคุ้มครองตามสิทธิที่จ่ายไปตามเบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการรับผิดชอบทางการเงินให้กับผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และผู้ป่วยหรือผู้จ่ายประกันต้องส่งเบี้ยประกันจากการกำหนดการคำนวณเบี้ยความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเช่นกัน โดยการประกันสุขภาพเอกชนบางแบบ อาจรวมกับการขายประกันชีวิตด้วย ซึ่งเป็นการที่บุคคลจ่ายค่าเบี้ยประกันเป็นรายบุคคลไปกับทางบริษัทประกันภัย ซึ่งมีประชากรใช้ประกันเอกชนคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของประเทศ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี

สวัสดิการของการจ้างงาน สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลจากการจ้างงานที่นายจ้างให้กับลูกจ้างกรณีบริษัทเอกชน ชื่อสิทธิการประกันการรักษาพยาบาลแบบกลุ่มให้ลูกจ้าง โดยทำสัญญากับบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งแบบได้เป็น การซื้อประกันให้ลูกจ้างแบบนายจ้างจ่ายเบี้ยประกันทั้งหมดหรือสมทบบางส่วน ซึ่งมักเป็นการซื้อประกันเอกชน และการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ลูกจ้างเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการ โดยไม่ได้ซื้อประกัน กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างป่วยแล้วไปรับการรักษาก็สามารถเบิกค่ารักษาจากนายจ้างได้บางส่วนหรือทั้งหมด ซึ่งมีประชากรที่ใช้สิทธิสวัสดิการของนายจ้าง 0.4 เปอร์เซ็นต์ของประเทศ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550

ด้วยระบบประกันสุขภาพทั้ง 5 แบบที่มีอยู่ในประเทศไทยภายใต้จำนวนประชากรทั้งสิ้น 65 ล้านคน (สำนักงานสถิติ: 2550) สามารถสำรวจผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลทั้ง 5 แบบได้จำนวน 63 ล้านคน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์คือร้อยละ 96.3 ของประชากรทั้งประเทศ แต่สิทธิสวัสดิการที่ประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิมากที่สุดคือ สิทธิการรักษาพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคิดเป็นเปอร์เซ็นต์คือร้อยละ 76.6 ของผู้ใช้สิทธิการรักษาต่างๆทั่วประเทศอาจจะเป็นเพราะเป็นสิทธิในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ประชาชนเข้าถึงได้มากที่สุด ดังนั้นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าประชาชนในประเทศส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาภายใต้หลักประกันสุขภาพมากที่สุด ในการเก็บข้อมูลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะสามารถได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ได้เป็นอย่างดี

2.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ กล่าวถึงการกระทำระหว่างกันทางสัญลักษณ์ ซึ่งขยายวงออกไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสังคม และสภาพของสังคมมนุษย์ ซึ่งจะสามารถอธิบายถึงความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ (จิตใจตัวตน หรืออัตตา บุคลิกภาพ) ในสังคมได้ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ ,2547) การกระทำระหว่างกันทางสังคม การกระทำระหว่างกันทางสัญลักษณ์ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มีผลอย่างใดอย่างหนึ่งต่อความคิดหรือการกระทำของบุคคลอีกคนหนึ่ง ดังนั้นการกระทำระหว่างกันทางสัญลักษณ์มีการถ่ายทอดความคิดกันด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลในรูปแบบพฤติกรรมซึ่ง Herbert Blumer ได้รับแนวคิดมาจาก George Herbert Mead เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ต่อสังคม “สังคมมนุษย์ ประกอบขึ้นด้วย บุคคลผู้มีอัตตา (กล่าวคือ ทำการบ่งชี้ต่างๆ แก่ตนเอง) การกระทำของบุคคลเป็นการสร้างสรรค์และไม่ใช่การปลดปล่อย สร้างสมขึ้นมา โดยบุคคลจากการบันทึกและการตีความ ลักษณะต่างๆของสถานการณ์ซึ่งเขากระทำ การกระทำของ

กลุ่มประกอบไปด้วย การปรับประสานการกระทำของแต่ละคนเข้าหากัน ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่แต่ละบุคคลทำการตีความหรือค้ำประกันถึงการกระทำของกันและกัน”

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มุ่งให้ความสนใจแง่มุมของชีวิตทางสังคมซึ่งกระบวนการตีความและสร้างสรรค์พฤติกรรมปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนและมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งได้แก่กระบวนการปฏิสัมพันธ์โดยตรง การขัดเกลาทางสังคม และกระบวนการพัฒนาอัตตะ โดยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และพฤติกรรมร่วม ซึ่งจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้ในการให้ความหมายและความสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งถือว่าเป็นทฤษฎีที่มีด้านจิตวิทยาสังคม ซึ่งถือว่าเป็น Gorge Herbert mead มีอิทธิพลต่อแนวคิดเกี่ยวกับพื้นฐานว่า ชีวิตของมนุษย์เป็นไปได้จากการที่มนุษย์มีความสามารถในการใช้อำกัปกรณ์ ซึ่ง เป็นลักษณะเป็น “สัญลักษณ์นัยสำคัญ” (significant symbols) และการแสดงความหมายร่วมระหว่างบุคคลผู้เป็นเจ้าของอำกัปกรณ์กับบุคคลที่สื่อสารด้วย Mead จึงสร้างทฤษฎี ฉายภาพให้เห็นเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ด้านจิต (mind) อัตตะ (Self) และสังคม (Society)

Herbert Blumer (1969) ได้รับแนวคิดมาจาก Mead ให้นิยามทัศนภาพการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ประกอบด้วย ความคิดรากฐาน 3 ประการ คือ

1. มนุษย์กระทำต่อสิ่งต่างๆ จากพื้นฐานความหมายที่สิ่งเหล่านั้นมีต่อตัวเขา เช่น ให้ความหมายของแพทย์มีหน้าที่ให้การรักษาดูแลสุขภาพผู้ป่วย โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เป็นสถานที่ให้ความช่วยรักษาสุขภาพซึ่งจะมีแพทย์และพยาบาลคอยให้การดูแล
2. ความหมายของสิ่งต่างๆ ได้มาจากหรือเกิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้นกับคนอื่นๆ เช่น แพทย์มีปฏิสัมพันธ์กับคนผู้ป่วยในการช่วยเหลือรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วย จึงถือว่าเป็นวิชาชีพที่เป็นบุญคุณต่อประชาชนและสังคม
3. ผู้กระทำเลือกสรร ตรวจสอบ หุคยั้ง จัดกลุ่มใหญ่และปรับเปลี่ยนความหมายต่างๆ ตามสถานการณ์ที่เขาเผชิญและตามทิศทางการกระทำของเขา เช่น สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปตามการให้ความหมายและความสำคัญในช่วงระยะเวลาสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป บทบาทของแพทย์ที่เป็นผู้มีบุญคุณต่อสังคมถูกมองเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์แทน

Mead เชื่อว่า วัตถุที่ปรากฏและเราให้ความหมายต่อสิ่งนั้น เป็นเพราะเราให้ความสำคัญและใส่ใจในการกำหนดความหมาย ในการสร้างสัญลักษณ์ เช่นกรณี การให้ความหมายเกี่ยวกับแพทย์ กล่าวคือ แพทย์ในอดีตถูกมองในฐานะผู้มีบุญคุณในการให้การรักษาพยาบาล แต่ในปัจจุบันกลับถูกมองว่าเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ สัญลักษณ์และการตีความครอบคลุมไปถึงการปรากฏตัว (appearance) เช่น อากัปกริยา เสื้อผ้า ท่าทางร่างกาย และกริยามารยาท อีกด้วย สัญลักษณ์แต่ละชนิดเป็นส่วนหนึ่งของรหัสที่คนอื่น ๆ อ่านและให้ความหมายที่เรากำหนดได้

การฉายภาพความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การเป็นผู้กระทำ (Agency)

การสะท้อนกลับ (reflexivity) มีสมมติฐานว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ เสมอซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้และการสะท้อนกลับ กล่าวคือ มนุษย์มีการตีความการกระทำของตนเองและผู้อื่น ซึ่ง Mead ชี้ให้เห็นพื้นฐานการสะท้อนกลับอยู่ที่การใช้สัญลักษณ์ ซึ่งเป็นความหมายพิเศษของมนุษย์ การสวมบทบาทของตนเอง ที่จะสะท้อนกลับและส่งผลต่อผู้อื่น เช่น แพทย์มองตนเองว่าเป็นผู้รักษาผู้ป่วยในฐานะผู้มีบุญคุณ และเป็นสิ่งที่พึงพอย่างสำคัญในยามเจ็บป่วย ซึ่งสภาวะสัมฤทธิ์ผลที่ดีนั้น วัตถุประสงค์ของผู้เป็นแพทย์ต้องวางอยู่บนรากฐานของการมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ ซึ่งเป็นการสะท้อนกลับพฤติกรรมของเราตามกระแสความสำนึกแห่งตนเอง ภาวะการเป็นแพทย์ที่น่านับถือจึงขึ้นอยู่กับจรรยาบรรณ และการสะท้อนภาพของตนเองในการสวมบทบาทในวิชาชีพที่ตนเป็นอยู่

อัตตะ (self) ไม่ใช่สิ่งของ ไม่ใช่ลักษณะการตายตัวของบุคคล แต่เป็นกระบวนการซึ่งหมายถึงการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาระหว่างส่วนที่แตกต่างกันสองส่วน ซึ่ง Mead เรียกส่วนแรกว่า I กล่าวคือ เป็นส่วนที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณ และ Me คือ เป็นผลผลิตจากผู้อื่นที่ได้อนุมานและเรานำมาเป็นกรอบในการปฏิบัติตนต่อสังคม เป็นการรับรู้ความคาดหมายทั่วไปของกลุ่มที่บุคคลนั้นๆ เป็นสมาชิกอยู่ ในการแสดงบทบาททั้ง Me และ I ของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งอาจจะพิจารณาที่ละบทบาท กล่าวคือ บทบาทของแพทย์ในการที่จะเป็น I มองเห็นตนเองและความเป็นตัวตน ที่มีลักษณะนิสัยการขัดเกลาจากพื้นฐานบุคคลแตกต่างกันแต่ต้องมาประกอบวิชาชีพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะชนที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มนุษย์ทุกคนจะมีความ รัก ชอบ โกรธ หลง หรือความลำเอียงในตนเองอยู่บ้างไม่เท่ากัน แต่เมื่อรับบทบาทการเป็นแพทย์แล้ว Me ที่แสดงออกมานั้นเป็นภาพลักษณ์ที่สังคมคาดหมายคาดหวัง บุคคลนั้นๆ ให้มีบทบาทตามพฤติกรรมตามหน้าที่ของสมาชิกในสังคม ซึ่งถือว่า วิชาชีพแพทย์ เป็นบุคคลนัยสำคัญ ที่สังคมช่วยกันขัดเกลาบทบาทให้เกิดขึ้นตามความคาดหวัง เช่น I ของแพทย์คนหนึ่งบทบาทการใช้ชีวิตในครอบครัว อาจจะเป็นคนที่เอาแต่ใจตนเองแต่มาเรียนแพทย์และประกอบวิชาชีพแพทย์ การแสดงบทบาท Me ของตนก็อาจจะเป็นตนเองอยู่บ้าง แต่ก็ยังคงต้องรักษากรอบวิชาชีพของตนในการต้องให้

เวลาแก่ผู้ป่วย คุณแลร์รักษาผู้คนถ้วนหน้าให้หายจากการเจ็บป่วย เป็นบทบาทที่สังคมสร้างภาพลักษณ์ให้ตนต้องกระทำ

การแสดงอึดตะ ไม่ได้ปรากฏให้เห็นโดยตัวของมันเอง แต่ต้องถูกเสนอต่อคนอื่น ดังนั้น การเสนออึดตะจึงเป็นลักษณะการปฏิบัติงาน ปฏิบัติหน้าที่ (performance) อย่างหนึ่ง ภาพลักษณ์ที่ประทับใจหรือภาพความคิด ที่เราให้แก่ผู้อื่นจะถูกจัดการจัดเก็บในบริบทของสังคม การเปลี่ยนแปลงในสังคม ทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม ในช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้แนวคิดและทัศนคติของวิชาชีพแพทย์ที่มีต่อประชาชนเปลี่ยนแปลงไปด้วย อาจเป็นด้วยระบบประกันสุขภาพ กองทุน และการลงทุนในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่แตกต่างกัน สร้างภาพและบริบทของแพทย์ให้แตกต่างกันออกไป ซึ่งส่วนประกอบทั้งเรื่องสวัสดิการประกันสุขภาพ และการบริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ที่แตกต่างกันยิ่งฉายภาพประกอบทำให้แพทย์มีภาพลักษณ์ในสายตาของประชาชนอย่างแตกต่างกัน เมื่อการปฏิบัติหน้าที่เกิดความผิดพลาดไปจากความคาดหวังของสังคม ภาพการเผยแพร่ความผิดและการเรียกร้องการฟ้องร้อง ถูกเผยแพร่ผ่านสื่อ และกระบวนการยุติธรรม สร้างชุดทางความคิดใหม่ๆ เกิดขึ้นในสังคม ขึ้นใหม่ จากผู้มีบุญคุณ เป็นอาชกรที่กระทำการรักษาด้วยความประมาท ต้องได้รับการชดใช้ ให้ถึงที่สุด

ภาพของแพทย์ (อัจฉริยา มณีน้อย อ่างใน บรรลุ ศิริพานิช, 2537) ในจินตนาการของผู้ป่วย เป็นความคาดหวัง ที่นอกจากแพทย์จะเป็นผู้ที่เก่งมีความรู้สูงแล้ว แพทย์ในอุดมคติของผู้ป่วยที่ออกมาเป็นรูปธรรม ก็คือ ไม่เลี่ยนไข ไม่คิดค่ารักษาพยาบาลแพง ทำงานต้องตรงต่อเวลาไม่ควรให้ผู้ป่วยรอนาน กล่าวรวม คือแพทย์ต้องเป็นผู้ที่มีจิตใจร่างกาย ที่ดี เพื่อพร้อมที่จะทำการพัฒนาประเทศในทุกด้านร่วมกับคนอาชีพอื่น ๆ ได้เช่นกัน

แพทย์ในอุดมคติของผู้สูงอายุ ซึ่งกล่าวไว้ในหนังสือ แพทย์กับผู้ป่วย ในทรศณะส่วนตัวของผู้สูงอายุคนหนึ่ง ได้กล่าวถึงแพทย์ในอุดมคติ โดยวาดภาพของแพทย์ที่เค้าจะไปหาไว้ดังนี้ ต้องเป็นแพทย์ที่มีหนังสือให้ประกอบโรคศิลปะและชำนาญการเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง อายุของแพทย์น่าจะประมาณ 30-60 ปี รูปร่างสันทัด ถ้าทรวดทรงสง่าก็จะยิ่งดี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส ไม่ปรุงแต่งผิดธรรมชาติ จะเป็นนายแพทย์หรือแพทย์หญิงก็ได้ แต่งกายสุภาพ เสื้อผ้าสีเย็นตา เวลาตรวจสวมเสื้อคลุมผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นใจในความสามารถของแพทย์ยิ่งขึ้น ต้องมีร่างกายที่สะอาดตรวจเสร็จต้องล้างมือหรือสวมถุงมือ มีจิตใจโอบอ้อมอารีเป็นกันเองกับผู้ป่วย พุดจาไพเราะ บางครั้งผู้ป่วยหนักกลับเป็น ไข้เบาได้ หากแพทย์พุดจาดีๆ ตรงกันข้ามกับถ้าแพทย์พุดไม่ดี อาการไข้เบาอาจจะหนักขึ้นเป็นได้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สัญญาที่เกิดขึ้นในใจอยู่แล้วของผู้ป่วย สร้างความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น

ในการที่จะเข้ารับการรักษา ซึ่งถ้าหากไปเจอภาพที่ผิดไปจากที่คาดหวังไว้ ในบางครั้งอาจจะเป็นการขัดต่อความรู้สึกและสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นได้

การมีสัญลักษณ์เป็นสื่อกลางหมาย หมายถึงการให้สัญลักษณ์ต่อสิ่งต่างๆ เป็นการสร้างสรรค์อย่างหนึ่ง จากการให้สัญลักษณ์เราจะใส่ความรู้สึกและความเชื่อมโยงความหมาย ให้แก่สิ่งต่างๆ จากแนวคิดที่ Mead กล่าวมาและนำมาจึงนำมาเปรียบเทียบการให้ความหมายของแพทย์ในอดีตกับปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดการการนิยามสถานการณ์ที่เจอ ซึ่งคนเราจะเป็นผู้สร้างประสบการณ์ของเราและของความจริงทั้งหลายขึ้นมา บทบาทของนิยามแห่งสถานการณ์เป็นส่วนในการกล่อมเกลापฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมทางสังคม เช่น การมาโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการการรักษาโรคและการบาดเจ็บให้หายขาด และได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด โรงพยาบาลต้องเป็นสถานที่ ที่สะดวก สะอาด และพร้อมให้การช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เรื่องค่าใช้จ่ายหรือการใช้สวัสดิการจะเป็นเรื่องหลัง สิ่งสำคัญคือการได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะด้วยระบบประกันสุขภาพ หรือพฤติกรรมของแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตก็ตาม สถานการณ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ขัดแย้งมีการทวีความรุนแรงมากขึ้น ยิ่งสถานการณ์ความขัดแย้งต่างๆ กระจายวงกว้างผ่านสื่อ สิ่ง que ผู้ป่วยเรียกร้องและแสดงสิทธิของตน สร้างสถานการณ์และการตีความไปในทางลบกับบทบาทความเป็นแพทย์ในปัจจุบัน ซึ่งทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ มองสถานการณ์ การอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล ของการกระทำในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต ได้

บทบาทของแพทย์ ในสายตาของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมองแพทย์ด้วยบทบาทในฐานะที่จับวางในสังคมต้องมีบทบาท ลักษณะที่เป็นนามธรรมที่คาดไว้ แพทย์ ต้องไม่ละเลยจรรยาบรรณ ให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการรักษาบางประเภทต้องใช้วิธีการบำบัดและระยะเวลา เป็นต้น โดยอาจละเลยการเป็นรูปธรรมที่แท้จริงของวิชาชีพไม่ว่าจะเป็นการจัดการเรื่องเวลา ความผิดพลาดย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในวิชาชีพใดก็ตาม ส่วนบทบาทของผู้ป่วยในสายตาของแพทย์ ต้องเป็นผู้ปฏิบัติตามตามการรักษาของแพทย์ที่แพทย์แนะนำ จึงจะทำให้การรักษาบรรลุผล และหายเป็นปกติได้ เชื่อมมั่นในแพทย์ผู้รักษา นอกจากการให้ความหมายต่อแพทย์ โรงพยาบาลแล้ว สิ่งเหล่านี้ถูกมองเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญในสังคม ซึ่งจะอย่างไรให้สามารถกลืนกันได้ระหว่างบทบาทกับบุคคล ความกลมกลืนระหว่างบทบาทกับบุคคล (Role-person merger) Ralph Turner เป็นนักมานุษยวิทยา ให้ทัศนะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทกับบุคคล ซึ่งให้ความสอดคล้องกับเรื่องของพฤติกรรมกับความเชื่อหรือที่ Goffman เรียกว่า “การแสดงที่จริงใจใน” (Sincere performance) ของบุคคล เป็นการแสดงบทบาทของตนให้เข้ากับสังคมตามพฤติกรรมและความคาดหวังในสังคม ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาจากการให้ความหมายและความคาดหวังต่อสังคม

พฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ทางสังคม สังคมคือผู้สร้างพฤติกรรมและความเชื่อ จาก การวิเคราะห์วัตถุประสงค์ทางสังคม

แพทย์ที่เก่งในทัศนะของผู้ป่วย (วิทยา ธิฐาพันธ์ ,2005) ซึ่งถูกมองด้วยความคาดหวัง บทบาทในการเป็นแพทย์

1. แพทย์พูดหรืออธิบายเก่ง แพทย์บางคนพูดให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจถึง โรคที่ผู้ป่วยกำลัง ประสบอยู่และวิธีการรักษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งบางคนแค่ฟังเสร็จก็คลายทุกข์ไปได้เยอะแล้ว แพทย์แบบนี้เป็นแพทย์เก่งประเภทหนึ่ง
2. แพทย์พูดถูกใจหรือเอาใจ ผู้ป่วยบางคนต้องการคนเอาใจหรือยอมทำตาม
3. แพทย์ทำทางน่าเลื่อมใส แพทย์พวกนี้มักมีบุคลิกลักษณะดี ทำทาง ทำเดิน หรือการแต่งกาย ดูดี แพทย์แบบนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ชอบคนที่ดูน่าเลื่อมใส

Play stage(สิ่งที่ผู้ชมคาดหวัง)	Back stage(สิ่งที่เป็นตัวของตัวเอง)
แพทย์พูดหรืออธิบายเก่ง แพทย์บางคนพูดให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจถึง โรคที่ผู้ป่วยกำลัง ประสบอยู่และวิธีการรักษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งบางคนแค่ฟังเสร็จก็คลายทุกข์ไปได้	การที่พูดเก่งเป็นอาจเป็นเพียงการเอาใจผู้ผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกดีซึ่งอนุญาตกลับบ้านได้และตามใจผู้ผู้ป่วย ยืดระยะเวลาการรักษา และค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมในการรักษา
แพทย์พูดถูกใจหรือเอาใจ ผู้ป่วยบางคนต้องการคนเอาใจหรือยอมทำ	ผลดีต่อแพทย์คือลดความขัดแย้งและการตรวจนานหรือทำตามใจผู้ผู้ป่วยก็จะได้เงินเพิ่มเติมจากการรักษาแพทย์แบบนี้มักยอมตรวจหรือรักษาตามใจผู้ผู้ป่วย ซึ่งการตรวจหรือรักษาบางอย่างแพทย์เองก็รู้ว่าไม่จำเป็น แต่ไม่ยอมขัดใจ หลีกเลี่ยงที่จะเถียงกับผู้ผู้ป่วยให้หมองใจ
แพทย์ทำทางน่าเลื่อมใส แพทย์พวกนี้มีบุคลิกลักษณะดี ทำทาง ทำเดิน หรือการแต่งกาย ดูดี แพทย์แบบนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ชอบคนที่ดูน่าเลื่อมใส แพทย์บางคนที่ดี	การดูผิวเผินด้วยภาพลักษณ์ภายนอกเป็นความสบายใจส่วนตัวของผู้ป่วยและไว้วางใจแต่ในวงการแพทย์แล้ว ประสิทธิภาพการทำงาน of แพทย์อาจจะดีกว่าภาพลักษณ์ที่มองก็ได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะทฤษฎีของ Goffman ในการเล่นบทบาท (Playing at role)

จากตารางเป็นการแสดงตัวอย่างของการแสดงบทบาทของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย อาจจะเป็นได้หลายลักษณะ แล้วแต่อัตตะของบุคคล ที่ต้องทำตามความคาดหวังที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและสังคมเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ในสถานการณ์จะเกิดความขัดแย้งได้ก็คือการแต่ในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งบางครั้งแพทย์อาจเลือกการปฏิบัติตามความเคยชินมากกว่าบทบาทที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนมากกว่า อาจจะถูกตีความหมายบทบาทต่างๆ ที่สอดคล้องกับอัตตะของแพทย์เองก็ได้ เช่น กรณี ที่เกิดการให้คำปรึกษาจากแพทย์ใน โรงพยาบาลรัฐที่มีผู้ป่วยรอนาน แพทย์ต้องให้คำอธิบายที่สั้นๆ ชัดเจน ให้การรักษาอย่างตรงจุด เพื่อย่นระยะเวลาในการรอจากผู้ป่วยรายต่อไป อาจแสดงอัตตะของตนที่ก่อให้เกิดความไม่พอใจกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้กับการสื่อสาร ก็จะนำไปตีความต่อ กับการให้ความหมายและการกำหนดสัญลักษณ์ให้กับแพทย์และโรงพยาบาลนั้นๆซึ่งณ.ปัจจุบันวิชาชีพแพทย์นอกจากจะเรียนวิชาที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้ว ยังคงต้องเรียนวิชาที่เกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้อื่นด้วย เหตุต้องพบเจอและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหลายแบบหลายประเภท การใช้ศิลปะเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกัน เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนวิชาชีพแพทย์และการรักษาผู้ป่วยที่จะเข้าถึง การรักษาได้ดียิ่งขึ้นด้วย

กระบวนการ ในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ปราศจากจุดเริ่มต้นและจุดจบที่ชัดเจน เพราะมีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอตามช่วงและเวลา ซึ่งผลของการกระทำแต่ละสิ่งอย่างเป็นเพียงลักษณะชั่วคราวเท่านั้น อย่างเช่น เคยให้ความสำคัญกับแพทย์ในฐานะผู้มีบุญคุณในสังคม แต่ปัจจุบันมีแต่ข่าวการฟ้องร้องแพทย์และเปลี่ยนบทบาทจากผู้มีบุญคุณมาเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วยเป็นผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ และถือว่าวิชาชีพแพทย์ต้องเสียสละเพื่อผู้ป่วยและต้องให้บริการให้ดีที่สุด เหมาะสมกับการเลือกรักษาที่แพทย์หรือโรงพยาบาลที่ได้เลือกสรรแล้ว ซึ่งการดำเนินไปสู่ภาวะการกลักลับกลายเป็นสู่สิ่งอื่นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จึงสามารถเปลี่ยนไปได้เสมอซึ่งจากอดีต จนถึงปัจจุบันเรามองเห็นภาพ แพทย์ในทัศนะของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในอนาคตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย อาจจะกลับมาเป็นความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนและมีความสำคัญกันเหมือนในอดีตก็เป็นได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ระบบประกันสุขภาพ การให้บริการทางการแพทย์แต่ละ โรงพยาบาล นโยบายรัฐสวัสดิการ เหล่านี้เป็นปัจจัยประกอบสำคัญที่จะสร้างความสัมพันธ์และบทบาทของแพทย์กับผู้ป่วยให้มีความสัมพันธ์ที่ดีอย่างยั่งยืนได้ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์จึงถูกนำมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้จากตัวอย่างและการอธิบายข้างต้น

2.4 แนวคิดเรื่องอำนาจ

มิเชล ฟูโก้ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นเรื่องของวาทกรรมแห่งอำนาจ ระหว่างบุคคลในระดับต่างๆ ฟูโก้เชื่อว่าบุคคลถูกควบคุมด้วยวาทกรรมของอำนาจสิ่งที่บุคคล ปฏิบัติจะมีการสร้างใหม่และมีการเปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบต่างๆ การกระทำในแบบต่างๆจะมีสัญลักษณ์ต่อการดำรงชีวิต ซึ่งอธิบายเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้ว่าเป็นการสร้างวาทกรรมใหม่ให้เกิดขึ้นในเรื่องของอำนาจ จากการเป็นแพทย์ และจากการเป็นผู้ป่วย ในทัศนะของฟูโก้ ทุกสังคมโดยพื้นฐานมีความสัมพันธ์กันเชิงอำนาจหลายชั้นอย่างซับซ้อน ฟูโก้มองอำนาจในลักษณะต่อไปนี้ (Foucault 1980 อ้างใน พรทิพย์ เนติภารัตนกุล, 2550)

อำนาจเป็นสิ่งที่ถูกปฏิบัติการ (Exercised) มากกว่าจะถูกครอบครอง และอำนาจดำรงได้ ด้วยการปฏิบัติการของอำนาจนั้น เปรียบเสมือนการสั่งการเพื่อปฏิบัติ ในฐานะของผู้ป่วยโดยทั่วไปย่อมเกรงใจและกลัวในคำพูดแพทย์ และปฏิบัติตามสิ่งที่แพทย์แนะนำ ภายใต้อำนาจและความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติ

อำนาจมิใช่อยู่ในลักษณะบังคับกดขี่ (repressive) ในรูปแบบที่ไม่ซับซ้อนหรือเป็นอำนาจที่รุนแรง แต่อำนาจได้ผลิตบางสิ่งออกมาก เช่น อำนาจในสังคมสมัยใหม่ถูกปฏิบัติการผ่านวาทกรรมและปฏิบัติการต่างๆ มากมายที่ได้ผลิตสร้างคนดี/คนบ้า คนสุขภาพดี/คนป่วย คนปกติ/ไม่ปกติ ขึ้นในสังคม คนในสังคมกำหนดกรอบว่าสิ่งนี้เป็น “สิ่งที่เรียกว่า” หรือ “สิ่งที่กำหนดว่า” เป็นไปตามกำหนดของผู้มีอำนาจ เช่นการวินิจฉัยของแพทย์ แนะนำหรือสั่งห้ามไม่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์กำหนด หรืออาจวินิจฉัยว่าบุคคลนี้ปกติดีทั้งๆที่ผู้ป่วยเกิดอาการเวียนหัวต้องการยา รักษา แต่แพทย์วินิจฉัยให้นอนพักแล้วจะหายเอง

ฟูโก้วิเคราะห์อำนาจที่มาจากฐานล่าง (Bottom-up) ซึ่งหมายถึงการวิเคราะห์อำนาจที่ปรากฏอยู่ในชีวิตประจำวัน สิ่งที่เป็นปัจจุบัน ชุดของความจริงที่เกิดขึ้นต่อบุคคล ซึ่งแทรกซึมและประกอบสร้างเป็นสังคม สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่นจากการวินิจฉัยในการบำบัดรักษา แต่ผู้ป่วยกลับต้องการหายอย่างฉับพลัน บ่อยครั้งของความต้องการที่แตกต่างกันเกิดความขัดแย้งและมีคนกล้าที่จะร้องเรียนแพทย์ ก็เกิดเป็นเรื่องของอำนาจและวาทกรรมชุดใหม่เกิดขึ้น

ความรู้ทุกชนิด กฎเกณฑ์ และข้อปฏิบัติทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้ การรับรู้ และสังคม ความรู้ทุกชนิดเกี่ยวข้องกับอำนาจ สามารถนำมาเป็นเครื่องมือของอำนาจ

นอกจากนี้ฟูกูก็ได้กล่าวถึง อำนาจของแพทย์ ในการให้นิยามแก่บุคคลว่าป่วยหรือปกติ ถือว่าแพทย์เป็นผู้ใช้อำนาจเหล่านี้ เช่นการจ้องมองผ่านกระบวนการปฏิบัติของอำนาจที่จะควบคุมพฤติกรรมของคนในสังคมให้อยู่ในระเบียบ ขณะที่แพทย์จ้องมองหรือทำการรักษา การมองเรื่องอำนาจทางการแพทย์เป็นสิ่งที่กำหนดความจริงในการรักษาพยาบาล ส่งผลและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ของมนุษย์ในสังคมนั้นๆ แต่สิ่งเหล่านี้เป็นพลวัตรไปตามสภาวะทางสังคม อำนาจเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ไปได้เสมอ ขึ้นอยู่กับความจริงที่มีอยู่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นบริบทด้านหนึ่งของอำนาจาทกรรมที่เกิดขึ้นจากอดีต จนปัจจุบันสิ่งที่เราเห็นเป็นวาทกรรมเกี่ยวกับความจริง ที่ถูกสร้างขึ้นและถูกทำให้เชื่อว่าเป็นจริงสิ่งเหล่านี้ยังคงเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป

2.5 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

Talcott Parsons เป็นนักทฤษฎีทางสังคมวิทยา ที่ได้นำแนวคิดจาก Freud ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคม มามองถึงเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในเชิงเปรียบเทียบเสมือน พ่อแม่ กับลูก ซึ่งเป็นการคิดที่ขัดแย้งกันเกิดขึ้นในตัวของผู้ป่วยเองด้วย ระหว่างความต้องการการเอาใจใส่ดูแล และจนกระทั่ง มีความสุขในการที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากหน้าที่ปกติทางสังคม ตามหลักทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ได้กล่าวถึงไว้เกี่ยวกับหน้าที่ของบุคคล และทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ปรากฏขึ้นโดยพาร์สันนำมาอธิบาย Social Role และ Sick Role โดยใช้กลไกรื่องของบทบาทของการเจ็บป่วย , ผู้ป่วย คือผู้ที่คาดหวังแสวงหาที่จะรักษา หรือหน้าที่ของแพทย์ที่เป็นเครื่องมือในวิชาชีพที่จะต้องรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุด บทบาทของแพทย์คือผู้ที่กุมอำนาจไว้ในชั่วขณะที่ครอบครองผู้ป่วยไว้อยู่ในการรักษา ออกจากหน้าที่การงาน และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้หายจากการเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริสุทธิ์ทั้งสองฝ่าย ซึ่งงานเขียนของ Sigerist ได้เขียนกล่าวไว้เมื่อปี 1931 กล่าวถึงประเด็นของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า 40 ปีจนกระทั่งปัจจุบัน มีการกล่าวถึงความสัมพันธ์ที่แยและไม่น่านับถือระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเกิดความผิดปกติในการรักษา

McKeow และ MacLach: 1971กล่าวถึงโครงสร้างระหว่างการเป็นปัจเจกของแพทย์และผู้ป่วยที่ล้ำสมัยที่ทั้งคู่กล่าวถึงเรื่องของราคาและเรื่องความไม่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ก็จะกลายเป็น ผู้ใช้แรงงานที่เชื่องช้า ล้ำสมัย และผู้ป่วยก็กลายเป็นผู้บริโภคที่ต้องการแสวงหาสิ่งที่ดีที่สุด

ในการกล่าวถึงการวิเคราะห์และทฤษฎีมีวรรณกรรมที่เขียนไว้เป็นจำนวนมาก เมื่อ 50 ปีที่แล้วได้กล่าวถึงเรื่องทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ทฤษฎีความขัดแย้ง และนีโอมาร์กซิส ในขณะที่เดียวกันก็เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น มีทั้งเรื่องเทคโนโลยี กายภาพ และเรื่องของราคาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เพราะอิทธิพลในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และมีการตีความมากมายในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในงานเขียนของ Parsons

การวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นกับสังคมดั้งเดิมด้วยรูปแบบระบบ Sigerist เป็นแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากได้ใช้จิตวิเคราะห์ในการรักษาเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เขากล่าวถึงว่าแพทย์นี้ไม่พ้นที่จะเป็นผู้อยู่ได้บังคับบัญชาในเวลาทำงาน และมีวิธีการพูดโน้มน้าวจิตใจผู้ป่วยในการรักษาเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วย

การสร้างรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Parsons (The Parsonian Model of the Doctor-Patient Relationship)

1. ปัญหาเรื่องของสุขภาพกล่าวคือ ความสัมพันธ์ก่อให้เกิดความเป็นระบบสังคมเกิดขึ้น มีกฎเกณฑ์ และระดับในเรื่องของการดูแลสุขภาพ
2. การเจ็บป่วยและการมีสุขภาพ ถือเป็นสิ่งสำคัญและก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมเกิดขึ้น
3. การดูแลสุขภาพถือเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา (แพทย์)
4. กฎเกณฑ์ทางสังคมในเรื่องความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพ ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรมและการเรียนรู้ทางพฤติกรรมด้วย

จากสิ่งที่ Parsons กล่าวเกี่ยวกับเรื่องของบทบาทของผู้ป่วย (Sick role) นั้น สังคมที่เกิดการเบี่ยงเบนด้วย สิ่งไม่ได้ตั้งใจก็จะถูกกำหนดโทษขึ้นเช่นจากการรักษา เพราะแพทย์ถือว่าเป็นอาชีพที่ได้รับการไว้ทางใจในการรักษาผู้ป่วย และต้องร่วมมือกันบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามกฎหมาย สังคม ซึ่งกรอบแนวคิดบทบาทของผู้ป่วย (Sick role) นั้นเป็นได้แค่แบบชั่วคราวเท่านั้น ความไม่พึงปรารถนา ความแตกแยก ยังคงเกิดขึ้น กล่าวคือ แพทย์ที่รักษามีการฟ้องกลับผู้ป่วยที่ตนรักษาเกิดขึ้นในสังคม

แนวความคิดที่ Parsons เสนอไว้ว่าในขณะที่โรคทำให้ร่างกายของคนทำงานผิดปกติไป Parsons ให้ความสำคัญในเรื่องของสถานการณ์ด้านอายุและระยะห่างของความเชื่อในวิชาชีพ แพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องควบคุมและสั่งการ แพทย์ก็จะปกป้องจากการพาดพิงจากผู้ป่วยจากกรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวอ้างไว้ อะไรที่เป็นรายละเอียดที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเกี่ยวกับสังคมสุขภาพ

การป่วยและการดูแลสุขภาพ การป่วยหรือการที่คนได้รับการยอมรับว่าป่วยจะเป็นบทบาทซึ่งเป็นที่คาดหวังและกำหนดขึ้นโดยสังคม บทบาทของการป่วยมีสี่อย่างคือ

1. ได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบในการแสดงบทบาททางสังคมตามปกติ ผู้ให้การยกเว้นข้อนี้จะต้องเป็นผู้มีอำนาจในเรื่องการรักษาพยาบาลโดยตรง ซึ่งโดยมากมักเป็นแพทย์หรือพยาบาล
2. ได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบสำหรับการป่วยนั้น ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล
3. เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจึงถูกบังคับให้เกิดความต้องการที่จะหายจากอาการป่วย
4. จึงต้องแสวงหาความร่วมมือที่จะให้หายป่วย

บทบาทของผู้ป่วย (Sick Role)	บทบาทของแพทย์ (Professional Role)
บทบาทและหน้าที่ตามกฎหมาย	บทบาทด้านความคาดหวัง
1. ทำให้ผู้ป่วยหายดีเป็นปกติ	1. เป็นผู้กระทำการรักษาตามหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วย (ให้เสมอภาคในทิศทางเดียวกัน)
2. ค้นหาผู้มีความสามารถและเทคนิคในการช่วยเหลือดูแล	2. สามารถให้คำแนะนำตามจรรยาบรรณที่แพทย์พึงมี
3. เชื่อในการดูแลของแพทย์และยอมรับในความสามารถของแพทย์(ความสัมพันธ์ที่ไม่เท่ากัน)	3. สามารถประยุกต์พัฒนาทักษะด้านการรักษาผู้ป่วยให้หายได้
	4. ความเป็นกลางด้านอารมณ์และสิ่งรอบข้างต่างๆ ในเรื่องการรักษา กับผู้ป่วยทุกแบบ

ตารางที่ 5. Parsons' Doctor-Patient System Model

แนวความคิดเรื่องบทบาทผู้ป่วยช่วยในการวิเคราะห์กฎเกณฑ์ทางสังคมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ป่วย และแรงจูงใจของคนในสังคมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย นับได้ว่า “บทบาทผู้ป่วย” เป็นหัวใจสำคัญของความคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย

ความแตกแยกในความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยสามารถยืนยันในวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการเป็นผู้ซื้อผู้จ้างต้องมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน แพทย์ถูกจัดชั้นในสังคมเป็นชนชั้นสูง ในสังคม The Social Role of The Patient แม้ว่าภาระที่ต้องรับผิดชอบในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม เบี่ยงเบนในการดูแลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบางกรณีที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน โดยสังคมควรจะไม่ได้บังคับพวกเขา ในความคิดของ Parsons สังคมไม่สามารถจะดูแลเอาใจใส่กับผู้ป่วย เร็วจริงได้ ดังนั้นสังคมต้องสร้างความเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดการแตกแยกความสัมพันธ์ แต่จะอย่างไร กับผู้ป่วยเหล่านี้ได้

การวิเคราะห์บทบาทของผู้ป่วย (Sick role) ของ Parsons เมื่อเราให้ความหมายเรื่องการป่วย เป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นสถาบันทางสังคมที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีต้องหาเครื่องมือในการป้องกันการ แพร่กระจายโรค หรือผู้ป่วยคือผู้ต้องการความช่วยเหลือนั่นเอง ซึ่งในทางกฎหมายแล้วจะมี องค์กรในการคอยดูแลรักษา จึงทำให้เรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาพทางสังคมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับพาร์สันนั้นแล้ว กฎและรูปแบบของสังคมจะดำเนินต่อไป ดังนั้นสถาบันทางสังคม คือหรือหัวใจสำคัญในการสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมในวงจรชีวิตในแต่ละสถาบัน ไม่ว่าจะใน เยาวชน วัฒนธรรมการเจ็บป่วยว่าด้วยเรื่องจารีตประเพณี แต่พาร์สันแย้งว่าสังคมบทบาทของผู้ป่วย (sick role) จะดำเนินต่อไปในทางที่จะรักษาตัวของตนเอง เป็นการดูแลเหมือนสถาบันทางสังคม เป็นผู้รักษาโดยผ่านกระบวนการทางสังคมควบคุมและสร้างความสัมพันธ์จนเป็นสังคมที่มีอิสระ และสมบูรณ์แบบ การรักษาด้วยการเรียนรู้ด้านจิตใจจะดีกว่าเพียงการรักษาทางกายภาพซึ่งจะสร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีได้

Szasz-Hollender (1956) ได้อธิบายเพิ่มเติมแนวคิดของ Parsons โดยสร้างรูปแบบอธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ ในเรื่องของความสัมพันธ์ 3 ประการ

1. Active-Passive หมายถึงในกรณีที่แพทย์เป็นผู้สั่งการและผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติตาม ซึ่ง ความสัมพันธ์ดังกล่าวเปรียบได้ผู้ป่วยเป็นลูกน้อยและแพทย์เป็นผู้ปกครอง
2. Guidance-Cooperation หมายถึงผู้ป่วยหวาดวิตกในสิ่งที่เกิดขึ้นกับอาการเจ็บป่วยซึ่งไม่รู้ว่ ควรทำอะไร เสมือนต้องการคำแนะนำจากแพทย์ ความสัมพันธ์ดังกล่าวเปรียบเทียบกับ ลูกที่ต้องการคำตอบจากผู้ปกครองที่มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
3. Mutual Participation หมายถึงแพทย์และผู้ป่วยให้ความร่วมมือกันในการรักษา ในการ ชักถามอาการและแจ้งให้แพทย์ทราบได้ถูกต้องเพื่อง่ายในการรักษาได้อย่างตรงจุด ผู้ป่วย รับการช่วยเหลือจากแพทย์ โดยที่แพทย์ก็จะปลอดภัยจากข้อผิดพลาดและการถูกฟ้องร้อง กรณีเช่นนี้มักเกิดกับผู้ป่วยที่มีความรู้ ไม่เหมือนกับกรณีที่ 1 และ 2

แนวคิดของ Parsons กำหนดบทบาทโดยสังคมเป็นตัวกำหนดโครงสร้างของความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น ในภายหลัง Freudson ได้ศึกษาเพิ่มเติมต่อจาก Parsons โดยกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นเรื่องของระบบ ผ่านระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกสรรสิ่งที่จะต้องการกลายเป็นปัจเจกที่จะกำหนดที่ต้องการผ่านระบบ แล้วจึงเกิดเป็นสังคมอย่างมีช่วงชั้น และกำหนดพฤติกรรมและรูปแบบความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในรูปแบบความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะไม่สามารถระบุให้ชี้ชัดตายตัวได้ว่าควรจะจัดการอย่างไรกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพราะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ที่อยู่ภายใต้ความคาดหวัง ย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างเป็นพลวัต ไม่ว่าจะนโยบายที่รัฐสร้างขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสวัสดิการสังคมที่สงเคราะห์ให้กับประชาชนที่มีรายได้น้อย เป็นต้น ไปจนถึงผู้ที่ไม่ได้สิทธิรักษาพยาบาลใดๆเลย จะสามารถเข้าใช้บริการของโครงการนี้ได้โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล หรือระบบประกันสุขภาพต่างๆก็ ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ปรากฏขึ้นในสังคม ส่งผลกระทบต่อบทบาทการเป็นแพทย์ที่ไม่มั่นคงต่อวิชาชีพจากการถูกฟ้องร้อง ผู้ป่วยเกิดความไม่เชื่อใจในการรับการรักษา จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษาถึงระบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะนำทฤษฎีที่ได้กล่าวมาข้างต้นมาฉายภาพความสัมพันธ์และหาพิสูจน์ความสัมพันธ์ตามทฤษฎีว่ายังคงเป็นรูปแบบในทฤษฎีหรือว่า ณ.ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลวัตไปอย่างไรแล้ว

2.6 ทฤษฎีพฤติกรรมการณ์ตนเอง

เป็นแนวคิดด้านการพยาบาลในการดูแลตนเอง (Orem's Self-Care Theory) โดย Orem ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลกระทำเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพที่ดีและความผาสุก โดยปรกติจะเกิดขึ้นจะเกิดขึ้นกับทุกวัย ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือไร้ความสามารถ จึงจะต้องการการดูแลจากผู้อื่น รวมถึงด้านความคิดและจิตใจด้วย ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองนั้นทำให้เกิดความสมบูรณ์ทางโครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการแนวทางที่จะทำให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด

- 1 ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care requisites)
1. ความจำเป็นในการพัฒนาตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care requisites)
2. ความจำเป็นในการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย (Health Deviation Self-care requisites)

ในสถานะที่เกิดการเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างไม่สมบูรณ์แบบ ต้องอยู่ภายใต้การวินิจฉัยทางการแพทย์ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

โครงสร้างหน้าที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะอยู่ภายใต้การวินิจฉัยของแพทย์ และในการวินิจฉัยทางการแพทย์สามารถแบ่งความจำเป็นในการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยดังนี้

1. การแสวงหาขอความช่วยเหลือจากแพทย์เมื่อมีอาการตามความเหมาะสม
2. ทราบและสนใจถึงสภาพและระยะของพยาธิสภาพของโรค
3. ปฏิบัติตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดี
4. รับทราบและสนใจสิ่งที่ควบคุมให้หายจากการป่วย ตามคำสั่งแพทย์
5. ปรับอัตมโนทัศน์ หรือทัศนคติยอมรับตนเอง และความจำเป็นในการดูแลตนเองตามคำแนะนำ
6. เรียนรู้การดำรงชีวิต ตามการวินิจฉัย การรักษาที่ส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ทฤษฎีการดูแลตนเองนั้นรวมไปถึงการเรียนรู้กิจกรรมการเรียนรู้ตามธรรมชาติ นั้นหมายถึงการเป็นผู้ใหญ่ขึ้น เรียนรู้ตามความเชื่อ ลักษณะนิสัยลักษณะการปฏิบัติเฉพาะทางวัฒนธรรม ประเพณี ด้วยรวมถึงความแตกต่างของกลุ่มคนทางสังคม การเรียนรู้จากปฐมภูมิหรือครอบครัว ความผิดปกติในการดูแลจะนำไปสู่ความยุ่งยากในการดูแลต่อไปดังนั้นกระบวนการพยาบาลระยะของโรคและการดูแลที่ผิดแปลกจะส่งผลต่อลูกค้าหรือผู้ป่วยและมีผลตอบกลับมาภายหลัง การดูแลที่ผิดแปลกไปนั้นสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

ประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยควรรู้เพื่อนำมาดูแลสุขภาพของตนเอง

1. การตรวจเช็คสุขภาพและการบำรุงสุขภาพ
2. การออกกำลังกาย
3. การควบคุมดูแลด้านโภชนาการ และควบคุมน้ำหนัก
4. การจัดการกับความเครียด
5. การที่สังคมมีระบบที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพ
6. การควบคุมสภาพแวดล้อม

จากสิ่งที่ได้กล่าวมาข้างต้นตามทฤษฎีของโอเรมได้กล่าวไว้เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งขั้นตอนของความสามารถดูแลตนเองเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบไปด้วย ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการระลึกได้
2. องค์ประกอบของพลังความสามารถ 10 ประการ คือ ระยะเวลาการรักษา การควบคุมการใช้พลังงานในร่างกาย การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล แรงจูงใจในการกระทำ ความสามารถในการตัดสินใจ มีความรู้ มี

ทักษะในการสะสมความรู้ มีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองและสามารถผสมผสานกับการดำเนินชีวิตได้

3. ความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง คือ การคาดคะเนปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะภายในและภายนอกร่างกายเป็นตัวบ่งชี้ความต้องการดูแลตนเอง พิจารณาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการกระทำเพื่อผลของการดูแลตนเอง เป็นการวัดการดูแลตามความจำเป็นที่เหมาะสม

ในกรณีการเจ็บป่วยโดยโรคเรื้อรังกับการดูแลตนเอง Connelly (1987) กล่าวไว้เกี่ยวกับการดูแลที่ยาวนาน และความยุ่งยากจากการป้องกันการโรคแทรกซ้อน การปฏิบัติตนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวลได้ ดังนั้นการเรียนรู้ด้วยความรู้และการเข้าใจตนเองให้ได้มากที่สุดจะช่วยทำให้อาการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้างจะเป็นไปอย่างดี ความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความกังวลใจ เกิดความคาดหวังในการรับการรักษาจากแพทย์ และยาที่จะได้รับ แต่แท้จริงแล้วสิ่งเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นยาหรือว่าแพทย์ ไม่ใช่ทั้งหมดของกระบวนการรักษา แต่ต้องรวมไปถึงการปฏิบัติตนเองเอาใจใส่ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ด้วย ร่วมกันกับการรักษาด้วยยา เป็นการบำบัดและร่วมการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาภรณ์ พลเสน (2541) ศึกษาวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง ผู้ป่วยกับการรับรู้และการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนพึงได้รับ: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการวิจัยพบว่า ด้านการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนทั้ง 4 ด้าน คือ สิทธิการได้รับบริการเพื่อสุขภาพ สิทธิการได้รับรู้ข้อมูลคำอธิบาย สิทธิการเลือกรับบริการ ปฏิเสธการรักษา และสิทธิปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นความลับ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มีการรับรู้ต่อสิทธิด้านการได้รับบริการเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องมากที่สุด โดยมีการรับรู้สิทธิมาก ขณะรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับตรวจเยี่ยมและช่วยเหลือให้สบายกายและใจ ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการตรวจสอบอาการผิดปกติทุกครั้งเมื่อมีอาการและแพทย์ลงมือช่วยเหลือทันท่วงที ความสัมพันธ์ต่อญาติผู้ป่วยไม่ถูกกีดกันจากแพทย์ ผู้ป่วยเพศหญิงมีการรับรู้ต่อสิทธิ ปฏิบัติตามสิทธิของตนดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย จากการศึกษาการปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน แสดงถึงความสัมพันธ์ในการรับรู้และการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ในส่วนการปฏิบัติตามสิทธิน้อยนั้น มักขึ้นอยู่กับสถานภาพ และบทบาททางสังคมของผู้ป่วย และแพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาล ซึ่งข้อแตกต่างในเรื่องสถานะทางสังคม ความรู้ทัศนคติ ระหว่างแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยก็เป็นอุปสรรคขัดขวางในการติดต่อระหว่างกัน ในสังคมไทยการให้บริการด้านสุขภาพของคนไทยยังยึดติดอยู่กับระบบโครงสร้างแบบชนชั้น ทำให้ผู้ให้บริการได้มีการจัดระเบียบโครงสร้างภายในองค์กร และพัฒนารูปแบบวิธีการปฏิบัติจน

กลายเป็นวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตน ใช้ทักษะด้านวิทยาศาสตร์ ได้รับการยกย่องจากประชาชนทั่วไป เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ อาชีพที่มีเกียรติ มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่าเทียมกัน ตลอดจนผู้ป่วยเห็นว่าตนเองยังไม่มีความรู้ หรือไม่เข้าใจด้านการรักษาพยาบาลดังนั้นจึงต้องเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้ให้บริการฝ่ายเดียว ลักษณะความเกรงใจของผู้ป่วยจึงเป็นค่านิยมที่เห็นชัดในสังคมไทย

จอห์น โอเรเวีย (Inter National Journal of Health Care Quality Assurance, 2003) กล่าวเกี่ยวกับ The Quality of Health Purchasing หรือคุณภาพของหน่วยงานในการจัดซื้อประกันสุขภาพในประเทศสวีเดน ระบุว่า คนส่วนใหญ่มักจะกล่าวถึงคุณภาพการให้บริการกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพที่แก่การรักษาและการบริการแต่บทบาทของหน่วยงานที่เข้ามาทำประกันประสานงานกับโรงพยาบาลก็มีส่วนสำคัญที่ในมาพิจารณาถึงคุณภาพที่เราจะได้รับจากการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพด้วย มีการนำเสนอแนวทางการวัดคุณภาพ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ต้องเน้นผลชัดเจนให้กับ สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย เรียนรู้จากความคาดหวังของผู้ป่วย ระบุปัญหาให้เป็นกระบวนการ การมีระบบการบริหารที่มีคุณภาพ คุณภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยและความต้องการจัดระบบบริการที่ดี ปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยง หน่วยงานที่จะเป็นตัวแทนของประชาชนในการติดต่อกับสถานพยาบาลเพื่อตรงตามประสงค์ของผู้ป่วย ต้องแสดงถึงศักยภาพและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการได้ วิธีการคุณภาพสมัยใหม่อาจไม่ใช่คำตอบที่ดีที่สุดแต่ต้องมองถึงความแตกต่างของผู้ป่วยที่จะมาใช้บริการและนำมาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญคือเน้นคุณภาพทางการแพทย์ และต้องมีการประเมินประสิทธิภาพทางการแพทย์ของหน่วยงานของตนเสมอ สรุปได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทย หน่วยงานที่ให้บริบาลดังกล่าวอาจหมายถึงบริษัทประกันเอกชน สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น ที่จะเป็นหน่วยงานที่จะส่งผ่านความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยกับแพทย์อีกประการ การปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาปัญหาให้สมบูรณ์จะช่วยลดปัจจัยที่เกิดความขัดแย้งได้

ศากุน แสงพานิช (2524) ได้ศึกษาวิจัยทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในทัศนคติของผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช มองในแง่การพัฒนาสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อสัมพันธภาพทั้งทางบวกและทางลบกล่าวคือ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์สูง แต่ในด้านการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แพทย์กลับขาดความสนใจและไม่เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยเท่าที่ควร ทั้งไม่ค่อยคำนึงถึงด้านจิตใจของผู้ป่วยในการตรวจรักษา นอกจากนั้นความแตกต่างกันทางด้านสังคมของผู้ป่วยกับแพทย์และระบบของโรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดทางด้านเวลาในการตรวจรักษานับว่าเป็นอุปสรรคด้านหนึ่งของสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยรายละเอียดพบอีกว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความแตกต่างในทัศนคติ

ของผู้ป่วย ส่วนอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ถิ่นที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในการมารับการตรวจรักษามีผลต่อความแตกต่างต่อความสัมพันธ์ในทัศนคติของผู้ป่วย

สันทัด เสริมศรีและเจมส์ เอ็น ไรลีย์ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2517) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์และการคุมกำเนิดของไทยโดยสังเกตและสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชนใกล้กรุงเทพฯ พบว่า ส่วนที่เกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาของประชาชนสรุปได้ว่า ชุมชนแห่งนี้มีประชาชนจำนวนมากนิยมการรักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ ทั้งที่เชื่อว่ายาปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่ายาโบราณ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงปัจจัยดึงดูดที่ทำให้ผู้ป่วยนิยมไปรักษาด้วยแพทย์โบราณกล่าวคือ ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การสอดคล้องทางวัฒนธรรมและสังคม เกิดความใกล้ชิดติดพันสภาพกับคนในหมู่บ้าน ค่าบริการทางการแพทย์ไม่มีการเรียกเก็บแต่เป็นศรัทธา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อด้านแพทย์ปัจจุบันคือ ความเห็นห่างกันทางสังคมระหว่างประชาชนกับแพทย์ (Social distance) กล่าวคือแพทย์เป็นบุคคลที่มีสถานภาพพิเศษทางสังคม เพราะนอกจากฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เหนือกว่าประชาชนแล้ว อาชีพ และความรู้จะเหนือกว่าที่คนธรรมดาจะเข้าใจได้ แพทย์จึงเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจวินิจฉัยถูกผิดในการรักษาเพียงผู้เดียว เสรีภาพของผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ดังนั้นพอจะเห็นปัจจัยที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้นั่นเอง

ระบบบริการในทศวรรษหน้า (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ระดับบริการสุขภาพซึ่งแบ่งเป็นระดับบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ทติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) ในสิบปีข้างหน้า คาดการณ์ได้ว่าจะมีลักษณะไม่สมดุล (Imbalance) มากขึ้น ดังนี้ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) คาดการณ์ว่าจะมีรูปแบบที่หลากหลาย เพราะจะมีผู้จัดบริการหลากหลายกลุ่ม เช่น อปท. ที่ประกอบด้วย เทศบาล อบจ. และ อบต. ซึ่ง อปท. ที่เข้มแข็งนั้นมีแนวโน้มว่าจะตั้งสถานีอนามัยไปอยู่ภายใต้การปกครองของตนเอง ในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานครก็สามารถจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของตนเอง เมื่อพิจารณาถึงมาตรฐานของระดับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิพบว่า กำหนดมาตรฐานในด้านจำนวนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และเทคนิคการแพทย์ ที่เน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น บุคลากรของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ต้องเน้นการให้ความรู้ การแนะนำ การสอน ด้านสุขภาพแก่ประชาชนและชุมชนเพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวได้ ส่วนบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Secondary Care) คาดการณ์ว่าในอีกสิบปีข้างหน้า จะมีขนาดเล็กลงและมีศักยภาพในรักษาพยาบาล (facility) เพราะไม่ได้รับการสนับสนุน (Focus) ในเรื่องทรัพยากร

เนื่องจากทรัพยากรสุขภาพจะเทไปที่สถานบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ และเทไปที่ระดับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมาก ส่วนการบริการ บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) คาดการณ์ได้ว่าในอีกสิบปีข้างหน้า จะเน้นการรักษาโรคเฉพาะทางมากขึ้น จากที่กล่าวแล้วยังเน้นการรักษาเฉพาะทางก็จะยิ่งได้รับงบประมาณมากขึ้น และสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่จะให้บริการเบ็ดเสร็จ

การสำรวจความต้องการของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์(สำนักงานประกันสังคม กองวิจัยและพัฒนา.2546) ผลการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วนพบว่าเปรียบเทียบระบบขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์ พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ใช้ และคุณภาพของบริการ กิจกรรมที่ปฏิบัติ เปรียบเทียบโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน กิจกรรมโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจะต่างกันที่แผนกการเงิน บริการในคลินิกเอกชนนั้น ส่วนใหญ่จะไม่มีบริการเอกซเรย์มีบางส่วนที่จะมีการตรวจวินิจฉัยโรคพื้นฐาน แต่ไม่มีส่วนของห้องปฏิบัติการ และกิจกรรมในแผนกเภสัชกรรมที่คลินิกเอกชนนั้น ไม่มีการให้คำแนะนำการใช้ยาผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ทำทั้งในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ไม่แตกต่างกันและเหมือน ผู้ป่วยนอก ยกเว้นการเงินระยะเวลาที่ใช้ เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมต้อนรับ เวชระเบียน การตรวจผู้ป่วยและเภสัชกรรม คลินิกเอกชนจะใช้เวลาน้อยที่สุดทุกกิจกรรมจะเสร็จสิ้นภายในเวลา 1 – 5 นาที ถัดมาคือ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐ กิจกรรมส่วนใหญ่จะเสร็จสิ้นภายในระยะเวลา 6 – 10 นาที การประเมินความต้องการของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์ ภาพรวมทั้งประเทศในส่วนของผู้ป่วยนอก ความต้องการด้านโครงสร้าง คือ สถานที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ มีที่นั่งคอยเพียงพอ ห้องจ่ายยามีที่นั่งคอยเพียงพอ ไม่แออัด มีเจ้าหน้าที่ประจำ ณ จุดประชาสัมพันธ์ และมีป้ายแสดงทางเดินไปแผนกต่าง ๆ ความต้องการด้านบริการ คือ เจ้าหน้าที่พูดจาสุภาพ การสอบถามเรื่องการรักษา การชี้แจงเกี่ยวกับโรคที่เป็นการอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียง ข้อจำกัด และข้อควรระวังของยา การประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงขั้นตอน/วิธีการใช้บริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล การอธิบายเกี่ยวกับยาที่ได้รับ และการบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ ความต้องการกลุ่ม “ต้องมี” ของผู้ป่วยนอกและในนั้นไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งต่างจากของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ซึ่งผลเช่นนี้อาจจะชี้ถึงความไม่เท่าเทียมกันของคุณภาพบริการ ได้รวบรวมความต้องการในกลุ่มของ “ควรมี” “มีก็ได้” และ “ยังไม่จำเป็นขณะนี้” เพื่อให้ทราบแนวโน้มของบริการที่โรงพยาบาลควรที่จะจัดให้มีขึ้นในอนาคต ซึ่งบางข้ออาจจะมีผลเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมด้านสาธารณสุข หรือกฎหมาย และบางข้อมีผลต่อต้นทุนการทำงาน ปัจจัยในการเลือกรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลการเลือกโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยเรื่องสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลสำคัญมากที่สุดคือ ต้องใกล้บ้านหรือที่ทำงาน รองลงมาคือ การเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และขนาดของโรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุปคือ ผู้ป่วยมีความต้องการโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน กิจกรรมและขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลของรัฐถือว่าล่าช้ากว่า โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก การพูดคุย คำอธิบายในการรักษาหรือใช้ยามีผลต่อความพึงพอใจในการเลือกใช้บริการของผู้ป่วย ด้วยระบบประกันสุขภาพที่ติดต่อกับโรงพยาบาลในสังกัดกับประสิทธิภาพการทำงาน ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ เพราะความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการของสถานบริการแต่ละแห่งที่ไม่เท่ากัน

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ในหนังสือแพทย์กับผู้ป่วย (2537) ว่าเป็นความสัมพันธ์ที่มีมาจากในอดีตที่มองแพทย์เป็นอาชีพที่คนในสังคมยกย่อง ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยให้ความเคารพยกย่องเชื่อฟังแพทย์ค่อนข้างมากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในอดีตจึงเป็นมาด้วยดี ในสถานการณ์ปัจจุบันความสัมพันธ์ได้เปลี่ยนแปลงไป พบพฤติกรรมออกนอกกลุ่มนอกทางของแพทย์บางคน และผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ในสภาพแออัดของโรงพยาบาล รอแพทย์นาน บางรายมีปากเสียงกับแพทย์ จึงกระทบต่อสัมพันธภาพ สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในอดีตจะมี ทั้งแพทย์สมุนไพรมะยา แพทย์ชาวบ้าน และแพทย์หลวง(แพทย์แผนปัจจุบัน) สัมพันธภาพของแพทย์สมุนไพรมะยา และแพทย์ชาวบ้านเป็นในระดับที่คุ้นเคยพูดคุยเข้าถึงได้ง่ายกว่า ส่วนแพทย์แผนปัจจุบันมีพัฒนาการขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งรัฐบาลจัดตั้งแพทยสภา อนามัย โรงพยาบาล สัญลักษณ์ของแพทย์กับชาวบ้านเริ่มเปลี่ยนไปอย่างชัดเจนมาเรื่อยๆ เมื่อมีการจัดระบบประกันสุขภาพขึ้น ทำให้มีการแบ่งแยกเกิดขึ้น เพราะประเทศไทยให้นโยบายประกันสุขภาพแบบกึ่งเสรีกึ่งรัฐสวัสดิการ รัฐบาลจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชน เป็นบริการสาธารณะ และยินยอมให้เอกชน ตลอดจนมูลนิธิจัดบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนด้วย สำหรับบริการเอกชนประชาชนจะมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการโดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานก็ได้ จึงมีการดำเนินธุรกิจการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชน ผลประโยชน์และรายได้นำมาถึงความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย ความไม่เท่าเทียมในด้านฐานะเศรษฐกิจของประชาชนส่งผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเปรียบเทียบความแตกต่างที่เกิดขึ้นในขณะที่เข้ารับบริการ และวิชาชีพที่แพทย์ได้เล่าเรียนมาแต่เดิมเพียงสอนให้มีการรักษาแต่การที่ต้องพบเจอผู้คนหลายแบบผู้ป่วยหลายประเภท การเจรจาหรือการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยหรือแพทย์ด้วยกัน เหล่านี้ไม่มีในหลักสูตรที่ผ่านมาของแพทย์จึงทำให้เกิดความขัดแย้งได้ในการติดต่อสื่อสารกัน ซึ่งทัศนคติที่ไม่ดีดังกล่าวเป็นทัศนคติที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงสัมพันธภาพที่ถดถอยต่อแพทย์ ในขณะที่แพทย์ก็มีการความกดดันต่อวิชาชีพของตน ต่อผู้ป่วยที่คาดหวังต่อแพทย์ที่เป็นคนธรรมดา ความหลากหลายของอุปนิสัยของผู้ป่วย การไม่เข้าใจถึงสิทธิในการรักษาของผู้ป่วย และแพทย์เองก็เป็นกังวลต่อการถูกฟ้องร้องในการรักษา

เออร์เนสต์ อี บอสช์, 2524 (อ้างอิงจากอารมณ์ พลเสน, 2541) ได้ค้นคว้าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการวิจัยในประเทศไทยปี 2513-2514 เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล 4 แห่ง และสถานีอนามัย 1 แห่ง ประกอบด้วยการตรวจ 370 ครั้ง ร่วมกับการสัมภาษณ์กับผู้ป่วย 136 คน เป็นผู้ป่วยในกรุงเทพ 56 คน ผู้ป่วยต่างจังหวัด 80 คน สรุปผลการวิจัยได้ว่า ผู้ป่วยส่วนมากไม่ชอบวิธีการในโรงพยาบาล หรือการปฏิบัติของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ไม่มีความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย แพทย์บางรายคิดค่ารักษาแพง หรือที่เรียกว่า เลี้ยงไข้ ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ให้ยาที่ไม่ได้คุณภาพ ให้กลับมารักษาอีก ส่วนแพทย์ส่วนใหญ่ที่ใจดีแต่มีบ่อยครั้งที่ถูกแพทย์ตำหนิ อารมณ์เสียใส่ ขาดความเข้าใจในตัวผู้ป่วย จุดใหญ่ ที่ผู้ป่วยต้องการพูดคุยกับแพทย์ในขณะที่รักษา คือ ป่วยเป็นโรคอะไร อันตรายหรือไม่ และต้องใช้เวลารักษานานเท่าไร ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากบอกว่าไม่ได้รับคำอธิบายจากแพทย์ และบางครั้งคำอธิบายก็ยากที่ผู้ป่วยจะเข้าใจ ภาษที่พูดคุยกันแพทย์ไม่ได้ดัดแปลงให้เหมาะกับการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จึงพอสรุปได้ว่า ความแตกต่างในเรื่องสถานะทางสังคม ความรู้ และทัศนคติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ภาษาที่ใช้ในการพูดคุย เป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

สุรศักดิ์ เนียมปาน (2545: 111-114) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาอําเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ทำการสุ่มตัวอย่างจากคอมพิวเตอร์ตามทะเบียนผู้ถือบัตรทอง กรณีเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอําเภอบางกรวยจังหวัดนนทบุรี ได้จํานวนตัวอย่าง 631 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทำการเก็บข้อมูลในระหว่าง 1 ธันวาคม 2544 ถึง 31 มกราคม 2545 ผลการศึกษาพบว่า ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมามีการใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 60.3 เฉลี่ย 2.7 ครั้ง/คน และผู้ป่วยใน มีไปใช้บริการร้อยละ 0.48 โดยมีอัตราการนอนเฉลี่ย 1 ครั้ง/คน เหตุผลสําคัญของการเลือกไปใช้สิทธิคือ ใกล้บ้านเดินทางสะดวก และเคยรักษามาก่อน/เป็นคนไข้ประจำ และเหตุผลสําคัญของการเลือกไม่ไปใช้สิทธิคือ ไม่เคยเจ็บป่วย และชื่อยากินเอง/ไปร้านขายยาปัจจุยที่สัมพันธ์กับการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ได้แก่ อาชีพ รายได้ความพึงพอใจในบริการที่เคยได้รับ การรับรู้สิทธิประโยชน์และการได้รับรู้เงื่อนไขการบริการปัจจุยสนับสนุน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง ประสิทธิภาพในการรับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการ ได้แก่ หลักเกณฑ์การใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และความมั่นใจในคุณภาพบริการ ข้อเสนอแนะคือ ควรเลือกสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนของตนเอง และสามารถใช้บริการต่างจังหวัดได้

สุวรรณณ์ แนวจำปา (Suwaporn Naewchampa, 2002: 99 - 105) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนและได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 330 คน ในระหว่างวันที่ 1 ถึง 10 มกราคม 2545 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 62.7 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความสะดวก อธิยาศัย ข้อมูลที่ได้รับ และคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกันร้อยละ 53.6 75.5 73.0 และ 82.7 ตามลำดับ ส่วนด้านการประสานบริการพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ การรับรู้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีป้ายแสดงหรือชี้แจงขั้นตอนในการรับบริการ ระยะเวลารอแพทย์ตรวจ ระยะเวลารอรับยา และพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มยุรี คชนาม (2536: 70-84) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการสัมภาษณ์ประชาชนในชนบทซึ่งเป็นหัวหน้า หรือภรรยาหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 400 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนี้ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยเรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อยได้ ดังนี้ คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการระยะทางจากบ้านถึงสถานอนามัย รายได้ของครอบครัว ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา เพศ การรับรู้ต่อการบริหารจัดการการให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยจำเป็น

เอี่ยมเดือน แก้วสว่าง (2546: 75) ศึกษาการประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่ดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดนนทบุรี ที่ดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ และการศึกษา เป็นตัวแปรที่มีผลกระทบต่อประเมินคุณภาพบริการ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังสูงกว่าบริการที่ได้รับ รวมทั้งความคาดหวังและบริการที่ได้รับจริงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการในระดับค่อนข้างต่ำ และบริการที่ได้รับจริงมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการในระดับสูงหรือสูงยิ่งเมื่อหาค่าผลต่างระหว่างความคาดหวังกับการบริการที่ได้รับจริง พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางลบหรือเชิงผกผันกับการประเมินคุณภาพบริการ

โยชิน แสวงดีและคณะ (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและทุกข์ของประชาชนเชิงปริมาณ เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขพบว่า สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ลักษณะงานที่ให้บริการ ระบบการบริหารจัดการสิทธิบัตรต่างๆ ในการรับบริการ มีผลต่อความทุกข์ของผู้ป่วย ส่วนเชิงคุณภาพ พบว่าการสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วย ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์มีผลที่นำไปสู่ความทุกข์ของผู้รับบริการ สถานื่อนามัยพบว่ามียาไม่ครบ บุคลากรหุดมีผลต่อความทุกข์อุปทานยา (Supply) ซึ่งควรต้องแก้ไข สำหรับโรงพยาบาลเอกชน พบว่าราคาเป็นตัวกำหนดคุณภาพการให้บริการ ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์กังวลใจจะถูกต่อลงเอาเปรียบ ส่วนการให้บริการโรงพยาบาลรัฐบาลต้องเสียเวลานาน ซึ่งก่อความทุกข์ในการรอโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลรัฐบาลจะใช้สิทธิประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งก็ยังมีความทุกข์กังวลเรื่องคุณภาพของยา วิตกว่าจะบริการไม่ดีสถานที่ของโรงพยาบาลรัฐบาลจะแออัด ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับปัญหาสร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขที่เห็นได้ชัดคือ สถานื่อนามัยที่ไม่มีผู้ให้บริการ เกี่ยวกับเรื่องเวรยาม ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยต้องสะดวกใกล้บ้านมีเครื่องมือพร้อมในการรักษา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นการศึกษากระบวนการการเปลี่ยนแปลงชุดความรู้ความเชื่อที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจัยด้านความสัมพันธ์ไม่เพียงเป็นแค่เรื่องของปัจเจกต่อปัจเจกเท่านั้น ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายงานได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย ผ่านระบบประกันสุขภาพ และเรื่องของความพึงพอใจสถานพยาบาลหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องนำหลากหลายแนวคิดมาร่วมอธิบายรูปแบบของความสัมพันธ์ที่ป็นเรื่องละเอียดอ่อนจำเป็นจะต้องศึกษาประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ความเชื่อ รวมถึงวาทกรรมของคนในสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย บางคนมองว่าเป็นเรื่องของอำนาจที่มาจากบุคคล และบางงานวิจัยมองเป็นเรื่องระบบที่มีผลต่อความสัมพันธ์ ความซับซ้อนเหล่านี้ก็วิจัยเห็นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่นำมาพิสูจน์เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย กรอบการวิจัยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นสวัสดิการพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับและมีบริการผ่านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมากที่สุด ข้อมูลที่ได้รับคาดว่าจะครอบคลุม และสามารถตอบโจทย์เรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในปัจจุบัน รูปแบบที่เกิดขึ้นและการเป็นพลวัตของความสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) เนื่องด้วยเป็นการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่ต้องอธิบายความรู้สึกนึกคิด ค่านิยมของบุคคล ภายใต้กระบวนการของสังคมในปัจจุบัน ผู้วิจัยต้องสะท้อนให้เห็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น สิ่งที่ยังคงอยู่และเปลี่ยนไปจากอดีตโดยมีลำดับขั้นตอนวิธีการศึกษาดังนี้

1. ศึกษาข้อมูล และค้นคว้าศึกษา วิเคราะห์เอกสารต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสารวิชาการ บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา
2. ศึกษาจากข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และทำการจดบันทึกข้อมูล (Field note) นำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
3. ศึกษาจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary data) ประเภท วารสาร รายงาน บทความทางวิชาการ สื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้น

3.2.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) และการอธิบายสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยข้อมูลที่ได้พบในภาคสนามโดยกำหนดช่วงเวลาให้ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ถูกสัมภาษณ์เหมาะสมในการให้ข้อมูล โดยจะติดตามสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเป็นระยะเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ สอบถามรายละเอียดในการเข้ารับการรักษา การพูดคุย ทศนคติที่มีต่อแพทย์ ความรู้สึกและความพึงพอใจ การสัมภาษณ์ดังกล่าวครอบคลุมประสบการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบัน ส่วนการหาข้อมูลของแพทย์จะเป็นการสัมภาษณ์เพื่อ สอบถาม

ความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย และการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยในแบบต่าง ๆ

3.2.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแพทย์ กระบวนการในการรักษาของแพทย์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ที่มาของรูปแบบความสัมพันธ์ในแบบต่าง ๆ ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในภาคสนามสามารถนำมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพของบุคคลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น โดยผู้ศึกษาสามารถรับรู้ได้จากสิ่งที่ได้พบและนำมาวิเคราะห์ด้วยการพรรณนาความให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น โดยการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- การสังเกตสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเกี่ยวกับลักษณะทางสังคม บ้านพักอาศัยสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย การสังเกตสมาชิก
- การสังเกตบุคคล เป็นการสังเกตลักษณะของบุคคล เช่น ส่วนสูง เสื้อผ้า ใบหน้า ทรงผม
- การสังเกตพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด เช่น น้ำเสียง ลักษณะนิสัย กิจวัตรประจำวัน

3.3 การเลือกตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้ระบบการรักษาพยาบาลด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจำเพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องด้วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องมีการนัดเพื่อดูอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และด้วยอาการของโรคเรื้อรังชนิดนี้ไม่ใช่โรคที่มีความรุนแรงแบบเฉียบพลันการให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยจะยังคงมีสติ สัมผัสัญญะ สภาวะอารมณ์ที่เอื้อในการให้ข้อมูลมากกว่าโรคอื่น จึงเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้จะมีการจำแนกพื้นที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อเสาะหารูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเขตเมืองและเขตชนบท ดังนี้

- แพทย์ 1 ราย กับผู้ป่วยที่แพทย์ดูแล 3 รายในเขตเมือง
- แพทย์ 1 รายกับผู้ป่วย 3 รายที่แพทย์ดูแลในเขตชนบท

การกำหนดพื้นที่เขตเมืองหมายถึงพื้นที่ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ส่วนพื้นที่ชนบทในงานวิจัยนี้ศึกษากับจังหวัดในภาคกลาง 1 จังหวัด

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเกต การสรุปความแบบอุปนัย โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยแยกวิเคราะห์ในส่วนของผู้ป่วยที่ติดต่อแพทย์ และแพทย์มองผู้ป่วย จากนั้นจะอาศัยแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาทิ ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ของพาร์สัน แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และทฤษฎีเชิงอำนาจของฟูโกมาวิเคราะห์ และการอธิบายบทสัมภาษณ์ให้เห็นภาพด้วยทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เป็นเครื่องมือในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมกับพิจารณาความสอดคล้องของผลการศึกษาที่ได้กับผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมา

การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการนำข้อมูลมาพรรณนาหาสาระสำคัญเพื่อนำมาวิเคราะห์ในเชิงทฤษฎีที่เรียกว่า วิธีอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (analytic induction) โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ หลังจากนั้นข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบวิเคราะห์ว่าข้อมูลที่ได้มาเพียงพอที่จะสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ครบถ้วนหรือไม่ และเมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้วจะมีการนำข้อมูลมาจัดจำแนกกลุ่ม ประเภทของข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับอาจจะมีการค้นพบแบบใหม่เพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ศึกษานำข้อมูลความรู้ที่ได้มาเผยแพร่เป็นความรู้ใหม่ มองเห็นภาพความเป็นพลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

3.5 การเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเก็บข้อมูลแพทย์และผู้ป่วยเพื่อนำมาวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากกำหนดกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทย์และสถานพยาบาลเดียวกันก่อน ส่วนแพทย์จะเป็นผู้ถูกระบุจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่เคยรักษากันมาก่อน

- ข้อมูลภาคสนามของผู้ป่วย

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและรักษาภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร 3 ราย ที่รักษาในสถานพยาบาลเดียวกันด้วยสิทธิการรักษาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเคยรู้จักกับผู้ศึกษามาก่อน เพราะอยู่ในระแวกบ้านเดิมของผู้ศึกษาส่วนผู้ป่วยต่างจังหวัด 3 ราย ที่รักษาในสถานพยาบาลเดียวกันด้วยสิทธิการรักษาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาได้รับการแนะนำจากญาติในการเข้าเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการนัดสัมภาษณ์ทั้งที่สถานพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นภาพของกระบวนการในการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเองรวมถึงข้อมูลทางกายภาพ ทางด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาอธิบายความให้เห็นภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัดผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้พักแรมร่วมกับผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการเดินทางและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโดยได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วยเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่สัมภาษณ์จะเป็นผู้สูงอายุไม่ได้มีภาระในการทำงานมากนักจึงมีเวลาพูดคุยและให้ข้อมูลกับนักศึกษา

- ข้อมูลภาคสนามของแพทย์

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การขออนุมัติจากสถานพยาบาลในการขอเก็บข้อมูลจากแพทย์ ผู้วิจัยจะต้องได้รับการอนุมัติจากสถานพยาบาลก่อนจึงจะเก็บข้อมูลได้ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือนในการขออนุมัติ

ขั้นตอนที่ 2 การนัดสัมภาษณ์แพทย์ที่สถานพยาบาล รวมถึงการเข้าสังเกตกิจกรรมเพื่อผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล บรรยากาศและจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษา ซึ่งเวลาในการพูดคุยแต่ละครั้งมีอย่างจำกัดด้วยภาระหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่รออยู่

3.6 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์และพฤติกรรมของบุคคล จะมีข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ความพึงพอใจต่อบุคคลอื่นหรือการแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจอย่างวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาพิจารณาผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการสิ่งที่ควรกระทำเพื่อประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูล โดยการรักษาไว้ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล อันอาจจะเป็นผลกระทบทางลบให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

3.6.1 การติดต่อกับผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้อธิบายถึงจุดประสงค์ในการขอสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อความสบายใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ได้บีบบังคับ การนัดสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยอาจพบกันที่บ้านหรือพบกันที่สถานพยาบาล ซึ่งมีลำดับในการดำเนินการดังนี้

- ผู้ศึกษาแจ้งชื่อเรื่องในการทำวิทยานิพนธ์ วัตถุประสงค์ ในการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการสัมภาษณ์
- ผู้ศึกษาแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะไม่เปิดเผยชื่อจริง นามสกุลจริงอย่างเด็ดขาด
- การนัดสัมภาษณ์จะได้รับการยินยอมและเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

- ผู้ศึกษาแจ้งให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะมีการจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนา โดยแสดงอุปกรณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างให้เห็นอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงทำการบันทึกเสียง

3.6.2 การติดต่อกับแพทย์

ผู้ศึกษาได้รับอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลกับสถานพยาบาลแล้วเมื่อได้พบกับแพทย์ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้กับแพทย์ได้ทราบก่อน เพื่อความสะดวกและสบายใจในการให้ข้อมูลซึ่งมีลำดับการดำเนินการดังนี้

- ผู้ศึกษาแจ้งชื่อเรื่องในการทำวิทยานิพนธ์ วัตถุประสงค์ ในการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการสัมภาษณ์
- ผู้ศึกษาแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะไม่เปิดเผยชื่อจริง นามสกุลจริงอย่างเด็ดขาด
- การนัดสัมภาษณ์จะได้รับการยินยอมและเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก สำหรับแพทย์จะนัดที่สถานพยาบาล
- ผู้ศึกษาแจ้งให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะมีการจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนา โดยแสดงอุปกรณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างให้เห็นอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงทำการบันทึกเสียง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลแพทย์ผู้รักษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพฯ กับผู้ป่วยที่แพทย์รักษาอยู่ 3 ราย และแพทย์ต่างจังหวัดกับผู้ป่วยที่แพทย์รักษาอยู่ 3 ราย ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อสามารถเข้าถึง ทรรศนคติ ความคิดเห็นของแพทย์และผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงนำเสนอเรื่องราวข้อมูลพื้นฐานของแต่ละคนดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลผู้ป่วย

ประกอบด้วยผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 รายและผู้ป่วยต่างจังหวัด 3 ราย ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน
- 3) การดูแลตนเอง

4.2 ข้อมูลแพทย์

ประกอบด้วยแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 รายและแพทย์ต่างจังหวัด 1 ราย ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ประวัติการทำงาน

4.1 ข้อมูลผู้ป่วย

การศึกษาในครั้งนี้ได้แบ่งเขตการศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในพื้นที่ต่างจังหวัดกับเขตกรุงเทพมหานครเนื่องจากต้องการศึกษากระบวนการของการเกิดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ภายใต้ข้อมูลพื้นฐานของผู้คนที่แตกต่างกัน ในเรื่องวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ ระหว่างเขตกรุงเทพฯกับเขตต่างจังหวัด การจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพฯและเขตต่างจังหวัดที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผู้ศึกษาต้องนำประเด็นที่ได้กล่าวไว้มาทำการวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน

1. ป้าฉวี

• ข้อมูลส่วนบุคคล

ป้าฉวี (นามสมมุติ) หญิงวัย 54 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สมรสแล้วและแยกทางกัน ป้าฉวีมีลูกสาวทั้งหมด 4 คนซึ่งทุกคนมีอายุอยู่ในวัยทำงานจึงไม่ได้กลับบ้านมาอยู่กับป้าฉวี มีแค่เพียงหลานชาย 3 คน ซึ่งอยู่ในวัยประถมอาศัยอยู่กับป้าฉวี

อุปนิสัยของป้าฉวี ชอบความสนุกสนานเฮฮา เป็นคนตลก พุดจาโผงผางตรงไปตรงมา รุปร่างที่ผอมบางจึงทำให้ดูเป็นคนที่คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง แต่ปัจจุบันโรคเบาหวานได้ทำให้ป้าฉวีกลายเป็นคนตาบอด ผันอาชีพจากเกษตรกรเลี้ยงหมูมาประกอบอาชีพเป็นหมอนวดแผนโบราณให้กับเกษตรกรระแวกบ้าน

โรคเบาหวานได้ทำให้ชีวิตป้าฉวีเปลี่ยนแปลงไปทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเกิดปัญหาครอบครัวที่สามีของป้าฉวีขอแยกทางเพราะไม่ต้องการอยู่กับคนตาบอด

“ตอนนั้นไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานพอดูดลูกแล้ว ก็ไม่สนใจไปรักษา จนมันสูงแล้วลงตา ทำให้จอประสาทตาแตก ต้องใช้เงินรักษาก็มาก ลูกเสียเงินเป็นแสน ต่อมาตาที่บอดข้างหนึ่ง ส่วนอีกข้างเห็นลาง ๆ แพนก็ทิ้งไปมีเมียใหม่ เมื่อก่อนแพนป้าเค้าเป็นโรคเส้นยึดหลังงอ เกือบขนานกับพื้นเลยนะ แล้วลูกเขาพาไปรักษาพาไปนวด แล้วเขาก็หาย พออาการหายเขาก็กลับไปอยู่ที่บ้านเขาแล้ว (ป้าหยุดพูด).....ก็ไปมีเมียใหม่ ก็เหลือแต่เราแม่ลูก... (น้ำตาไหล).....ตาบอด เงินก็ไม่มี แพนก็ทิ้ง ป้าไม่คิดจะอยู่....อยู่ไปทำไมอีกแล้วไม่มีกำลังใจแล้ว (หยุดนิ่ง) ตอนนั้นลูกส่งสตางค์มาแล้วแพนเป็นคนกินเหล้าลูกก็ไม่ให้พ่อก็ให้แม่เก็บแทน จะซื้ออะไรลูกสาวคนเล็กก็จะไปซื้อแล้วมามากับข้าว เขาหาว่า “มึงบอด มึงยังอวดฉลาด เก็บเงินเองอีก” เขาพูดอีกว่า “กูทิ้งมึงไป มึงจะรู้สึก กูไม่อยู่กับมึงหรอก ถ้าอยู่กับมึงก็ตกรอกทั้งเป็นก็เป็นขี้ขำมึงยันตาย” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

แต่สิ่งยึดเหนี่ยวสุดท้ายที่เป็นกำลังใจให้ป้าจวีต่อสู้ต่อไปคือลูกสาวคนที่ 4 และหลานที่คอยเป็นกำลังใจให้กับป้าจวี

“ลูกสาวคนเล็กพูดกับป้าว่า “หนูรักแม่นะ ถ้าแม่เป็นอะไรไปแล้วหนูจะอยู่อย่างไร” ป้าก็เลยคิดนะ...เออ ลูกมันยังรักเรา แล้วเราตายมันจะอยู่ยังไง ลูกคนเล็กมันดีกตัญญู ตั้งแต่เด็กแล้ว ชัก ๒.๐ มันก็ไปอาสาเป็นทางเครื่องตัวมันเล็ก มันยังเด็กด้วย นมยังไม่ขึ้นก็เอาถุงทำยัดนม ใส่รองทำให้สูง จะได้ดูทันคนอื่นเขา.... (ปาดน้ำตา) เงินได้มาก็มาให้แม่”

(จวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

ทุกวันนี้ป้าจวีสามารถต่อสู้กับมรสุมชีวิตที่เกิดขึ้นแม้ว่าสุขภาพร่างกายจะไม่เหมือนเดิม ต้องกลายเป็นคนตาบอดแต่กำลังใจจากลูกหลานกลับกลายเป็นสิ่งสำคัญกว่า เป็นกำลังใจให้ป้าจวีลุกขึ้นสู้ต่อไป

- ประวัติการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

จุดเริ่มต้นของการเป็นโรคเบาหวานของป้าจวีเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว ขณะที่ตั้งครรภ์ลูกสาวคนที่ 4 ป้าจวีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในวัย 34 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงถึง 300 แพทย์บอกว่าถ้าการตั้งครรภ์ยังดำเนินต่อไปจะเป็นอันตรายต่อลูกในท้องแต่ป้าจวีตัดสินใจเลือกที่จะให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดโดยกล่าวกับหมอว่า

“ฉันตัดสินใจแล้วสงสารลูกทำลูกไม่ลง ถ้าโชคดียิ่งขอให้เด็กดีมีครบ 32 แต่ถ้าโชคร้ายออกมาพิกลพิการ ฉันก็จะก้มหน้ารับกรรมรับเลี้ยงต่อไป” (จวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

เมื่อครบกำหนดคลอดก็ถือว่าเป็น โชคของป้าจวีที่ลูกสาวออกมาเป็นปกติดี แต่ตัวป้าจวีไม่ได้ตรวจสุขภาพหลังคลอดและใช้ชีวิตตามปกติมาอีก 3-4 ปี และการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเบาหวานลุกลามได้ง่ายให้กับป้าจวี

“เมื่อก่อนนะของโปรดป้า ก็พวกหมูมัน ๆ ของทอดนี่ชอบมาก ทองหยอดกินเป็นถาด ๆ ได้เลยไม่คิดอะไร (หัวเราะ) เราก็กินว่าพอกลอดลูกแล้วก็จะหายไป ตอนพี่เขยตาย สวดตั้ง 4 คืน เราก็กิน M (M150) กินโค้ก ข้าวไม่ได้กิน ก็กินแต่พวกนี้ กินช่วงงานเท่านั้นแหละ ช่วงงานก็ไม่กินข้าวเลยกินแต่พวกนี้ตลอดพอเผาเสร็จเราก็นั่งไม่อยู่เหมือนเราโยกตัว โคลงไป

โคลงมา (ป่าทำตัวโยก) ก็เลยคิดว่าเราเป็นอะไรวะ หรือว่าเรากำลังจะเป็นลม เราก็คิดว่าเป็นลมมากกว่า ก็เลยตัดสินใจไปโรงพยาบาลคนเดียว เขาก็ตรวจเบาหวานสูง 500”
(ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

โรคเบาหวานลุกลามทำให้มีอาการเกี่ยวกับตาพร่ามัวและไม่ได้ไปรักษาจนกระทั่งจอประสาทตาขาวแตกเพราะเบาหวานขึ้นตา เป็นจุดที่พลิกผันครั้งใหญ่ในชีวิตที่ต้องกลายเป็นคนตาบอด

“มันขึ้นตาแล้วก็เข้าจอประสาทตา เริ่มเป็นตั้งแต่ท้องลูกคนเล็กเราก็เป็นเบาหวานด้วยแต่ก็ไม่คิดว่าจะเป็นอะไรนะ ก็ไม่ค่อยเข้าใจด้วยตอนนั้นป่าคลอดลูก พอไปโรงพยาบาลเสียตังค์เราก็ไม่ค่อยอยากจะไป อีก(หัวเราะ) พอคลอดลูกได้ซัก 2-3ปีก็กลับมาอยู่ที่นี่ เขาก็มีใบให้ไปติดต่อที่โรงพยาบาลตอนนั้นเอกสารส่งไปที่บ้านเก่า แต่ป่ามาอยู่ที่นี่แล้ว ก็เลยไม่มีใครมาบอกเรา ก็ไม่ได้ไป เขาบอกให้ป่าไปตรวจร่างกาย ในช่วง 3-4 ปีตอนนั้นน้ำตาลก็ขึ้นมาก นั่งไม่อยู่เลย ตอนนั้นมีอาการนั่งไม่อยู่เลยมันโยก นั่งแล้วก็โยกเลยแหละ ตอนนั้นน้ำตาลสูงถึง 400-500 เลยไปโรงพยาบาลที่ไปอยู่ตอนนี้เขายังว่าเลยโอ้โหป่าอยู่ได้ยังไงเนี่ย” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

เมื่อโรคลุกลามจนกระทั่งจอประสาทตามีปัญหา โรงพยาบาลประจำจังหวัดไม่มีเครื่องมือเพียงพอที่จะรักษาอาการเกี่ยวกับตาของป่าฉวีได้ จึงส่งตัวป่าฉวีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ให้ดูแลทั้งส่วนที่เป็นเบาหวานและดวงตา

“ตอนนั้นยังไม่มีบัตรทองเลย เสียไปเป็นแสน ลูก ๆ เป็นหนี้เป็นสิน เพราะรักษาป่าเนี่ยแหละ ตอนนั้นไปศิริราช ตาป่าก็มองเห็นทุกอย่างเป็นสิ่งวิเศษหมดเลย ฝ้ายบ้านเอียง หน้าต่างก็เอง หมอเขามันเป็นเคส เร่งด่วนให้ผ่าตัดเลย ผ่าไปหลายรอบอยู่โรงพยาบาลก็เป็นปีเลยนะ” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

การรักษาดำเนินยาวนานเป็นปี จนกระทั่งป่าฉวีสนิทสนมกับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่นอนรักษาตัวทำให้ป่าฉวีรู้สึกกับทุกคนเสมือนเป็นญาติกันจนถึงกับมีการตั้งฉายาให้ป่าฉวีว่า “ปรีศนา” เพราะผ่าตัดหลายครั้งไม่ประสบความสำเร็จที่จะทำให้อุปสรรคตาซิดกัน

“เขาไม่ได้รังเกียจอะไรเรานะ เขาคิดเราเหมือนเป็นญาติเขาเลย เช็ดตัวเอาใจใส่ ขนาดที่นั่น คนไข้เยอะเขาก็เอาใจใส่ดูแลดีมาก ที่นั่นเขาเรียกฉายาป้าว่า “ป้าปริศนา” เพราะผ่าเท้าไหว จอประสาทตาก็ไม่ติดช้กที่ เขาแซวป้าว่าให้ย้ายสำมะโนครัวมาอยู่ที่ศิริราชเลยจะดีกว่า ไม่ต้องกลับบ้านแล้ว” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

ภายหลังที่ป้าฉวีออกจากโรงพยาบาลก็ยังคงนัดเข้าไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราชอีกเป็นระยะ ๆ แต่ด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษากับค่าเดินทางไปกลับทำให้ป้าฉวีไม่มีเงินพอที่จะเดินทางมารักษาจึงขาดความต่อเนื่องในการรักษา

“ตอนนั้นยังไม่มีบัตรทอง ป้าต้องจ่ายตังค์เองตลอด พอตอนหลังก็เข้าหาสงเคราะห์ เราเริ่มแยแล้วไม่มีเงินแล้ว สงเคราะห์เขามีอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช นั่นแหละ มีคนเขาแนะนำให้ เพราะเขาก็ไปเข้าหาสงเคราะห์เหมือนกัน ถึงเสียเราก็เสียน้อย ก็ยิงเลเซอร์อยู่หลายเที่ยว ไปตรวจไปอะไรก็...พอผ่ากลับมาก็ผ่าได้ข้างเดียว นอนโรงพยาบาล 1 ปีเต็ม ๆ เลย กลับมาที่นี่ เขาก็ครึ่งเดือนนัดไปตรวจที่ เราไปที่ 2000 ถึง 2000 กว่าอะไรนี่ก็รวมค่ารถแล้ว หมอเขาว่าตาเราริมจะฝ่อ จริงแล้วเขาก็ไม่ได้ให้หยุดตรวจหรอกนะ แต่ไปไม่ไหว สู้ค่าใช้จ่ายไม่ได้ ไม่มีคนพาไป เราไม่ค่อยมีตังค์ ไปไหนต้องเสียค่ารถ ค่ายา เพราะหมอเขาก็ไม่ได้ให้ทำใบส่งตัวไปไหนแล้วป้าเองก็ไม่ว่าต้องติดต่อกับใครด้วยเรื่องการส่งตัว ไม่เห็นมีใครแนะนำ” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

ด้วยวิถีชีวิตแบบชาวบ้านขาดความรู้และผู้แนะนำในการติดต่อเรื่องระบบสวัสดิการในการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รอไม่ได้ความพยายามของผู้ป่วยที่จะประสานต่อระหว่างโรงพยาบาลในการรักษา สวัสดิการสงเคราะห์กรณีผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ขาดผู้แนะนำ รวมถึงการขาดเครื่องมือในการรักษาพยาบาลอย่างครบวงจร เหล่านี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ป้าฉวีประสบกับปัญหาโรคกระดูกามจนกระทั่งตาบอด โดยมีผู้แนะนำให้ป้าฉวีฟุ้งร้องแพทย์ที่ไม่ดูแลให้คำแนะนำเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองไม่ให้โรคกระดูกและ การรักษาตาให้หายไม่ได้ แต่ป้าฉวีไม่คิดที่จะทำเช่นนั้นเพราะด้วยความรู้สึกผูกพันกับแพทย์โดยกล่าวว่า

“อย่างไปโรงพยาบาลเนี่ย เขาก็บอกอย่างพวกที่มีกะตังค์ เขาก็จะบอก เขารู้สังคมเก่ง พวกหัวหมอ เขาบอกให้ทำ แต่ป้าว่าถ้าเราทำแบบนี้ ต่อไปถ้าคนที่เป็นอย่างไรไปถึงขั้นอาจจะหนักไปหน่อย หมอก็จะไม่กล้ารักษาแล้ว เพราะอะอะอะไรก็จะฟ้องจะฟ้อง อย่างเดียว คนอื่นเขาก็หาว่าป้าโง่ ป้าก็คิดว่าป้าไม่ได้โง่แต่คือเราไม่ยอมทำร้ายใคร เพราะ 1. เขาเสียชื่อ 2.

เขาเสียเงิน เราก็คิดว่าเป็นกรรมเก่าของเรา เขาก็พูดกันอยู่เรื่อย ๆ เลยว่ายายคนเนี่ยะ โง่!!! ยายอีกคนนึงเขาก็คุยกับป้าว่า ยายคนนั้นเขาบอกว่าแกโง่งนะ (หัวเราะ) เรายอมโง่ก็ได้ ถึงเราจะพ่องไปแล้ว ตาเราก็คงไม่ได้ดีขึ้น ถ้าเกิดเราไปให้หมอช่วย เขาก็ต้องมีประวัติแล้ว หมอเขาก็เรียกป้าว่า “ป้าปริศนา” ก็ไปรักษาเป็นปีไม่หายซักที หมอเขาดี มากที่นั่น ป้าจำได้ ยังจำชื่อหมอได้เลย ป้าจำนามสกุลเขาไม่ได้ เขาคือกลางค่ากลางคืน ก็เคยมาดูป้า พยาบาลก็มาดูแล มาตรวจ เราเป็นของเราเองแหละเขาเป็นอย่างนี้จะทำเขาลงยังงี้”

(ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

ภายหลังเมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าป้าฉวี จึงไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชแล้ว ซึ่งป้าฉวีกล่าวถึงโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็น โครงการที่ดีต่อประชาชนที่รายได้น้อยอย่างป้าฉวี และสามารถสร้างภาพรวมในแง่ที่ดีกว่าสมัยก่อนทั้งเรื่องของระบบการให้บริการและการบริการของแพทย์ที่ดี และป้าฉวีเชื่อว่าแพทย์จะพูดดีหรือไม่ดีกับผู้ป่วย นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยของตัวบุคคลมากกว่าโครงสร้างของระบบทางการแพทย์

“บัตรทองเขาไม่ต้องเสียตังค์ เราไม่เคยนอนที่โรงพยาบาลที่มีบัตรทองเราก็ไม่รู้นะว่าเขาดีแค่ไหน มาที่ไรก็แค่รอรับยาอย่างเดียว กินแค่น้ำยาหวาน ถ้าเราขอยาตัวไหนเพิ่มเขาก็ให้การพูดจาหมอสมนี่ดีกว่าเยอะ พูดจาดี เราไปก็ต้อนรับดี จริงแล้วหมอก็ แล้วแต่บางคน บางคนก็พูดดี บางคนก็พูดไม่ดีขึ้นอยู่กับนิสัยของบางคนนั่นแหละ (ฉวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

พฤติกรรมชอบรับประทานอาหารหวาน ๆ มัน ๆ ของป้าฉวีส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ง่ายกว่าปกติ โดยเฉพาะเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์โอกาสจะเป็นโรคเบาหวานต่อมาในอนาคตเป็นไปได้สูงเมื่อเป็นแล้วควรที่จะได้รับการดูแลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคไม่ให้โรคลุกลาม สถานการณ์ทางเศรษฐกิจในครอบครัวของป้าฉวีที่ยังต้องการการพึ่งพาระบบสวัสดิการของรัฐช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อโรคเบาหวานลุกลามยิ่งควรต้องรีบเร่งในการรักษาในขณะที่ความพร้อมของโรงพยาบาลก็ไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ จากผู้ป่วยในต่างจังหวัดต้องเดินทางมารักษาในกรุงเทพซึ่งต้องเดินทางมาเดือนละ 2 ครั้งจึงไม่สะดวกทั้งการเดินทางและค่าใช้จ่าย โอกาสในการรักษาตาของป้าฉวีจึงลดน้อยและหยุดลง ต่อเมื่อภายหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใต้ระบบสวัสดิการของรัฐบาลจึงทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อีกครั้ง

- การดูแลตนเอง

ปัจจุบันค่าของระดับน้ำตาลในเลือดของป้าจวีเฉลี่ยอยู่ประมาณ 170-240 ขึ้นอยู่กับแต่ละเดือนสามารถคุมน้ำตาลได้ดีมากน้อยเพียงใด ป้าจวีกล่าวโทษตัวเองที่ไม่ใส่ใจในสุขภาพและดำเนินแพทย์ที่ไม่แนะนำว่าถ้าไม่ดูแลตนเองแล้วจะส่งผลให้เบาหวานลงตาได้

“ที่ป้าไม่หายเป็นเพราะกรรมของเราที่เราไปหาตอนที่มันสายเกินไปแล้ว เป็นเพราะตัวเราเองด้วยที่ไม่สนใจดูแลตัวเองไม่ยอมโทษใคร แต่ก็อาจจะเกี่ยวกับหมอนี่ด้วยไม่บอกว่าถ้าไม่ไปหาจะตาเสีย จะถึงกับตาบอดเขาไม่ได้แนะนำป้าก็ไม่รู้หรอก” (จวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าจวีโชคดีที่มีผู้ช่วยเหลือ คือหลานในวัยประถม 3 คน โดยหลานช่วยเหลืองานบ้านให้กับป้าจวี ในการหุงหาอาหารให้กับป้าจวีในช่วงเช้าก่อนไปโรงเรียน กลับจากโรงเรียนก็จะเตรียมอาหารเย็น รวมถึงซักผ้ารีดผ้ากวาดบ้านด้วย

“เมื่อเช้าหลานก็ทำกุนเชียงทอดให้ ไอ้ของพวกนี้ไม่ค่อยเจริญอาหารหรอก เลี่ยน ๆ กินข้าวไปแค่ 3 ช้อนเท่านั้นเองวันนี้ บางวันเบื่อก ๆ ก็กินข้าวจานน้ำเปล่า ๆ บางที่หลานก็เจียวไข่ ทอดไส้กรอก อะไรพวกนี้กินตอนเช้า และให้ป้ากินด้วย ถ้าเหลือถึงกลางวันป้าก็กิน ส่วนตอนเย็นหลานกลับมาก็ให้มันตำน้ำพริกให้กิน ป้าก็คอยบอกให้พวกเขาทำ อย่างตำน้ำพริกก็บอก เขาเอากระเทียมซีก 3-4 กลีบ พริกซีก 4-5 เม็ด น้ำตาลนิด กะปิหน่อย มะนาวด้วย เราก็คอยเอามือคลำ ๆ กะปิ แล้วก็บอกว่าเท่านั้นละ หลานก็ใส่ไปแล้วก็ตำ ตอนแรกไม่อร่อย แต่เดี๋ยวนี้อร่อยแล้ว ผักก็กินผักกริมรั้ว มีกระถิน มะเขือ ผักบุ้ง ก็เอามากิน หลานมันก็บอกนะว่า แม่ใหญ่ฟันไม่ดีแล้วก็เอาผักไปต้มจะได้กินง่าย ๆ แล้วหลานก็ไปหาปลาในแม่บ่อน้ำมาก็เอามาทอดกิน แค่นี้ก็อร่อยแล้ว” (จวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

ปัจจุบันป้าจวีเข้าใจวิธีการในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นจากการไปโรงพยาบาลมีคลินิกโรคเบาหวานให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ทั้งเรื่องการรับประทานอาหารควรต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชอบรับประทานของหวานให้น้อยลง การออกกำลังกาย และการใช้ยา

“ป้าก็เคยไปฟังคำสอนการออกกำลังกายข้างเข้านี้เขามีพยาบาลมาสอน อาหารการกินก็ควรจะกินของที่มีประโยชน์ไม่ควรกินพวกหวาน ๆ มัน ๆ อย่างทุเรียนป้าก็ชอบนะแต่ป้าก็อดดีกว่าเดี๋ยวจะไม่ดีแล้วมันก็แพงด้วยเลยไม่ได้ซื้อกิน เมื่อก่อนจะอดกินพวกทองหยอดไม่ค่อยได้มันหวานอร่อยป้าชอบ(หัวเราะ)ตัวหมอนี่ก็สอนป้าด้วยว่าให้ดูแลตัวเองเพราะ

คนเราก็เหมือนเครื่องจักรนั่นแหละร่างกายเสื่อมสภาพต้องการมีการซ่อมบำรุงดูแลรักษา ให้ดี จะได้ใช้ได้นาน ๆ (หัวเราะ) เขาก็ไม่อยากให้เราเป็นอะไรไปหรอกเลยบอกให้เราดูแลตัวเอง” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

เป้าหมายของการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเรื่องของพฤติกรรมภารกิจที่ชอบกินของหวาน ๆ มัน ๆ และอีกส่วนหนึ่งคือขาดการแนะนำในการดูแลตนเองจากแพทย์ จนเบาหวานขึ้นตา ด้วยระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลในสมัยก่อนยังไม่ครอบคลุมความโอกาสในการรักษาให้กับประชาชน ทำให้กรณีของป้าฉวีซึ่งเป็นผู้มีรายได้น้อยขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาลเองรวมถึงสถานที่ในการรักษาผู้ป่วยจากภูมิภาคต้องเดินทางเข้ามาสู่ส่วนกลางในกรุงเทพมหานคร การนัดเพื่อตรวจอาการในครั้งต่อไปต้องเดินทางเข้าสู่ส่วนกลางเช่นกันทำให้เกิดความไม่สะดวกรวมถึงค่าใช้จ่ายที่สูงสำหรับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายเช่นกรณีป้าฉวีไม่สามารถเข้ามารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ภายหลังที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษากับโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน ค่ารักษาพยาบาลเกือบทั้งหมดรัฐบาลเป็นผู้ดูแลให้กับผู้ป่วย มีการสร้างมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์จึงทำให้เกิดความคาดหวังของผู้ป่วยถึงมาตรฐานการดังกล่าวเกิดขึ้นตามมาด้วย เช่นกรณีป้าฉวีกล่าวถึงแพทย์สมัยนี้พูดกับผู้ป่วยดีกว่าแพทย์ในสมัยก่อนซึ่งป้าฉวีเชื่อว่าลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคลในการแสดงออกต่อผู้อื่นจะมีความแตกต่าง แต่ทั้งนี้จะมีแพทย์ส่วนหนึ่งที่กลัวผู้ป่วยฟ้องร้องถ้าให้บริการทางการแพทย์ไม่ดี หรือพูดไม่ดีกับผู้ป่วย จึงทำให้ในบางครั้งป้าฉวีกลัวที่จะเถียงกับแพทย์เชิงประชดประชัน แต่ถ้าสร้างความสัมพันธ์ให้ความผูกพันแล้วผู้ป่วยก็ไม่อยากร้องเรียนแพทย์เหมือนกัน การเจ็บป่วยที่เป็นในความคิดของป้าฉวีเห็นว่าไม่ได้เป็นความบกพร่องในการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียวแต่เป็นเพราะการไม่ใส่ใจดูแลตนเองของป้าฉวีเองตั้งแต่แรกจึงทำให้โรคลุกลามกลายเป็นคนตาบอดในปัจจุบัน

2. ป้าวรรณ

● ข้อมูลส่วนบุคคล

ป้าวรรณ (นามสมมุติ) หญิงอายุ 57 ปี เป็นพี่สาวของป้าฉวีทั้ง 2 คนปลูกบ้านอยู่ใกล้กัน สถานภาพสมรสแล้ว มีลูกสาว 2 คน ปัจจุบันป้าวรรณอาศัยอยู่กับสามีและหลานอีก 2 คน รายได้ของครอบครัวได้จากสามีป้าวรรณทำการรับจ้างปลูกผัก เงินอีกส่วนหนึ่งได้จากลูกสาวส่งมาให้จากการเข้าไปทำงานในตัวกรุงเทพฯ ส่วนป้าวรรณมีหน้าที่ในการเลี้ยงหลานเพียงอย่างเดียว

บุคลิกลักษณะ เป็นคนใจใจน้อย ใจเย็น พูดช้า ๆ เหนื่อย ๆ ยิ้มง่าย รูปร่างของป้าวรรณจะดูสมส่วนไม่อ้วนและไม่ผอมจนเกินไป บางครั้งป้าวรรณยังคงใส่เสื้อเชิ้ตกางเกง 3 ส่วน จึงทำให้ดูว่า

ป้าวรรณใส่ใจตนเองในการแต่งตัว แต่ถ้าได้พูดคุยแล้วป้าวรรณแล้วมักจะบ่น สีหน้ากังวลเกี่ยวกับสุขภาพ

“ร่างกายไม่ค่อยจะแข็งแรงเลยพออายุมากแล้วก็ป็นไอ้หนุ่ม ไอ้เน่เต็มไปหมด ไม่รู้จะอยู่ได้นานแค่ไหนบ้านก็ดูน่าสบาย แต่ป้าเน่ไม่สบาย น่าจะมีความสุขนะเออ ร่างกายไม่ดีก็ไม่สบาย ไม่ปลอดภัยโปร่งนะ” (วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าวรรณเล่าให้ฟังว่าสมัยก่อนป้าเคยเป็นคนที่มีสุขภาพแข็งแรง เป็นผู้หญิงแต่รับจ้างแบกข้าวสารและงานใช้แรงงานอื่น ๆ ได้ ทำให้ไม่ได้คิดและกังวลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาก่อน

“ป้าน้อยใจตัวเองที่ร่างกายไม่แข็งแรง แต่ก่อนป้าแบกข้าวสารทำงานโรงสี ผู้ชายอายุเลยนะ ทำมานานแล้วนะ ตอนเด็กเลี้ยงเป็ด แล้วเดินเรือข้าว หาบข้าวเหมือนกัน พอโตก็ทำงานเลี้ยงแม่ ก็เลยต้องแบกข้าวบ้าง ทำไร่ข้าวโพดแบกข้าวโพด ตอนนี้ร่างกายไม่ค่อยไหวแล้วก็คิดมากทำงานไม่ได้แล้ว” (วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าวรรณเป็นคนคิดมาก ใจน้อยและมีความกังวลเรื่องสุขภาพเรื่องครอบครัวและปัญหาปากท้องจึงทำให้เกิดความเครียดตามมา รายได้ที่ลูกให้มารวมกับรายได้จากสามีของป้าวรรณในบางเดือนไม่พอใช้จ่าย ป้าวรรณเองก็ไม่สามารถจะช่วยงานได้เต็มที่เพราะร่างกายอ่อนแรง

“เดี๋ยวนี้นอนไม่ค่อยหลับนะปัญหาเรื่องการเงินด้วยแหละป้าอยู่แบบนี้ได้เงิน 3000 จากการทำสวนจะพอใช้หรือลูกให้มาก็ไม่มาก ถ้าให้มากเค้าจะเอาอะไรกิน มันคงจะเครียดเดียวเป็นนู่นเป็นนี่ ไม่ค่อยมีแรง นอนไม่ค่อยหลับเท่าไรเลย ตื่นก็ซึก 6 โมงถ้าวันไหนลูกไหวก็ทำกับข้าวให้หลานกินตอนเช้า ถ้าไม่ไหวแฟนเขาก็จะหุงข้าวให้ เราก็ช่วยเด็ก ๆ มันแต่งตัวไปโรงเรียนไม่ค่อยได้ทำอะไรหรอก “บางทีมันก็วูบวาบ ๆ ไม่รู้เป็นโรคหัวใจหรือเปล่า อะไรกระทบใจไม่ได้เลย ป้าก็เป็นคนน้อยใจอยู่แล้ว ยิ่งตอนนี้หลานก็ชนว่ามันก็ไม่ค่อยเชื่อ เสียงดัง บางทีอารมณ์ขึ้นมาก ๆ ถึงกับอยากจะฆ่ามันเลยนะ (พูดแต่ไม่ยิ้ม) สุขภาพก็ไม่ค่อยดี”

“แหวตาป้าเริ่มเศร้า ๆ) เครียดเรื่อง (น้ำเสียงสั้น) ปัญหาเรื่องการเงิน ไม่ค่อยมีเงิน ไหนหลาน ไหนลูกอีก ลูกเขาก็ต้องส่งรถเข็นนะ เงินจะเจียดมาให้ดูแลหลานก็น้อยลง ป้ากับลุงก็สุขภาพไม่ค่อยดี (มีน้ำตาซึม) ช่วงนี้ก็ไม่ค่อยสบายด้วยจิตใจมันร้อนไปหมด เห็นหลานแล้วก็ไม่โหชนเหลือเกิน” (วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

● ประวัติการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ป้าวรรณเล่าให้ฟังว่าสมัยก่อนป้าวรรณแข็งแรงทำงานที่ใช้แรงงานได้สารพัด แบกข้าวสารก็เคยทำมาก่อนไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับป้าวรรณเลย จนกระทั่งตรวจพบว่าเป็นเบาหวานเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ยังไม่มีการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“ตอนเริ่มไม่สบายก็ตอนเริ่มเป็นเบาหวาน แต่ก่อนแข็งแรงพอรู้เป็นเบาหวานทรุดเลย เมื่อก่อนน้ำหนักเยอะนะ 70 กว่าโล ตอนนี้เหลือ 50 กว่าโลแล้ว” (วรรณ, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2552)

นอกจากป้าวรรณจะป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วยังป่วยเป็นโรคข้อรูมาตอยด์ที่ทำให้ปวดเมื่อยตามข้อและไม่ค่อยมีแรง ป้าวรรณเชื่อว่า กรรมพันธุ์ มีส่วนทำให้ป้าเป็นเบาหวาน

“พ่อแม่ก็เป็นเบาหวาน น้องสาวก็เป็นเบาหวาน ป้าว่ากรรมพันธุ์ก็น่าจะมีส่วนทำให้เราเป็นเบาหวานด้วย” (วรรณ, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2552)

ป้าวรรณได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ยังไม่มีการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งขณะนั้นใช้สิทธิบัตรสุขภาพ 500 ซึ่งทำให้รู้ว่าตนเองเป็นเบาหวาน ภายหลังที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าป้าวรรณบอกว่าเป็นระบบที่ดี ทำให้ประชาชนพบแพทย์ได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย รวมถึงระบบที่มีมาตรฐานทำให้แพทย์ให้บริการและพูดคุยกับประชาชนดีขึ้นด้วย

“มีบัตรทองแล้วดี เมื่อก่อนหาหมอเราก็ต้องเสียตังค์ เดียวนี้ไม่เสีย ยาก็เหมือนเดิมตัวเดิม สมัยก่อนหมอบางคนก็พูดดีไม่ดู ไม่ได้อะไรนะ บางคนเขาก็ดูคงเป็นด้วยความเป็นห่วงเรานะแต่เขาดูแบบว่าไม่ให้กำลังใจเรานะดู แต่ถ้าพูดเตือน ป้าต้องกินอย่างนู้นอย่างนี้นะ ไม่ดูพูดดีนะ ก็จะดี บางทีเขาก็พูดจาไม่ดีประมาณว่า “ป้ารู้แล้วป้ากินทำไม ถ้าเขาให้ป้าไปตายจะไปไหม” เขาพูดแบบนี้เขาเรียกว่าพูดกับคนไข้ไม่ดี สมัยก่อน หมอคนนึงเขาชอบพูดเสียงดัง ทางเสียง อือ...อา...เออ เสียงดัง ๆ เสียงเขา” (วรรณ, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2552)

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ การได้ตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องและพบสาเหตุการเกิดโรคตั้งแต่เริ่มต้นจะทำให้การรักษาที่ยั่งยืนโรคทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้

- การดูแลตนเอง

ในสมัยก่อนปีาวรรณาไม่จำเป็นต้องสนใจการเรื่องสุขภาพเท่าไรนักเพราะคิดว่าตนเองทำงานหนักมีร่างกายที่แข็งแรงคงจะไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงแต่อย่างใด

“โอ๊ย...แต่ก่อนแข็งแรง เราก็คิดว่าเราแข็งแรง ร่างกายมันคงไม่เป็นอะไร ทำงานหนักก็ต้องกินข้าวเยอะ ป้าเป็นคนชอบกินข้าว กินทีก็เยอะแต่เดี๋ยวนี้รู้แล้วแหละว่าต้องกินผักให้มาก กินข้าวเยอะ ไม่ดีจะก่อให้เกิดน้ำตาล” (วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ปีาวรรณารู้จักการดูแลตนเองจากการเข้าอบรมการดูแลตนเองของคลินิกโรคเบาหวาน ประจำโรงพยาบาล จะมีพยาบาลมาให้ความรู้ด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ปีาวรรณายังรับรู้วิธีการดูแลตนเองผ่านสื่อโทรทัศน์อีกด้วย

“รู้วิธีการดูแลตัวเองจากหมอ พยาบาล โดยมากเป็นพยาบาลมากกว่า ดูโทรทัศน์ด้วย ออกกำลังกายตอนเช้าอย่างน้อยก็ 15 นาที อย่างช้าก็ครึ่งชั่วโมง ตื่นตอน 6 โมงก็ออกกำลังกาย พยาบาลเค้าก็สอนการออกกำลังกายและการคุมอาหารด้วย ส่วนใหญ่พยาบาลเค้าสอนหมอ ไม่ออกมาพูดแบบนี้หรอก แต่ตอนเช้าห้องเค้าก็มีแนะนำให้ออกกำลังกาย และคุมอาหาร และกินยาที่หมอสั่งให้” (วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

บางครั้งการรับประทานยาที่แพทย์สั่งก็ไม่ทำให้ปีาวรรณารู้สึกพอใจเพราะปีาวรรณกังวลเกี่ยวกับสารตกค้างและเชื่อว่าการรับประทานยาที่แพทย์สั่งเพียงอย่างเดียว นาน ๆ จะไม่เป็นผลดี

“ไม่ค่อยอยากกินยามากนัก กินมาหลายสิบปีแล้วกินจนปวดกระดูกไปหมด”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ทางเลือกอื่นนอกจากการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งแล้วปีาวรรณยังได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานสมุนไพรเสริมกับยาที่แพทย์สั่ง จากเพื่อน ๆ ที่เป็นเบาหวานด้วยกันในโรงพยาบาลอีกด้วย

“ส่วนใหญ่กินยาที่หมอให้มียังมีคนบอกมาให้กินใบมะยมต้ม ใบเตยก็เคยกินใบมะยม ใบเตยต้ม เพื่อนเค้าแนะนำมามันก็ลงนะ น้ำตาลคิซึ้น พอลงแล้วป่ากินเยอะอีกน้ำตาลก็ ขึ้นอีกมันกินอย่างเดียวไม่ได้ก็ต้องกินยาหมอเสริมด้วย และออกกำลังกายไปด้วย”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าวรรณมองว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ดีเพราะได้รับการรักษาได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพราะรายได้ที่มีอย่างจำกัดทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำคัญกับป้าวรรณ สิ่งที่ป้าวรรณรู้สึกต่อหมอก็คือรู้สึกกลัว ว่าหมอมจะดูถ้าดูแลตนเองไม่ดี ความกลัวเหล่านี้ทำให้ป้าวรรณไม่กล้าบอกว่าตนเองต้องการอะไร ป้าวรรณเพิ่มทางเลือกในการดูแลตนเองโดยการรับประทานสมุนไพรเพื่อช่วยรักษาโรคเบาหวานไปอีกด้วย

3. ป้าอารี

- ข้อมูลส่วนบุคคล

ป้าอารี หญิงวัย 65 ปี สถานภาพสมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เดิมแล้วป้าอารี ประกอบอาชีพเกษตรกรเลี้ยงปลากระชังและเลี้ยงหมู แต่ภายหลังป้าอารีให้ลูก ๆ ดำเนินกิจการแทน ส่วนป้าอารีจะมีหน้าที่อยู่บ้านเลี้ยงหลานเพียงอย่างเดียว

บุคลิกภาพพื้นฐานของป้าอารีจะเป็นคนพูดน้อย ใจเย็น สีหน้าเรียบเฉย รูปร่างที่ดูท้วม ๆ แต่งกายเรียบ ๆ นุ่งผ้าถุงเสื้อคอกระเช้า ป้าอารีดูแล้วเป็นผู้ใหญ่ที่อบอุ่นและใจดี

ป้าอารีถือว่าเป็นผู้อาวุโสที่สุดในระแวกบ้าน ประกอบไปด้วย บ้านป้าจิว บ้านป้าวรรณ บ้านลูก ๆ ของป้าอารีอีก 3 หลัง ที่กล่าวมาทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นญาติของป้าอารีทั้งสิ้น ทำให้ได้รับการนับถือซึ่งมักจะเรียกป้าอารีว่า “แม่ใหญ่”

บ้านของป้าอารีอยู่ติดริมน้ำทำให้มีบรรยากาศน่าพักผ่อนหย่อนใจ จึงมักจะมีเพื่อนบ้านแวะเข้ามาทักทายป้าอารีอยู่บ่อยครั้งทำให้ป้าอารีไม่ค่อยเหงา รวมถึงลูก ๆ ของป้าอารีก็อยู่ไม่ไกลจากป้าอารีมากนักสามารถเดินมาหาป้าอารีที่บ้านได้ในเวลาไม่นาน

“ไม่ค่อยเหงาหรอก อยู่บ้านเดียวคนนั้นไป เดี่ยวคนนี้มา เมื่อก่อนเลี้ยงหลานก็ไม่ว่างตอนนี้ ก็ว่างแต่ก็ดีมีคนมาคุยเรื่อย ๆ” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

เวลาจะไปพบแพทย์แต่ละครั้งลูก ๆ ป้าอารีจะอาสาพาไปส่งให้

“ลูกเค้าไปส่งบอกว่าจะไปวันไหนเขาก็มารับ เราแก่แล้วอยากให้มียุทธพาไปจะดี ขากลับ บางทีเขาก็รอบบางทีก็โทรบอกให้มารับ” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ชีวิตครอบครัวของป้าอารีอบอุ่นไปด้วยลูก ๆ หลาน ๆ ใครจะไปจะมาก็ต้องแวะพักบ้าน “แม่ใหญ่” ก่อน

“เดี๋ยวนี้ป้าก็ไม่ค่อยได้ทำอะไรแล้ว หลานก็เริ่มเข้าโรงเรียนแล้ว ก็เหลือไอ้คนเล็กอีกคนเดียวเดี๋ยวนี้หน้าก็เข้าโรงเรียนเหมือนกัน บางทีก็นั่ง ๆ นอน ๆ ฟังวิทยุไป” (อารี, สัมภาษณ์ , 5 มิถุนายน 2552)

ทุกวันนี้ป้าอารีมีเงินเก็บอยู่พอสมควรที่จะทำให้ชีวิตในบั้นปลายไม่ต้องทำงานอะไรเพิ่มเติม และยังได้เงินบางส่วนที่ลูก ๆ ร่วมกันให้ในแต่ละเดือน ซึ่งป้าอารีเล่าว่าไม่ต้องการอะไรแล้วในบั้นปลายชีวิตนอกจากเห็นลูกหลานอยู่กันสบาย ตัวของป้าอารีและสามีเข้าใจกันดีและเห็นเหมือนกันในแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยธรรมะ

“ป้าก็ไม่ค่อยจะหวังใครเท่าไรหรอก ๆ ก็พอจะช่วยเหลือตัวเองได้แล้วเขาก็ให้ป้าบ้างเหมือนกันแหละ ป้ากับลุงก็ใส่บาตรทุกวันพระนะเราทำบุญสบายใจ” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

● ประวัติการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ป้าอารีเริ่มเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 40 กว่า ๆ ในช่วงแรก ๆ รับการรักษาจากคลินิกในตัวจังหวัดก่อนเพราะป้าคิดว่าการเจ็บป่วยไม่ควรจะต้องรอ และภายหลังจึงมาเข้ารับการรักษาที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วป้าอารียังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ด้วย คือ โรคเก๊าท์และโรคไทรอยด์

“เมื่อก่อนตอนเป็นแรก ๆ เราก็ไปหาหมอที่คลินิก หาหนัก ๆ เข้าก็สู้ค่าใช้จ่ายไม่ไหว แต่มันก็ดีตรงที่ยาแรง ไม่ต้องรอ หายไว แต่ถ้าไปหาโรงพยาบาลรัฐบาลนะก็ช้า อาการของเรามันเป็นแล้วไม่อยากรอ บางทีก็เหนื่อยหายใจไม่ค่อยออก ปวดกระดูกกระเดี้ยวไปหมด พออายุมาก ๆ เข้าแล้วอะไรมันก็มารุมกันหมดต้องกินยาเยอะกว่าคนอื่น” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ภายหลังที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ป้าอารีก็ได้เข้าใช้บริการที่โรงพยาบาลแต่ป้าอารีควบคุมน้ำตาลได้ดีทำให้ในบางครั้งก็ไม่จำเป็นต้องไปรับบริการตรวจที่โรงพยาบาลถ้าผู้ป่วยต้องการไปรับบริการตรวจเบื้องต้นและรับยาที่อนามัยก็สามารถทำได้แต่ที่อนามัยจะไม่มีแพทย์คอยดูแลและมี

เพียงเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยดูแลเท่านั้น แต่ข้อดีในการไปอนามัยสำหรับป้าอารีคือสามารถขอยาได้มากกว่าที่โรงพยาบาล

“ที่อนามัยก็ดีเวลามาเขาก็จัดยาให้ เขาก็บอกอะไรก็คุย ยาก็ขอเขาก็ให้ ที่อนามัยดีกว่าโรงพยาบาลนะ ขอยากี่ให้ถ้าเป็นโรงพยาบาลจะไม่ค่อยให้ยา” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าอารีพอใจการไปอนามัยมากกว่าโรงพยาบาล เพราะว่าที่อนามัยคนน้อย เจ้าหน้าที่พยาบาลพูดจาดีกว่าและขอยาอะไรก็ให้และไม่ดูป้าอารี

“หมออนามัยใจดีกว่า ขอยาอะไรก็ให้เร็วกว่าด้วย หมอที่โรงพยาบาลดีกว่าเราไม่ค่อยกล้าพูดขออะไรกับเขาเดี๋ยวเขาว่า” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าอารีเล่าถึงประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไตรอยด์แล้วไปติดต่อขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอแต่แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องจึงทำให้อาการกำเริบหนักและป้าอารีขอร้องให้ทางโรงพยาบาลส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

“ตอนเป็นไตรอยด์ ตอนนั้นเขาไม่รู้เราต้องขอร้องให้เขาส่งไปที่โรงพยาบาลใหญ่ที่ตัวจังหวัด ขนาดเราไม่ไหวแล้วนะเขายังตรวจไม่รู้อีก เราก็บอกหมอว่าไม่ไหวแล้วนะหมอร่างกายเราผิดปกติเหนื่อยหอบมากแล้วเขาก็บอกว่าตรวจแล้วก็ไม่เห็นมีอะไรเลยนี่ ป้าก็เลยขอให้ส่งไปโรงพยาบาลเขาก็ไม่ส่ง เราก็เลยเสียเงินเองไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดเองเลย ทางโรงพยาบาลประจำจังหวัดก็ให้กลับมาอีกมาทำใบส่งตัว” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าอารีเชื่อว่าจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ก็ไม่สามารถเทียบได้กับการไปรักษาที่ทางคลินิกเพราะสะดวกรวดเร็ว แพทย์ก็พูดดีเอาใจผู้ป่วย

“ก็คิดนะหมออนามัยเขาแนะนำให้เราทำแบบนี้เราก็ไม่ต้องเสียตังค์ พอไม่เสียตังค์เลยป้าก็ตั้งใจแล้วสมัยก่อนใช้บัตร 500 ถึงปีก็ทำใหม่ บริการ การพูดจาก็เหมือนเดิมแหละแต่ก็อยากให้ได้ยาดี ๆ ยาที่ให้มันเป็นยาคนละครดกับคลินิกแล้วเค้าก็พูดดีเอาใจด้วย” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

การไปตรวจเบาหวานในแต่ละครั้งป้าอารีก็ไม่อยากเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลก็สามารถไปตรวจที่สถานีนามัยได้

“ไปเช้าเขาก็จะเลือดที่นามัยนี้แล้วไปปรับยาที่นามัยอื่นในวันรุ่งขึ้น” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

- การดูแลตนเอง

ป้าอารีดูแลตนเองด้วยการควบคุมอาหาร รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งและออกกำลังกาย สำหรับการออกกำลังกายในบางครั้งของป้าอารีคือการทำงานบ้าน ซึ่งป้าจะตื่นทุกวันตั้งแต่ตี 4- ตี 5 เพื่อมาเตรียมอาหารใส่บาตรและทำงานบ้าน

“ก็มีออกกำลังกายตอนเช้า แอโรบิก ยกขายกแขนออกตามเรื่องตามราว ถ้าไม่ออกกำลังกายแบบที่หมอสั่งเราก็กวาดบ้านเก็บกวาดใต้ถุนบ้าน ทำไปเรื่อยๆ” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

นอกจากการออกกำลังกายแล้วป้าอารีก็เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารและน้ำหนัก ด้วยด้วยเช่นกัน

“ป้ากินผักมากนะ หมูเนื้อไม่ค่อยชอบกิน กินปลา กินง่ายๆ มากกว่า ตอนนี้ก็ไม่มีเลียงหลาน ต้องหุงข้าวทำกับข้าวให้กิน แต่เดี๋ยวนี้ไปโรงเรียนหมดแล้ว ไม่ค่อยมีอุปสรรคอะไร นอกจากไข้เองในบางวัน” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

“ก็กินแค่ 2 มื้อ กินเช้าเย็น ก่อนอาหาร – หลังอาหาร แต่เราเป็นโรคอื่นร่วมด้วยก็มีโรคเก๊าท์ ด้วย แล้วก็ยาไทรอยด์ ยาขยายหลอดเลือด และยาความดัน พวกนี้กินเช้า ส่วนตอนเย็นกินยาเบาหวาน” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

เมื่อสมัยก่อนป้าอารีรับประทานยาหม้อเพื่อช่วยในการรักษาโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ซึ่งป้าได้รับข้อมูลการรับประทานยาหม้อดังกล่าวจากการฟังรายการวิทยุชุมชน

“ก็ไม่ได้กินสมุนไพรอะไรนะ ถ้าไม่มีอะไรแทรกแซงก็จะไม่กิน แต่สมัยก่อนกินยาต้ม กินเหมือนกัน เป็นยาหม้อแบบที่เราฟังวิทยุ ยานี้ตรงกับ โรคเราก็เลยลองกิน แล้วก็เอายาหม้อมาต้ม ยาหม้อก็กินไม่เคยขาดตอนหลังเค้าว่ากินแล้วไม่ดีป้าก็เลยเลิก” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

ป้าอารีเล่าให้ฟังถึงผลของการกินยาหม้อจะทำให้ผู้ป่วยติดยา ต้องกินยาพวกนี้ตลอด

“พอเอามากินจริงๆ อย่างลุงเขาก็คิดใจแต่ก่อนทำงานอะไรไม่ได้เลย ขาไม่ค่อยมีแรงแต่ตอนนี้ก็ถีบรถทำอะไรได้ เขากินยาหม้อหลวงด้วยแล้วกินสมุนไพรด้วย กินสมุนไพรพวกนี้ 2-3 ตัว กินไม่ทั้งหมด อะไรที่ว่าดีเขาก็กินแหละ ใครบอกดีเขาก็กินแหละ” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

โดยสถานเศรษฐกิจของครอบครัวป้าอารีพอที่จะมีเงินไปพบแพทย์ในคลินิกได้ทำให้เกิดข้อเปรียบเทียบระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับคลินิกให้เปรียบเทียบกัน ว่าคลินิกให้บริการดีกว่าให้ยาดีกว่าแต่ถ้าพิจารณาจริงๆ แล้วโดยรวมก็ทำให้ป้าอารีพึงพอใจเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ป้าอารีมองการเจ็บป่วยของตนเองเป็นปกติของผู้สูงอายุการรักษาโรคอาศัยการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งแต่เมื่อก่อนเคยทดลองรับประทานยาหม้อเสริมแต่ได้รับความรู้ภายหลังว่าไม่ดีจึงทำให้ปัจจุบันการดูแลตนเองของป้าอารีมีเพียงการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและอาศัยธรรมชาติทำให้จิตใจเป็นสุข

4. ป้ากิม

- ข้อมูลส่วนบุคคล

ป้ากิม (นามสมมุติ) อาชีพขายขนมหวาน อายุ 64 ปี มีเชื้อสายจีน เดิมเป็นคนต่างจังหวัด ย้ายเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ กับลูกชายได้ประมาณ 3 ปีแล้ว

บุคลิกลักษณะ ป้ากิมมีเชื้อสายจีน แต่มีสำเนียงการพูดเหนือ เป็นคนเจียมขี้นิม และพูดน้อย จึงทำให้การสื่อสารจากคำพูดและสีหน้าดูจริงจังเสมอ

ป้ากิมเล่าถึงชีวิตในสมัยก่อนว่าแต่งงานกับสามีแล้วตั้งใจจะมีครอบครัวที่อบอุ่นอยากมีลูกด้วยกันหลายคน จะลงหลักปักฐานด้วยกันโดยการทำอาชีพเป็นเกษตรกรบนที่ดินที่มีอยู่ แต่ความตั้งใจของป้ากิมไม่ประสบความสำเร็จเพราะสามีป้ากิมมีผู้หญิงคนใหม่ทำให้ต้องแยกทางกัน

“ตอนนี้ก็ปวดกระเบนเหน็บด้วยเพราะเมื่อก่อนป่าสะพายเป้จึดยามาแมลงมันหนักพยายามทำงานหนักๆ เพราะจะได้มีเงิน อยากรวย ป่าอยากไหครอบครัวเราดี ตอนนี้ป่ามีลูกชายแค่คนเดียวอายุ 38 แล้ว ตอนป่าอายุ 25 ก็มีลูกชายแล้ว ตั้งความหวังอยากมีลูก 4 คน ที่มีได้แค่คนเดียวก็เพราะแยกทางกับแฟน ไม่ได้เป็นอยากที่ป่าหวังไว้ แฟนป่าไปมีเมียใหม่ สมัยก่อนมีเงินเป็นล้าน แยกกันป่าได้บ้านมา 1 หลัง ตอนนี้ป่าก็อยู่กับลูกชายแล้วลูกสะใภ้ อยู่กัน 3 คน ไม่มีหลานซักที วันๆ ก็ไม่ค่อยได้คุยกันกับป่า เขาออกไปทำงาน ป่าก็อยู่คนเดียว” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

อาชีพของป่ากิมนอกจากจะทำขนมขายแล้วป่ากิมยังรับจ้างเลี้ยงคนชราในระแวกบ้านด้วย โดยการรับจ้างเพื่อดูแลคนชราและเฝ้าบ้านให้กับเจ้าของบ้าน

“บางวันก็ไปเฝ้าตาแก่ด้วยแหละ ก็ไม่ต้องทำอะไรมากเพราะทางบ้านเจ้าของบ้าน ค่าหาของกินไว้ให้แล้วเราก็มีหน้าที่ทำให้กิน หยอดตา ภูบ้านให้บ้างครั้ง” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

ปัจจุบันป่ากิมอยู่กับลูกชายและลูกสะใภ้ซึ่งต้องออกไปทำงานตอนกลางวันทั้ง 2 คน จึงทำให้กลางวันป่ากิมต้องอยู่คนเดียว ถึงแม้ว่าป่ากิมจะย้ายเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ ได้ไม่นานแต่ป่ากิมมีเพื่อนบ้านหลายหลัง

“คนแถวนี้ป่าก็รู้จักเยอะนะ บางทีก็ไปคุยกับลูกสาวประธานหมู่บ้านค่าก็บอกเหมือนหมอละว่าไม่ควรกินแป้งเยอะ ทุเรียนควรจะน้อย ๆ น้อย” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

ป่ากิมทำขนมแต่ไม่เคยชิม เพราะไม่ชอบอาหารรสหวานแต่ทำขายได้ และเคยคิดที่นำขนมไปให้คุณหมอทานแต่กลัวคุณหมอว่า

“อยากจะเอาไปให้ แต่ก็กลัวหมอจะว่าเราว่า ก็เธอทำแบบนี้ตัวเธอก็คงจะกินขนมเยอะ เบาหวานถึงขึ้นเราก็เลยไม่กล้าเอาไปให้เขาด้วย” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

“บางทีป่าทำขนมเทียนป่าชอบกินไส้เค็มป่าก็กิน แล้วน้ำตาลสูง 202 หมอก็ว่าทำอะไรมา น้ำตาลสูง ป่าก็บอกว่า กินไส้ขนมเทียนเยอะไปหน่อย ตอนนั้นอยู่ที่ต่างจังหวัด หมอก็เคยบอกว่าที่หลังอย่าทำแบบนี้ละ เขาก็ว่าป่า แต่เค้าทำไปก็อยากให้เราได้ดีนะ เพราะน้ำตาลป่า

สูง เราก็ไม่ได้โกรธเขาหรอก บางคนป่าเห็นเขาขึ้น 300 ป่ายังคิดเลยว่าทำไมพวกเขาไม่รักตัวเอง มีอยู่คนนึงเค้าคุมน้ำตาลเหลือแค่ 60 แต่ตอนนี้เค้าตายไปแล้ว น่าจะเป็นเพราะน้ำตาลน้อยเกินไป ก็เลยช็อก อย่างคนข้างบ้านป่า เค้าก็เป็นเบาหวาน วันๆ กินแต่เป๊ปซี่ เค้าก็ช็อกไปหลายหน” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

- ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ป่ากิมเป็นโรคเบาหวานควบคู่กับโรคความดันซึ่งเกิดขึ้นได้ทั่วไปกับผู้สูงอายุ สำหรับโรคเบาหวานเป็นมาได้ประมาณ 7 ปีแล้ว โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับร่างกายของตนเองว่าปัสสาวะบ่อยมากขึ้น

“รู้ว่านี่บ่อยเราก็เลยไปตรวจ ปกติน้ำเราก็ทานเยอะอยู่แล้วนะ เราไม่แน่ใจเราก็เลยไปตรวจ” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

ป่ากิมเชื่อว่าสาเหตุของการเป็นโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสมัยก่อน

“ตอนอยู่บ้านนอกทำไร่เข้าดินมาก็จับกาแฟแล้ว 1 แก้ว หุงข้าวทำกับข้าว ออกไปทำไร่ พอกลางวันก็กินกาแฟเย็นถุงใหญ่ๆ บ้านนอก 10 บาทก็ถุงใหญ่ แกแฟเป็นของที่ขาดไม่ได้เลย จนถึงทุกวันนี้อดไม่ได้จริงๆ แต่ของหวานไม่เท่าไร” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

ซึ่งช่วงแรก ๆ ก็ไปตรวจกับทางคลินิกในกรุงเทพฯ ของจังหวัด โดยต้องออกค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง ต่อมาก็มาทำบัตรสุขภาพ 500 บาทรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด แล้วภายหลังย้ายมาอยู่กรุงเทพฯ แล้วใช้สิทธิการรักษาภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งป่ากิมเล่าว่ายาของคลินิกจะดีกว่าแรงกว่ายาที่ได้มาจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่การที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ดีกว่าถ้าหากนำมาเปรียบเทียบกัน

“ยาเสียตัวเองก็คือไปคลินิก ตัวยาไม่เหมือนกัน ที่คลินิกดีกว่าครึ่งเดือนเราก็เสียไป 300 แล้ว แต่ได้ฟรีก็ดีกว่า” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

ป่ากิมยังเล่าถึงประสบการณ์ของน้องสาวเกี่ยวกับการเป็นเบาหวานแล้วไม่ดูแลตนเองให้ดีขึ้นต้องถูกฉีดยา ป่ากิมไม่อยากให้ตนเองเป็นแบบนี้

“ป่ากลัวนะเพราะน้องป่าเป็น เขาถูกฉีดยาแล้วมีอาการข้างเคียงท้องเขาบวม ถ้าหมอจะฉีดยาอีกเขาก็ไม่ยอมแล้ว แต่เขาไปรักษาอยู่โรงพยาบาลที่บ้านต่างจังหวัด รักษาไม่ให้กินยาเลย แต่เขาก็ดีขึ้นภายหลังนะ ตอนนั้นเขาขาแบบเน่าๆ คิ้ว ป่าว่าเค้าเป็นน้ำเหลืองไม่ดีด้วยมั้ง ขามันเน่าๆ น้องสาวป่าเป็นถูกตะปูทิ่ม เป็นแผลมา 4-5 ปีแล้วมั้ง หายไปอยู่ดีๆ ตอนนั้นมันก็คู้ขึ้นมาอีก เน่าอีก” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

ภาษากับการสื่อสารทางการแพทย์ทำให้ป่ากิมไม่พอใจแพทย์ในการรักษาเพราะทำให้ป่าไม่รู้ว่่าสิ่งที่แพทย์รักษามันคืออะไร

“เมื่อก่อนหมอบ้านนอก เขาก็ดีนะ มีหมอบที่บ้านนอกเค้าแนะนำให้ป่ากินยาละลายลิ่มเลือด เพราะเขาป่าไม่ดีปวดตลอดคนทำไร้อ้อย ขาจะไม่ดี ปวดขา พออายุมาก 40-50 เขากลับเป็นไขมันในลิ่มเลือด หมอให้กินยาอะไรป่าก็กินเพราะกลัว เดี่ยวเลือดไหลเวียนไม่ดี หมอสมัยนี้กับสมัยก่อนก็คล้ายๆกัน มันเป็นที่คนมากกว่า เป็นที่นิสัยของเขาเองมั้ง บางคนก็ดีบางคนก็ไม่ดีก็แล้วแต่ ตอนป่าจะหมดประจำเดือน ป่ามีเม้นตลอด 22 วันป่าก็ไปตรวจที่คลินิกกับหมอผู้หญิง ตอนนั้นอยู่ที่กาญฯ เขาตรวจที่มดลูกป่าเขาป้ายไปส่งตรวจที่กรุงเทพ เขาเก็บค่าส่ง 400 และค่าตรวจอีก 1000 รวมๆ แล้วก็ 1400 บาท เขาบอกว่าอีกอาทิตย์ให้มาฟังผล เขาก็บอกว่าเนี่ยมดลูกป่าเป็นจุด ต้องตัดมดลูกทิ้ง แล้วเขาก็เอาตัวป่าไปโรงพยาบาล ที่จังหวัดให้ป่าไปนอนอยู่ 2 คืน นอนห้องรวมกับคนเพิ่งคลอดกับคนกำลังจะคลอด เด็กมันร้องทั้งคืน ป่าอยู่ไม่ได้แล้วกลับอีกว่า นอน 2 วันจะทำอะไรก็ไม่ทำ หลังจากนั้นป่าค่อยกลับมาหาอีกแฟนป่าก็พามา พยาบาลเค้าก็บอกกับหม่อีกคนว่าทำแกมมิล่า ป่าก็ว่ามันแปลว่าอะไรวะ...เขาพูดกันภาษาหมอ เขาจะทำแกมมิล่าให้กับเรา ป่าก็บอกกับหมอว่า หมออีกคนเขาให้มาตัดมดลูกทิ้ง หมอผู้ชายคนที่กำลังตรวจอยู่ด้วยเขาคุยมากเลย เขาพูดว่า ทำแกมมิล่าทำไม ต้องมาตัดมดลูกทิ้ง ตัดไปทำไมอยากเจ็บตัวรีไรง เออ..เขาก็ดูป่าก็เลยงง เราจำคำที่เขาพูดไปตลอดเลย พอป่าออกจากห้องก็ว่า “หมอทำอะไรวะคุณ หนีหาย” แฟนป่าก็ใจร้อน พูดว่า “มันแตกภษาิเรานะทำไมมันทำแบบนี้” ป่าก็กลัวแฟนจะไปหาเรื่องก็เลยกลับบ้านกัน ตั้งแต่นั้นจนวันนี้ก็ไม่ได้ตัดมดลูก ก็ไม่เห็นมันจะเป็นอะไรเลยนี่ มดลูกก็ยังอยู่กับป่า แล้วอยู่ดีๆ จะมาตัดของเรา” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

นอกจากการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแล้วป่ากิมรู้สึกว่าการได้มาพบแพทย์ที่นี้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้วเพราะป่ามั่นใจในการรักษารวมถึงหมอมืออาชีพที่ดี กระทั่งหากมีใครกล่าวถึงแพทย์ท่านนี้ในทางไม่ดีป่ากิมก็จะเป็นผู้ออกรับแทน

“หมอที่รักษาป่าอายุมากแล้วเค้าปลดเกษียรแล้วมาจากศิริราช เก่งหมอเค้าอายุตั้ง 80 แล้ว.....แต่แกเก่งนะ แกยังขับรถมาตรวจได้ ตัวแกพอมๆ เป็นคนจีนขาวๆ แกพูดน้อยป่าก็หวัดดีแก แกก็คุยว่าวันนี้ น้ำตาลเยอะไปหน่อยนะ วันนี้ น้ำตาลดีแล้วนะ ความดันดี มาอยู่ที่นี้ 2 ปีเพิ่งมีเมื่อเดือนที่แล้วที่ความดันไม่คืนอกนั้นดีตลอด สงสัยช่วงนี้น้ำมันร้อนจัดมัน ความดันมันเลยขึ้น แต่ป่าก็เป็นคนกินน้ำเยอะเพราะหมอบอกให้กินน้ำเยอะๆ นะ บอกหมอด้วยว่าป่ากินวันนึงน่าจะซัก 4 ลิตรได้ หมอก็ไม่ได้ว่าบอกว่าดื่ดๆดื่ดแล้ว หมอคนนี้เค้าไม่คู่ต้องอย่างหมอคนนี้ซิติ แก่แล้วเค้าก็ยังดียังมารักษาคน อายุตั้ง 80 คนตำส้มตำแถวบ้าน ป่าเชื่อว่าหมอคนนี้แกหลงไปบ้างหรือเปล่าก็ไม่รู้ ป่าก็ว่าแกไม่หลงหรือก แกก็ตรวจคืออยู่ ป่าก็ย้อนถามเค้าไปว่า ทำไมแกถามอย่างนี้ละ ที่อนามัยก็มีหมอผู้หญิงตรวจอีกคนนะแต่ไม่ก็ไม่เคยตรวจกับเขานะป่าได้เจอกับหมอคนนี้ตลอดเลย” (กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

● การดูแลตนเอง

ป่าก็รู้วิธีการดูแลตนเองจากพยาบาลที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเรื่องการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร นอกจากพยาบาลจะแนะนำเรื่องการดูแลตนเองแล้ว เมื่อเข้าไปพบแพทย์ก็ยังแนะนำว่าควรที่จะควบคุมอาหารอย่างไรอีกด้วย

“หมอจะไม่ให้กินข้าวเยอะ แต่ป่าเป็นคนทานข้าวเยอะ หมอบอกให้ป่ากินแค่มื้อละทัพพี เดียวตอนแรกป่าก็ทำไม่ได้แต่ตอนนี้ทำได้แล้ว พยาบาลเขาก็บอกว่าถ้าป่าอยากกินมะม่วงก็ตัดมาซักชิ้นแล้วก็เอามอม เนี่ย....พยาบาลเค้าบอกป่าแบบนี้ ถ้ามีคนเยอะๆ เขาก็จะสาทิต การออกกำลังกาย ก็คล้าย ถ้าคนไหน น้ำตาลเยอะก็ควรจะทำแบบไหน ต้องเข้าไปอบรมเขา จะสอน เดียวจะขึ้นตามันจะบอก ป่าก็กลัวนะกลัวมันจะขึ้นตากับไต” (กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

สิ่งสำคัญที่ทำให้ป่าก็สนใจการดูแลตนเองเป็นพิเศษคือป่าก็ไม่อยากให้โรคลุกลามมากขึ้นและไม่ต้องการให้ถูกส่งตัวจากศูนย์บริการสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด เพราะไม่คุ้นเคยกับแพทย์และสถานที่

“ป่าต้องพยายามดูแลตัวเองให้ดีเพราะถ้าโรคเป็นหนักเค้าจะส่งตัวไปโรงพยาบาลใหญ่ไม่ เคยเข้าไปเลยป่าไม่อยากจะไปทีนั้นป่าก็ไม่รู้จักใคร ถ้าไม่ได้รักษากับหมอคนนี้แล้วป่าก็ไม่อยากไป” (กิม, สัมภาษณ์, 2 มิถุนายน 2552)

การพักผ่อนเป็นสิ่งที่ดี ผู้ศึกษามีโอกาสไปสัมภาษณ์ ป้ากิม ในช่วงกลางวัน จึงรู้ว่า การพักผ่อน
อีกอย่างของ ป้ากิม คือ การนอนกลางวัน

“ก็ไม่ได้ทำอะไร นอนกลางวันอยู่ในบ้าน (วันนี้ได้เห็นรอยยิ้มของแกแล้ว)”

(กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

สิ่งที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับ ป้ากิม นอกจากจะเป็น
ประโยชน์ต่อตัว ป้ากิม แล้ว ป้ากิมยังสามารถนำมาถ่ายทอดให้กับเพื่อนบ้านที่ ป้ากิม คิดว่าเขาควรใส่
ใจในสุขภาพให้มากขึ้น

“อย่างเพื่อนบ้านคนที่ขายส้มตำที่ถามว่า หมอหลงๆ ลืมๆ บ้าง หรือเปล่า คนนี้ก็กินแต่กาแฟ
ทั้งวัน กินข้าวมือเย็นมือเดียว คนนี้ ป้าก็เคยห้ามแกว่า ควรรักษาสุขภาพด้วย กินกาแฟมากไม่
ดี อายุเพิ่ง 52 เอง ต้องดูแลตัวเองคุมอาหารให้ดี ไม่งั้นน้ำตาลเขาจะขึ้นมาก อะไรหวานๆ
มะม่วงเก็บไว้เป็นตาๆ เห็นเดี๋ยวก็กินน้ำตาลก็จะขึ้น ตัวป้าเองก็จะปฎิญาณตัวว่าจะไม่
อยากทำให้ลูกเต๋ามันลำบาก ทุกวันนี้ ป้าก็ไม่รบกวนเขาอยากกินอะไรก็ทำเอง ป้าก็พยายาม
กินข้าววันละกระป๋องก็พอ เน้นกินผัก ปลา” (กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

ป้ากิมให้ความเคารพแพทย์ที่ตนเองรักษาอยู่ในปัจจุบันมาก ในบางเหตุการณ์ถ้ามีใคร
กล่าวถึงแพทย์ท่านนี้ไม่ดี ป้ากิมจะไม่พอใจ ป้ากิมให้ความเคารพเพราะแพทย์เป็นคนที่มีความตั้งใจให้
คำแนะนำดี ทำให้ไม่อยากไปรักษากับแพทย์คนอื่นแล้ว รวมถึงสถานที่ในการเข้ารับการรักษาเป็น
สถานที่ใกล้บ้านผู้ป่วยไม่แออัดจนเกินไป เป็นแรงบันดาลใจให้ดูแลตนเองให้ดี เพราะถ้าโรครุนแรง
ลูกถามก็จะถูกส่งตัวไปรักษากับโรงพยาบาลต้นสังกัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ ป้ากิมกลัวและไม่อยากให้เกิดขึ้น
ป้ากิมพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดย
ไม่เสียค่าใช้จ่าย

5. ป้าจันท

• ข้อมูลส่วนบุคคล

ป้าจันท (นามสมมุติ) หญิงวัย 70 ปี ภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคอีสาน ย้ายมาทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ
ประมาณ 15 ปี ทำงานเป็นแม่ครัวอยู่ในชมรมผู้สูงอายุของชุมชนใกล้กับศูนย์บริการสาธารณสุข
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสาวและหลาน สถานภาพสมรสเป็นหม้าย

“เป็นแม่ครัวที่ศูนย์นี้แหละ ป้ามาที่นี่ตั้งแต่ 7 โมงกว่า เริ่มมาเก็บกวาด อาหารที่ทำบางวัน ไม่ทุกวันถ้ามีพิเศษหน่อยก็เป็นช่วงวันเกิด เพื่อใครเขาอยากกินพิเศษก็ทำแต่ปกติเราทำ ประจำวันศุกร์หุงข้าว ถ้าวันอื่น ๆ ก็มีขนม โอวัลติน ของว่างนิด ๆ หน่อย ๆ”

(จันท, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

ปัญหาครอบครัวเป็นส่วนเร่งให้ป้าจันทป่วยทั้งความดัน ความเครียด

“ตอนนั้นป้าแยกทางกับสามีแล้วก็ต้องเลี้ยงลูกตามลำพัง เพราะความดันเป็นสาเหตุหนึ่ง เราเคยเป็นความดันเมื่อนานมาแล้ว เป็นมาก ๆ เครียดก็หลับไปเลยไม่รู้ตัวเลยเป็นเมื่ออายุ 30 ตอนนั้นเครียดเรื่องครอบครัวเลี้ยงลูกด้วย หลับไปเลยมีดไปเลย”

(จันท, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

ป้าจันทเคยดื่มเหล้ามาก่อน ข้อมูลนี้ป้าจันทไม่ได้เป็นคนเริ่มเล่าก่อนแต่เพื่อนที่ร่วมออก กำลังกายแซวจึงทำให้ทราบข้อมูลนี้

“เลิกแล้ว (หัวเราะ) เราก็รับนี้ว่าไม่ใช่ว่าไม่ยอมรับว่าเราไม่กิน”

(จันท, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

เมื่อเวลาของปัญหาผ่านมานานแล้วป้าจันทก็สามารถคิดเตือนใจตนเองได้

“คุณหมอที่รักษาอยู่ปัจจุบันสำคัญที่สุดคือการพูดให้กำลังใจของหมอ เหมือน ผอ.ที่นี่เขาก็ ดีเวลาเราไปหาที่เขาก็พูดดีว่าขอให้มีความสุขแข็งแรงหายไว ๆ นะ เราผู้สูงอายุตรงนี้เหมือน มิงานสงกรานต์คุณหมอก็มีมารคนำคำหัวผู้สูงอายุด้วยเขาก็โอเค ชีวิตผู้สูงอายุก็ไม่มีอะไร มากนะ อยู่กับลูกกับหลาน มีอะไรไม่สบายก็พึ่งหมอ และสิ่งสำคัญก็เรื่องสุขภาพจิตด้วย ผู้ กับโรคสู้กับสิ่งแวดล้อมเราไม่ยึดติดก็สบาย ๆ สำคัญเรื่องเราปล่อยวาง เรื่องหนักนิดเบา หน่อยก็ค่อยว่ากัน เราอายุมากแล้วเราก็พอทำได้เรื่องทำใจปล่อยวางมันดีต่อสุขภาพเราด้วย ดีทุกอย่างเราเป็นอะไรเราก็ไม่ท้อแท้ บางที่เพื่อนถามนะเป็นหลายโรคท้อแท้หรือเปล่า เรา ก็ตอบว่าไม่ท้อแท้ เรารักษาแล้วก็ไม่ได้หงุดหงิดกับสิ่งที่เราเป็น ไม่ใช่ที่เราสู้กับมันนะแต่ เราเข้าใจมันแล้วทำตัวสบาย ๆ” (จันท, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

- ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ป้าจันทน์เป็นโรคเบาหวานมานานประมาณ 2 ปี เดิมป้าจันทน์มีโรคประจำตัวอื่น คือโรคเก๊าท์ มีไขมันในเส้นเลือด ความดัน มารู้ตัวก็ตอนที่ป่วยหนักด้วยไข้หวัดแล้วต้องเข้ารับการรักษาด่วนอน ที่โรงพยาบาลจึงตรวจพบว่ามีเบาหวานสูงถึง 250

“อาการที่จะบอกว่าน้ำตาลในเลือดสูงเราไม่รู้ แต่มันมีอาการหน้ามืด ก้มหัวตำหน้ามืด แล้ว มีใจสั่นหวิว ๆ พอเป็นวันนั้นก็เลยมาหาหมอ แล้วก็มาหาเรื่องยาปวดเข่าหมดเราปวดเข่า ประจำ และยาความดันก็กินประจำ เราก็ไม่รู้เรื่องเบาหวานแล้วที่นี้ก็มีอาการปวดหัว ใจสั่น หน้ามืด ก็เลยมาแล้วเขาส่งเราไปตากสินเพราะว่าเบาหวานเราขึ้นถึง 250 ที่นี้เขาไม่คิดยาให้ เขาส่งไปตากสินเลย หมอเขาส่งไปเพราะเขาเห็นอาการแล้วก็ให้ส่งไปเลย คือเราก็กินยา หลายตัว ด้วยเป็นเบาหวาน เป็นไขมันในเส้นเลือด เป็นเก๊าท์ เป็นความดัน แล้วก็เลยตอนนี้ เรามีหลายโรคอยู่แล้วพอเบาหวานขึ้นมันก็เลยรุนแรง ไม่มีแรงหน้ามืด ไปรักษาที่ตากสินอยู่ 4 วัน น้ำตาลบางวันก็สูง บางวันก็ต่ำ ต่ำก็ต่ำมาก สูงก็สูงมาก” (จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

พฤติกรรมมารับประทานอาหารของป้าจันทน์โดยพื้นฐานไม่ชอบรับประทานของหวาน ป้าจันทน์เชื่อว่าความอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคเบาหวานด้วย

“ตั้งแต่เด็กนะอาหารการกินเราก็ไม่ชอบทานหวานเป็นทุนเดิมแล้ว ขนาดกล้วยเดี่ยว ผัดผัก เราก็ไม่ใส่น้ำตาล แต่ถ้าจะถามว่าเป็นกรรมพันธุ์พ่อแม่เป็นไหมหรือเปล่าเราก็ตอบไม่ได้ นะ เพราะเราตั้งแต่เล็กเราอยู่ต่างจังหวัด คนสมัยก่อนเขาก็ไม่ตรวจกันเนอะ (หัวเราะ) เราก็ ตอบไม่ได้เรื่องกรรมพันธุ์เหมือนกัน เราก็เลยสันนิษฐานเอาเองนะว่าเราอ้วน มันก็มาหาเรา เพราะความดันเป็นสาเหตุหนึ่ง” (จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

ปัจจุบันป้าจันทน์เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานและโรคประจำตัวอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องกับศูนย์ สาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งป้าจันทน์บอกว่า เป็นระบบที่ดีและทำให้ไม่ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและหมอก็วินิจฉัยโรคเก่งตามยุคสมัยด้วย

“บัตรทองดีนะช่วยคนยากจน ลดค่าใช้จ่ายให้เราได้เยอะ หมอที่รักษาก็เก่ง เคียวนี่โรคมัน รุนแรงหมอก็ต้องเก่งขึ้น แต่สมัยก่อนโรคไม่ค่อยรุนแรง โรคติดต่อก็ไม่มากถึงจะช้าแต่ก็ รักษาได้ แต่สมัยนี้โรครุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หมอก็ต้องเก่ง หมอก็ต้องวิ่งตามโรคให้ทัน

ด้วยเพราะโรคมันพัฒนาตัวเองมากขึ้น ป้าคิดว่าอย่างนั้น การวินิจฉัยโรคเก่งเขาจะเลียด ครั้งวันก็รู้แล้วก็ถือว่าเก่ง โรคมันเก่งหมอกี่เก่ง (หัวเราะ)” (จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

● การดูแลตนเอง

ผู้ศึกษาได้พบกับป้าจันทน์ครั้งแรกที่ชมรมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุจำนวนมากมาออกกำลัง ภาย จึงได้พบกับป้าจันทน์เป็นหนึ่งในผู้ออกกำลังกายเหล่านั้น

“ก็คือ ได้จากหมอเวลาเข้ามาโครสข้างบนเขาก็จะแนะนำ และจากเพื่อน ๆ เราได้ความรู้จาก ตรงนี้ เราก็ต้องพยายามทำจิตใจให้ร่าเริง ทานอาหารที่เป็นประโยชน์เราไม่ทานจุกจิก นอน ให้เป็นเวลา เครื่องดื่มมันเมาเราไม่ควรไปแตะต้อง เมื่อก่อนเราก็เคยทาน แต่ตอนนี้เลิกหมด พอเรารู้เรื่องเบาหวานและรู้ว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ดีต่อสุขภาพเราก็เลิกหมด” (จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ ป้าจันทน์จะออกเป็นประจำช่วงวันพุธและวันศุกร์

“ป้าก็ทำงานเป็นแม่ครัวที่ชมรมผู้สูงอายุอยู่แล้วก็ช่วงเช้าออกกำลังกายกับเพื่อน ๆ ที่นี้เสมอ ค่ะ นอกจากจะออกกำลังกายแล้วก็ได้เจอเพื่อนพูดคุยกันไปด้วย” (จันทน์, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

การรับประทานอาหารของป้าจันทน์บอกว่าควรเลือกที่มีประโยชน์หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็น แหล่งน้ำมัน และหลีกเลี่ยงอาหารหวาน ๆ

“เขาก็แนะนำไม่ให้กินของทอดของมัน งคอาหารอาทิ ทูเรียน มะม่วง อะไรที่หวาน ๆ ก็ไม่ควรทานเยอะแต่มีบ้างแต่อาจจะนิดหนึ่ง กินไม่มาก แล้วตอนนี้ก็หลีกเลี่ยงอาหารมันๆ เขา แนะนำให้ทานปลาเยอะๆ ทานปลาทานผักอย่างปลา ไข่ เพราะพวกนี้เป็นแหล่งเก็บน้ำมัน เราเบาหวานขึ้นสูง เราก็คุมทุกอย่างจนความดันก็ลด เบาหวานก็ลดลง แต่แก้ที่ไม่ลด” (จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

ป้าจันทน์เชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องใส่ใจในการดูแลตนเองทั้งเรื่อง อาหารและการมีเวลาในการออกกำลังกาย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้ผู้ป่วยที่มี รายได้น้อยได้มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย ส่วนแพทย์ที่ป้าจันทน์รักษาอยู่

ด้วยในปัจจุบันก็ต้องพัฒนาการรักษาให้มากยิ่งขึ้นเพราะโรคในปัจจุบันมีความรุนแรงและพัฒนาตัวเองด้วยเช่นกัน

6. ป้าจู้

● ข้อมูลส่วนบุคคล

ป้าจู้วัย 70 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาสถานภาพสมรสหย่าร้าง เป็นชาวกรุงเทพฯ ตั้งแต่กำเนิดมีบุตร 5 คนปัจจุบันนี้อยู่กับลูกสาวคนโต และหลาน

“แยกกันตั้งแต่อายุ 32 แล้วเลี้ยงลูกคนมาตลอดตอนนี้อยู่กับ 3 คน หลานและก๊ลูกสาว”
(จู้, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

บุคลิกลักษณะ เป็นหญิงร่างผอม ผิวเข้ม ถ้ายังไม่ได้พูดคุยด้วยจะเหมือนว่าป้าจู้เป็นคนดู แต่เมื่อได้พูดคุยแล้ว เป็นคนเปิดเผยพูดตรงไปตรงมา และเฮฮา เวลาได้พูดคุย

ป้าจู้เคยเป็นแม่ค้าขายขนมหวานแต่ปัจจุบันไม่ได้ทำอาชีพนี้อย่างถาวรแล้ว ความสุขเล็กๆ น้อยๆ ของป้าจู้คือการรอลุ้นล็อตเตอรี่ในแต่ละงวด รายได้ที่มีได้รับจากลูกๆ ส่งให้ใช้จ่าย

“ลูกชายที่ว่าขายของตัวดำบอกว่าแม่จะลำบากทำไม เราก็อยู่เฉยๆ เคยขายของหวานพวก ลอดช่อง รวมมิตร ชามละ 10 บาท ก็ออกเช้าหน่อยตอนสายๆ ก็เก็บแล้วได้วันละประมาณ 300 แต่ตอนนี้ก็เลิกทำแล้วคือเราชอบเล่นหวยแต่ไม่เล่นมากนักนะ เช่นล็อตเตอรี่ 2 ใบ หวย 200 แค่นี้พอแล้ว ตอนนี้ก็อยู่บ้านซักผ้าทำงานบ้าน ตอนนี้ก็ไม่ต้องหุงหาเองออกซื้อกินกันเองเราไม่ทำเพราะอาหารที่เขาทำเราก็ไม่ชอบบางทีก็ไม่หุงข้าว อย่างเมื่อเช้าก็กินผักต้ม บางทีก็มีน้ำพริก บางทีก็ใส่เกลือ บางทีก็เอาซีอิ๊วจิ้ม” (จู้, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

ป้าจู้เล่าให้ฟังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางการแพทย์ที่ไปทำฟันกับนักศึกษาแพทย์แล้วมีผู้ป่วยต่อว่านักศึกษาแพทย์ที่พิมพ์ฟันหลายครั้ง แต่สำหรับป้าจู้ถือว่าพอใจเพราะมีแต่นักศึกษาแพทย์หน้าตาดีแล้วเอาใจเก่ง

“เคยมีปัญหาเรื่องฟันแล้วหมอที่ศูนย์นี่ก็แนะนำให้ไปโรงพยาบาลมีนักเรียนทันตแพทย์ เขารักษาให้ ป้าไปก็ชอบมากเลยมีแต่เด็กเรียนสวยๆ รุ่่นๆ หนูทั้งนั้นเลยหล่อๆ ทั้งนั้น เอาใจเก่งเขาก็ขอให้ป้ามาทำฟัน 10 ครั้งได้ไหมเพราะหมอจะต้องเรียนป้าก็รับคำว่าได้ถ้าหมอเรียนก็จะมาให้ หมอก็ถามว่าบ้านป้าอยู่ไกลหรือเปล่า เราก็ว่าไกล วันนั้นมาถึงบ้านบ่าย 2

โมง ถึงบ้าน 1 ทุ่มเลย บางคนก็ด่าหมอนะ ไปป้อมปากเขาหลาย ๆ ครั้งปากเขาก็เปราะ ป้อม แล้วป้อมอีกเป็นบางคนเขาก็อาจจะว่า โอ้ย..ทำไมดีเลย อย่างนี้แบบนี้ บางทีคนไข้ก็น่าดูเหมือนกัน แต่ป้อมก็รับรองว่าตามสบายเลยหนูป้าให้เรียนแต่ไอ้โหเขาป้อมฟันป้า 10 ครั้ง ได้มั้ง แต่หมอตฤณก็เป็นคนแบบเกรงใจใจพูดว่า “ป้าเปราะหมดแล้ว เดี่ยวเข็ดให้ นะครับ” ป้าก็ว่าไม่เป็นไร เข้าทำฟันตั้ง 2 ชั่วโมงนะ แล้วหมอดีดี เอาใจเรานะถือกระเป๋ามาให้เราไปที่ โต๊ะทำฟันด้วย” (จ๊, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

- ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ป้าจ๊ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 10 ปีแล้วช่วงแรกรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชเมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สาธารณสุขสูงในปัจจุบันได้ประมาณ 5 ปีแล้ว ได้รักษากับหมอคณเดิมมาตลอดจนถึงปัจจุบัน

“รักษากับเขามาตั้งแต่แรก ๆ เราเห็นเขาให้ยาดีถูกกับโรคเราเวลาเรากินบางครั้งน้ำตาลลด เราอยู่ใกล้ ๆ เราก็คอยมาวัดความดันถ้าดีเราก็ลดยา ยาความดันกับยานอนหลับบางทีเขาก็ให้แผง-2แผง เรานอนไม่ค่อยหลับ แต่ไม่ได้ทานทุกวัน ไม่ค่อยชอบทานยามาก” (จ๊, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

นอกจากป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วก็จะมีความดันควบคู่กันไปด้วย

“ก็ภูมิใจนะว่าเราไม่มีโรคอะไรมากมีแต่เบาหวานอย่างเดียวส่วนความดันก็มีลดๆขึ้นๆ บ้าง เวลาเครียดก็จะขึ้นหมอกก็จะแนะนำว่าอย่างไรไปเครียดนะ” (จ๊, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

ในบางครั้งป้าจ๊มีอาการเวียนหัว และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าควรจะทำลูกอมติดตัวไว้ด้วย

“แล้วบางทีเราก็ขาดน้ำ ก็เอาทอฟฟี่ไปอม บางทีน้ำตาลลดเกินไปก็จะเหมือนเป็นลมมันจะเวียนหัวเราจะทานลูกอมเข้าไปก็ใช้ได้ หมอกก็ให้ติดทอฟฟี่ไป ให้ติดกระเป๋ามาอาจารย์หมอบอกเราก็ทำแบบนี้ บางทีน้ำตาลมันลดกระทันหันเราไปรถไปทำบุญอะไรอย่างนี้ตามต่างจังหวัด อาจารย์หมอกก็แนะนำให้เรานำทอฟฟี่ติดกระเป๋ามาไว้เลย” (จ๊, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

- การดูแลตนเอง

ป้าจู้ได้ข้อมูลในการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล และการแลกเปลี่ยนรับฟังข้อมูลจากผู้อื่น

“ก็คนนู้นบอกบ้างคนนี้บอกบ้าง หมอด้วยหมอแนะนำ เขาก็จะมาจากศูนย์ใหญ่ก็มีเขาก็บอกว่าควรทำอย่างนี้น้อย่างนั้นเราก็จำเอาไว้สิ่งไหนที่คิดเราก็ต้องลด อย่างสัมพันธ์นี้ทานมากก็น้ำตาล เราก็ทาน ๆ ที่เราก็เอาบ้างครั้งลูก แต่อย่างแอปเปิ้ลเราก็ชอบทาน แต่ป่าชอบทานของรสเปรี้ยวด้วยใจ เวลาทำกับเขาลูกเขาจะใส่น้ำตาลแต่เราไม่ชอบใส่น้ำตาลแต่ว่ามะนาวกับเผ็ด ๆ จะเอาหน่อยนึง (หัวเราะ) แต่ว่าหวานก็จะลด ลดน้ำตาลลง เราก็ชอบเราก็ต้องตัดใจว่าจะไม่เอาอย่างกะทิห่ามมากเลยเราจะไม่ทาน นานมากเลย 3-4 เดือนถ้าไปงานเราถึงจะไปทานได้เอาหน่อย” (จู้, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

ป้าจู้ให้ความสนใจเรื่องสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เพราะผู้ศึกษาจะพบเห็นป้าจู้มาออกกำลังกายเป็นประจำเกือบทุกวัน

“ปกติออกแอโรบิคลานนอกเขาจะมีทุกวันแหละค่ะ เว้นวันอาทิตย์ ถ้าฝนไม่ตกนะถ้าฝนตกก็เดินในบ้านเปิดเพลงเดินเอา คือเราต้องรักษาสุขภาพ”

(จู้, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

นอกจากการออกกำลังกายแล้วผู้ศึกษาเห็นป้าจู้เดินไปลอนตันหญ้าข้าง ๆ ลานเดินแอโรบิค จึงสอบถามว่าต้นอะไรคำตอบที่ได้คือฟ้าทลายโจรเป็นสมุนไพรที่รับประทานเพื่อรักษาสารพัดโรค โดยเฉพาะใช้หัวถึงแม้ฟ้าทลายโจรจะไม่ได้มีสรรพคุณเพื่อโรคเบาหวานโดยตรงแต่พฤติกรรมที่ป้าจู้ทำหวังถึงการสนใจสมุนไพรซึ่งป้าจู้รับประทานมานานและแนะนำวิธีการรับประทานให้ผู้ศึกษาได้ทราบด้วย

“เขาบอกว่ามันแก้ไอพวกหวัดได้ ไอ้หวัดนกเราก็ทานอันนี้เข้าไปอย่างเราไอมีเสมหะเราก็กินเข้าไปที่บ้านหลานสาวเขาก็กินยาฟ้าทะลายโจรแคปซูลก็ไม่ดีเท่าใบสด เวลากินเราก็เอามะยมมาไว้กินแก้ลมไปด้วยพอกินไอ้นี้ก็ไม่วัดกันนะที่บ้าน ต้มกินอาทิตย์ละหนวลกจิมน้ำพริกกินก็ได้ ต้มมานี้น้ำเขียวอ้อเลย ขมระดับบรรพชรรเลย ถ้ามาเจาะเลือดที่นี้ไอ้ปู่เขาจะแนะนำ (พยาบาล) ให้กินฟ้าทะลายโจรช้ ถ้าต้มห้ามนำไปแช่ตู้เย็นกินนะ จะกินไม่ได้เลยมันจะยิ่งขมมากต้องกินตอนอุ่น ๆ ป้าก็กินมะยมแก้ลมตามไปด้วยแก้ขม”

(จู้, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

“ลวกจิ้มน้ำพริกกินก็ได้ ต้มมาน้ำนี้เข้าอ้อเลย ขมระดับบรรเพชชเลย ถ้ามาเจาะเลือดที่นี้ไว้ ปู่เขาจะแนะนำ (พยาบาล) ให้กินฟ้าทะลายโจรชี่ ถ้าต้มห้ามนำไปแช่ตู้เย็นกินนะ จะกินไม่ได้เลยมันจะยิ่งขมมากต้องกินตอนอุ่น ๆ ป้าก็กินขมขมแกล้มตามไปด้วยแถม ให้หลานกินด้วยนะหลานมันก็ร้องว่า “คุณยายจะตายแล้วมันขมจะตายแล้ว” เราก็เลยว่ามันว่ากินยาให้มันตายไปแล้วแค่นี้แหละ เดียวนี้มันก็กินกันได้แล้ว ฟ้าทะลายโจรก็ดีมาก ขนาดคนข้างบ้านเขาเอาฟ้าทะลายโจรให้หนักกิน นกมันยังกินเลยนะ อย่างตาที่อยู่ที่บ้านไร้เขาก็บอกว่ามันเป็นยารักษาได้ทุกอย่าง ที่บ้านก็กินแบบนี้ทุกอาทิตย์ กำนึงก็ได้ประมาณ 4-5 แก้วเวลาต้มก็ให้ใส่น้ำน้อย ๆ นะ ทานมีอนึ่งก็ทิ้งไปเลยบางทีก็ต้มทิ้งรากเลย”

(จู้, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

สำหรับโรคเบาหวานป้าจู้จะรับประทานแต่ยาที่แพทย์สั่งเท่านั้นถึงแม้จะมีข้อมูลจากผู้อื่นแนะนำให้รับประทานยาหม้อด้วยแต่ป้าจู้ก็ไม่สนใจและจะไม่ฟังการรับประทานยาที่แพทย์สั่ง

“บางคนก็ชอบลงเนื้อชอบลงยาเราก็อย่าไปทำตามเขา อย่างไรก็ตามเราก็ควรจะกินยาโรงพยาบาลก่อน ถ้าอยากกินอย่างอื่นก็ไม่ว่าแต่อย่าพึ่งยาอื่นต้องกินไว้เพราะยาพวกนี้เป็นยาคุมเบาหวาน แต่เรื่องยาสมุนไพรพวกนี้มีคนแนะนำเยอะ ให้กินยาหม้อ ๆ ละ 20 บาท เขาบอกว่ากินแล้วหายแต่เราก็ไม่กินนะ” (จู้, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

ในวัยของความเป็นผู้สูงอายุป้าจู้ภูมิใจที่ตนเองไม่ได้มีโรคที่ป่วยมากนัก แค่เพียงเบาหวานกับความดันเป็นเรื่องปกติเมื่อสูงวัยมากขึ้นการดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายและรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งเป็นสิ่งที่ดีที่สุขของป้าจู้ การรับประทานสมุนไพรเป็นสิ่งที่ป้าจู้สนใจเพราะจะไม่ไปกระทบต่อยาที่รักษาอยู่ในปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพที่ป้าจู้ใช้อยู่ในปัจจุบันทำให้ได้รับยาได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีแพทย์และพยาบาลให้ความรู้ในการดูแลตนเองและรู้สึกดีต่อแพทย์ที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลแพทย์

1.คุณหมอปัญญา

- ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณหมอปัญญา (นามสมมุติ) วัย 27 ปี เป็นคนจังหวัดนครปฐม แต่ตัดสินใจแต่งงานกับคุณหมอดีด้วยกันที่เป็นคนในจังหวัดที่คุณหมอรักษาอยู่ในปัจจุบันจึงทำให้คุณหมอปัญญายกบ้านจะพักหลักรักษาอยู่ที่นั่นอีกนาน

“อยู่นานครับ (ยิ้ม) ก็แต่งงานกับคนที่นี้ เพิ่งจะแต่งงานกับแฟนได้ไม่นาน น่าจะอยู่ทำงานที่นี้นานครับ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

คุณหมอพักอยู่ที่หอพักของทางโรงพยาบาล และมีบ้านแฟนอยู่ในตัวจังหวัดอีกด้วยซึ่งบางวันคุณหมอก็จะไปพักที่บ้านแฟนแล้วตอนเช้าเดินทางมาทำงานระยะทางไม่ห่างจากโรงพยาบาลมากนักจึงทำให้การเดินทางมาทำงานของคุณหมอสะดวก

“ตอนนี้ก็พักที่โรงพยาบาลครับ แต่ก็มีพักที่บ้านแฟนในบางวัน เดินทางก็ไม่ไกลสะดวก แต่ถ้าอยู่ที่โรงพยาบาลก็ตื่นสายได้หน่อย การทำงาน (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

คุณหมอพึงพอใจในอาชีพที่เป็นอยู่เพราะเป็นอาชีพที่ต้องทำเพื่อประชาชนถึงแม้จะต้องเสียเวลาส่วนตัวออกไปบ้างคุณหมอก็ยังคงพอใจจะประกอบอาชีพนี้อย่างมีความสุข

“ผมว่ามันเป็นอาชีพที่ OK ถึงแม้จะมีคนไข้เยอะแต่เราก็ทำได้แต่ความเยอะของคนไข้ไม่ใช่จะทำให้ผมรับไม่ได้ค่ะ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

บุคลิกลักษณะ คุณหมอใส่แว่น มีเชื้อสายจีนแต่ผิวไม่ขาวมากนัก สูงประมาณ 175 เซนติเมตร เป็นคนหนุ่มที่พูดคุยกับผู้ศึกษาอย่างเป็นกันเอง พูดไว มีสำเนียงเหนือ ยิ้มแย้มแจ่มใส

● ประวัติการทำงาน

คุณหมอเรียนจบมาได้ประมาณ 6 ปีแล้ว เป็นแพทย์ทั่วไป ประวัติการทำงานของคุณหมอเคยไปเป็นแพทย์ที่อุบลราชธานี 2 ปี นครบุรี 2 ปี และย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลในปัจจุบัน สำหรับการงานในโรงพยาบาลแห่งนี้จะมีขั้นตอนคัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์เพื่อช่วยให้การตรวจขอบแพทย์ทำได้ไวยิ่งขึ้น

การทำงานปกติคุณหมอจะเริ่มเข้างานปกติช่วง 8.00 น. คุณหมอก็จะไปพบผู้ป่วยในแล้วออกตรวจผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 9.00 น. - 12.00 น. ทั้งนี้ในบางครั้งก็จะมีตรวจเกินเวลา 12.00 น. ถ้าหากมีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก โดยเฉพาะในวันที่มีคลินิกเบาหวานซึ่งโรงพยาบาลกำหนดให้มีทุกวันพุธและพฤหัสบดี

“โดยปกติจะออกตรวจเกือบทุกวัน เวลา 9 โมงถึงเที่ยง อยู่ฝ่ายเวรประจำที่โรงพยาบาล เดือนละประมาณ 5-7 ครั้งตั้งแต่เวลาเช้าถึงค่ำ การทำงานสำหรับวันที่เป็นคลินิกเบาหวาน

ช่วงพุทธถึงพฤษหัตถ์ ผมออกตรวจตอน 9 โมงถึงเที่ยง แต่ถ้าบางวันเยอะก็จะนานกว่านั้น”
(ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)

การทำงานในวันที่มีคลินิกเบาหวานจะมีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก นอกจากคุณหมอยังจะพูดคุยกับผู้ป่วยในการรักษาแล้ว คุณหมอยังมีพยาบาลคอยช่วยให้ความรู้หลังจากที่ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์เรียบร้อยแล้ว

“เออ...พยาบาลก็ Screen ก่อนเขาเห็นน้ำตาลสูงเขาก็จะถามมาให้ก่อนแล้วหมอก็มาถามต่ออีกระดับหนึ่งแล้วพอออกจากห้องหมอก็จะมี Exit nurse เบาหวานเขาก็จะละเอียดและอธิบายให้อีกทีหนึ่ง ของโรงพยาบาลเรามีแค่ 2 คนครับ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)

คุณหมอปัญญาเล่าว่าในแต่ละวันได้พบกับผู้ป่วยจำนวนมากถ้าจะกล่าวถึงผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจะจำไม่ได้ แต่ถ้าหากได้พบหน้ากันก็จะพอทำให้นึกออกและด้วยการตรวจโรคเบาหวานใช้แพทย์ตรวจหลายคนจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยแพทย์แบบเวียนกันไป ซึ่งถ้ารายละเอียดในเชิงลึกเรื่องอาการของโรคจะต้องอาศัยดูจากสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

นอกจากนี้แพทย์ทุกคนจะต้องออกเวรตรวจเบาหวานทุกคนเพราะผู้ป่วยมีจำนวนมาก ข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่ต้องดูแลมีประมาณ 2,000 ราย แต่ผู้ป่วยจะมารักษาที่โรงพยาบาลประมาณ 1,000 ราย ส่วนที่เหลือสมัครใจรักษาสถานพยาบาลใกล้บ้าน (อนามัย) จะมีการเจาะเลือดให้ยากับผู้ป่วยเหมือนกันกับที่โรงพยาบาล โดยการดูแลของเจ้าหน้าที่อนามัย และมีพยาบาลวิชาชีพคอยดูแลอยู่

คุณหมอปัญญาเชื่อว่าการได้พูดคุยกับผู้ป่วยจะไม่ทำให้โรคของผู้ป่วยลุกลามหรือบรรเทา
ลงไปได้

“การที่ผู้ป่วยได้รับยาได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เราสามารถได้ข้อมูล องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งหวังว่าบางอย่างจะไม่เกิดขึ้นกับคนไข้เช่น ทำขาด เป็นแผลจะไม่เกิดขึ้น เพราะเขาจะได้พูดคุยกับเราได้รับยา ได้ซักประวัติ ซึ่งถ้าเป็นแบบนี้ปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่น่าจะเกิดขึ้น” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)

“การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นหมายถึงเรื่องของการรับประทานยา พฤติกรรมในชีวิตประจำวันทั้งเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การรับประทานยาจะไม่ลำบากกับคนไข้เท่ากับการปฏิบัติตัวเอง รวมถึงถ้าต้องฉีดยาจะยุ่งยากกับคนไข้อยิ่งกว่าเพราะฉีดยากต้องหรือใครฉีดยาให้ด้วย” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)

การบริการเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญด้วย และคิดว่าการมาโรงพยาบาลสิ่งที่ดีที่สุดคือการได้ยากลับไป

“ผู้ป่วยส่วนใหญ่เรียกร้องการได้ยาให้ความสำคัญกับยามากกว่าการปฏิบัติตน มาหาหมอต้องได้ยา ดังนั้นเวลามียาอยู่ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ ก็จะไม่มาหาหมอตตามนัด บางครั้งก็เป็นเพราะความไม่สะดวกเรื่องไม่มีค่ารถมาหาหมอ ไม่มีคนพามาอันนี้ก็ขึ้นอุปสรรคที่คนไข้ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)

“ผู้ป่วยที่กินยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการดูแลตนเองที่น่าพอใจในระดับหนึ่งแต่ถ้าคนที่ไม่กินยาอย่างสม่ำเสมอ กำลังกายก็ไม่ออกแบบนี้ก็คงไม่ดี ทางโรงพยาบาลก็จะมีการตรวจผู้ป่วยให้มาตรวจร่างกายเพื่อดูเบาหวานส่วนใหญ่เราก็จะสามารถเข้าถึงคนไข้ได้หมด แต่บางทีก็อาจจะมีบ้างที่เป็นเบาหวานภายหลังแล้วเป็นแบบไม่รู้ตัวแต่สำหรับคนที่เบาหวานแล้วรู้ตัวและก็ไม่กินยาแบบนี้ก็จะถือว่าดูแลตนเองไม่ดี แต่ถ้าคนที่กินยาสม่ำเสมอก็ดีกว่าแบบแรก แต่ถ้ากินยาและปฏิบัติตัวด้วยก็จะยิ่งดีขึ้นอีก กับอีกแบบกินยาสม่ำเสมอ ออกกำลังกายอย่างเคร่งครัด เลือกรับประทานอาหาร เท่านั้นไม่พอดูแลเรื่องสภาพจิตใจอารมณ์และความเครียดได้ดีก็จะดียิ่งขึ้นอีกระดับ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจากอดีตถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างจากทัศนคติของคุณหมอปัญญา

“ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในอดีตกับปัจจุบัน คิดว่าดีขึ้นกว่าเดิมแน่นอนเพราะการเข้าถึงระบบการให้บริการสาธารณสุข และเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของคนไข้น่าจะดีขึ้นกว่าเดิมในเรื่องการรับรู้ของคนไข้ด้วย ผู้ป่วยสมัยนี้น่าจะเข้าใจได้ดีกว่าสมัยก่อนเพราะเรื่องการปฏิบัติตัวต้องอาศัยความเข้าใจ (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

ด้านความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ป่วยคุณหมอปัญญาเล่าว่าไม่ได้มีการดูแลผู้ป่วยรายใดเป็นพิเศษทุกคนจะได้รับการรักษาแบบเสมอภาคกัน

“การดูแลผู้ป่วยจะไม่ได้ดูแลใครเป็นพิเศษหมดจะดูแลผู้ป่วยแบบเสมอกัน ยกเว้นคนที่
 ควบคุมน้ำตาลไม่ดีเราก็จะขอให้เค้านอนโรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนยา”
 (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

บ่อยครั้งที่คุณหมอปัญญาได้พบกับผู้ป่วยที่บอกว่าตนเองรับประทานยาของแพทย์ร่วมกัน
 กับการรับประทานสมุนไพร

“มีผู้ป่วยบางประเภทก็บอกว่าตัวเองกินยาสมุนไพรเพิ่มด้วยเช่น บางคนไปพบว่ากินผักสด
 ใบมะยมทำให้ระดับน้ำตาลน้อยลง เพราะอาจจะไม่ร่อยทำให้กินข้าวน้อยลง แล้วทำให้
 เบาหวานดีขึ้นก็อาจจะเป็นเช่นนั้นจริงหรือเปล่าอันนี้ยังไม่มีการพิสูจน์กัน บางทีคนไข้ก็
 มาบอกว่ากินใบนั้นใบนี้แล้วเบาหวานดีขึ้นก็มี การกินยาสมุนไพรของคนไข้บางทีหมอก็
 ไม่ได้ห้ามไม่ให้กินแล้วแต่คนไข้เพราะเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
 ก็เป็นความจำเป็นที่คนไข้จะค้นพบในการหาแนวทางการรักษาแบบอื่น ๆ ร่วมด้วยเพื่อ
 หาทางออกให้กับตนเอง” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรักษาในระดับเบื้องต้นได้แต่ถ้าโรคมีความ
 รุนแรงถึงขั้นต้องผ่าตัดใหญ่ผู้ป่วยจะถูกส่งไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดอีกที่

“ถ้าโรคมีความรุนแรงมาก ๆ เช่นต้องตัดขาเราก็จะส่งโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่าไปตัดขาใน
 ตัวเมือง” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

คุณหมอปัญญาได้กล่าวถึงโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นโครงการที่รักษาผู้ป่วย
 ส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาและกล้าที่จะมาพบแพทย์

“โครงการบัตรทองไม่ได้เป็นโครงการเพื่อรักษาขั้นพื้นฐานแต่เป็นโครงการเพื่อรักษาผู้ป่วย
 ทั้งหมด ด้วยหลัก ๆ แล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่อยากมาโรงพยาบาลหรอกเพราะเสียเวลาเสียค่ารถ
 ด้วย สิ่งที่ทำให้ผมรู้สึกพอใจคือการทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ ในขณะที่
 สมัยก่อนการมาพบแพทย์ต้องมีเงินเท่านั้นถึงจะมารับการรักษาได้ มากก็บางทีที่ไม่มีเงินจ่ายบ้างติด
 นุ่นติดนี้ก็อาจจะมีการเกรงใจแพทย์บ้าง แต่เดี๋ยวนี้เค้ามาก็มาหาหมอได้ด้วยความสะดวกสบายใจเค้าก็
 จะมั่นใจว่าระบบจะดูแลเขาเป็นอย่างดี และตัวเราเองก็ไม่ต้องห่วงเรื่องการเก็บเงินเค้าด้วย ข้อดี
 ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มง่ายขึ้น โอกาสขาดยาน้อยลง แต่ดีกว่าแต่

ก่อนเมื่อก่อนเวลามาหาหมอก็คต้องจ่ายเงินกันหมดทำให้โอกาสมาหาหมอก็คจะยากกว่าสมัยนี้”
(ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

2. คุณหมอมูติ

● ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณหมอมูติ (นามสมมุติ) วัย 79 ปี คุณหมอเป็นหมอมาวุโสที่สมัครใจทำงานหลังวัยเกษียณอายุ

“บังเอิญก่อนเกษียณผมอยู่กองส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันโรค เราก็สนใจทางนี้อยู่แล้ว พอเกษียณที่นี้ไม่มีแพทย์เราก็เลยมาขอช่วยเขา ก็คิดว่าแทนที่เกษียณจะอยู่บ้านไม่ค่อยได้พูดคุยกับใครก็มาทำงานจะดีกว่าก็เลยติดอยู่ที่นี้เลย ก็ไม่แน่ว่า 80 ปีอาจจะเป็น *Second Retired* ก็ได้ ผมก็ยังไปช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านบางแค 2 ด้วยครับ (วุฒิ, สัมภาษณ์, 6 พฤษภาคม 2552)

บ้านคุณหมอกับสถานพยาบาลอยู่ใกล้กันทำให้การเดินทางในบางครั้งก็จะนั่งรถประจำทาง บางครั้งลูกชายมาส่ง

“ส่วนใหญ่ลูกเค้าก็จะมารับมาส่งครับ แต่บางทีก็กลับเองถ้าลูกเค้าไม่สะดวก”
(วุฒิ, สัมภาษณ์, 6 พฤษภาคม 2552)

การทำงานของคุณหมอเป็นไปด้วยความสุขเพราะที่ทำงานใกล้บ้าน และรักษาผู้ป่วยในเขตชุมชนใกล้บ้านจนรู้จักทำให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยสะดวกและสบายใจในการทำงาน

“ชุมชน ใกล้บ้านใกล้หมอ หมอเองก็ทำงานใกล้บ้าน ก็ทำให้ทั้งประชาชนและแพทย์ได้รับความสะดวกและสบายใจไม่ต้องเดินทางไปหาหมอไกล หมอก็คไม่ต้องไปทำงานไกลด้วย” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

“แฉวนี้คนไข้ผมทั้งนั้นแหละ ผมอยู่ที่นี้มา 10 กว่าปีแล้วละครับ” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

บุคลิกลักษณะ คุณหมอมิเชื้อสายจีน ผอม ขาว ยิ้มตลอดเวลาที่คุย ทำให้รู้สึกว่าคุณหมอดูอบอุ่น และเป็นกันเอง คุณหมอยังเล่าให้ฟังว่าคุณหมอมิคนไข้พิเศษที่ต้องดูแล คือภรรยาของคุณหมอมิเองก็ป่วยเป็นโรคเบาหวานด้วยเช่นกัน

“ก็มีภรรยาผมอันนี้ต้องดูแลเป็นพิเศษ (หัวเราะ) ภรรยาเป็นมากเหมือนกันเพราะตอนแรกผมไม่ได้ดูแลเขาจนเป็นอัมพฤกษ์ไปเลย พอเป็นแล้วเซลล์หลอดเลือดถูกทำลายไปอุดตัน เป็นก้อน เป็นโรคแทรกซ้อนด้วย” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

- ประวัติการทำงาน

ตลอดระยะเวลา 80 ปีของคุณหมอรักษาผู้ป่วยมากมายหลายที่ ในช่วงแรกก็จบการศึกษาแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ คุณหมอสัมครไปเป็นแพทย์ทหารแล้วจึงมาทำงานกับกรมการแพทย์ภายหลัง

“สมัยก่อนรุ่นผมจบกันก็ไปเป็นแพทย์ทหารหมด แล้วก็ประมาณ ไม้ก็เดือนกรมการแพทย์ก็ขอตัว” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

คุณหมอเคยไปเป็นหมอประจำจังหวัดหลายแห่ง เช่น จังหวัดเชียงราย เพชรบุรี จังหวัดชลบุรี และกลับมาทำงานให้กับสำนักอนามัยสาธารณสุขในเขตต่าง ๆ และทำงานที่กองส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค จนวัยเกษียณอายุจึงขออาสาช่วยงานที่สำนักงานอนามัยสาธารณสุขที่อยู่ปัจจุบัน

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในระดับ Primary Care ดูแลผู้ป่วยได้เบื้องต้น หากกรณีที่ต้องการตรวจรักษาเฉพาะทางผู้ป่วยจะถูกส่งไปที่ Secondary Care จะมีแพทย์เฉพาะทางให้การดูแลผู้ป่วย

“ที่เราเป็น Primary Care จะมีโรงพยาบาลต้นสังกัด เป็น Secondary Care เราก็ออกไปส่งตัวไป (หมอยิ้ม) (หมอยิ้ม) (หมอยิ้ม) ถ้าเบาหวานขึ้นตาก็ต้องส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเรื่องตาค่ะด้วย พวกที่เป็นน้ำตาลสูง ๆ ต้องรักษาพวกทำให้ดีกว่ารักษาหน้า หน้าไม่เป็นไรแต่ทำสำคัญ เพราะเลือดไปเลี้ยงน้อย เป็นไปนาน ๆ หลอดเลือดมันอาจจะตีบ เลือดไปเลี้ยงไม่ดี ถ้ามีน้ำตาลสูง การติดเชื้อก็มีมากขึ้นด้วย” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 6 พฤษภาคม 2552)

คุณหมอกล่าวถึงผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในปัจจุบันมีตัวเองสูงขึ้นเรื่อย ๆ

“คนไทยเป็นประมาณ 2 ล้าน จาก 60 กว่าล้าน ทุกวันนี้เหมือนเป็นโรคประจำตัวเหมือนที่หนูว่านั่นแหละ เป็นเพราะพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เครียด ความจริงผมก็เกษียณ 10 กว่าปีแล้ว ผมก็เลยมาช่วยรักษาที่นี่ ตั้งแต่ปี 2537 เป็นเวลา 15 ปีแล้วอยู่มานานคนไข้ก็รู้จักผมแหละครับ (ยิ้ม) บ้านผมก็อยู่ใกล้ ๆ นี่แหละชอยตรงข้าม พอเกษียณอายุแล้วก็เลยขอสมัครมาดูแลผู้ป่วยที่นี่” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 6 พฤษภาคม 2552)

คุณหมอบทว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสนับสนุนให้แพทย์รักษาผู้ป่วยได้สะดวก ถึงแม้คุณหมอจะเคยทำงานมาหลายแห่งแต่รู้สึกว่ที่นี่แพทย์กับผู้ป่วยใกล้ชิดกัน

“ความใกล้ชิดที่นี่จะมีมากกว่า แทบจะรู้จักกันทั่วเลย (หัวเราะ) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช) เขาก็พบว่าควรมีสถานพยาบาลที่ใกล้ทำงาน ใกล้บ้าน การดูแลดี มีพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ถ้าเป็นมาก ๆ ต้องมีการเปลี่ยนสายยาง แนะนำทางการแพทย์เราก็จะมีเจ้าหน้าที่ไปคอยช่วยเหลือดูแล บางคนหายไม่นาน ๆ ไม่มาหาหมอเลย เราก็จะบอกพยาบาลว่าลองไปเยี่ยมที่บ้านซิไม่รู้ว่าเป็นยังงัยกันบ้าง ความใกล้ชิดคิดว่าโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เพราะที่นี่เราก็ออยู่รักษาเองเป็นประจำ บางที่เห็นหน้าไม่ต้องบอกก็รู้แหละว่าคนนี่เขาเป็นอะไร ประวัติบางคนมาก็มาบึกใหญ่ ๆ อีกพวก ก็พวกความดันก็มาก” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

คุณหมอเป็นห่วงผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และอยากให้ประชาชนรู้จักกับการดูแลตนเองซึ่งประชาชนในปัจจุบันมีการรับรู้ได้ดีกว่าสมัยก่อน

“สมัยก่อนไม่ค่อยรู้เรื่องเบาหวาน ไม่เข้าใจว่าเป็นเบาหวานมาหาแพทย์ก็ระยะสุดท้ายแล้วแต่คนสมัยนี้พอรู้ว่าเอ๊ะ ทำไมน้ำหนักลด ปัสสาวะเยอะ กระหายน้ำ พวกนี้ก็จะมาตรวจแล้วเหมือนพอเริ่มเป็นก็ไม่ได้มาหาหมอ แต่เดี๋ยวนี้เริ่มเป็นสังเกตตัวเองก็มาหาหมอตั้งแต่นั้น ๆ บอกกันรุ่นต่อรุ่นว่าเป็นแบบนี้ น่าจะไปตรวจเบาหวาน” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

เวลาทำงานของคุณหมอปกติจะเป็นช่วง เช้า 8.00-12.00 แต่บางวันที่มีคลินิกเย็นก็จะต้องตรวจช่วงเย็นด้วย และผู้ป่วยมักจะได้พบกับแพทย์คนเดิมเพราะจะมีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์คนเดิม

“ประวัติก็จะมีใบประวัติไว้ใช้รักษา ที่เรามีคลินิกตอนเย็นด้วยนะครับ ตอนเย็นจะเลือกไม่ได้ เพราะมีหมออยู่คนเดียววันละครับ และก็หมอนเวียนมาจากที่อื่นเขาก็ต้องลงว่า คลินิกเย็น โรคเบาหวานส่วนใหญ่ของที่นี่เขาจะเลือกคนไหนก็จะเป็นคนนั้น ก็อาจจะมียางครั้งถ้าไม่มาแล้วก็อาจจะได้พบกับหมอกคนอื่น เขาก็จะสั่งยาเหมือนที่เราสั่งผู้ป่วยต้องไปพบเจ้าหน้าที่ Screen ก่อน เพื่อไปวัดความดัน ถ้าเป็นเบาหวานก็จะไปเจาะเลือดก่อน” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัดและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครสามารถอธิบายรายละเอียดต่าง ๆ รวมถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นทั้งจากที่ผู้วิจัยได้สังเกตและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยสามารถแบ่งออกได้เป็นมิติด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านร่างกายดังนี้

มิติด้านสังคม

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าสภาพของสังคมในของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัด มีวิถีชีวิตแบบพื้นบ้านพื้นฐานอาชีพจากการเป็นเกษตรกรมาก่อน สังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัดจะเป็นการอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนเล็ก ๆ ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้สัมภาษณ์ ทั้งป้าฉวี ป้าวรรณ และป้าอารี จะอยู่ระแวกบ้านในกลุ่มเดียวกันมีความรู้จักมักคุ้นกันเป็นอย่างดีบ้านถัด ๆ ไปก็จะเป็นบ้านของลูกหลานของป้าอารีที่ทั้งป้าฉวีและป้าวรรณเคยเห็นมาตั้งแต่เด็กจนโตสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามที่เพื่อนบ้านต้องการความช่วยเหลือได้บ้าน ระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลห่างกันประมาณ 10 กิโลเมตรการเดินทางไปพบแพทย์ในแต่ละครั้งของป้าฉวีต้องเดินทางไปพร้อมกับป้าวรรณด้วยรถจักรยานยนต์เป็นประจำหรือบางครั้งก็ต้องไปพร้อมกับป้าอารีที่จะมีลูกขับรถไปส่งที่โรงพยาบาล ขนาดของชุมชนที่อยู่เป็นชุมชนขนาดเล็กการรับรู้เรื่องการดูแลตนเองที่ได้รับจะได้จากการปรึกษากับแพทย์ในวันที่มีคลินิกเบาหวานจะมีพยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อาทิ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบและนำมาปฏิบัติตนเองที่บ้านได้ บริเวณบ้านพักอาศัยจะเป็นบ้านทรงไทยภาคกลางปลูกติดริมแม่น้ำปลูกผักกิมมี่พวกกระถิน ผักขายน้ำพวกผักบุ้ง จึงทำให้อาหารในบางมื้อไม่ต้องไปซื้อหาที่อื่นซึ่งสภาพความเป็นอยู่เหล่านี้แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่อยู่ในกรุงเทพมหานครที่อยู่อาศัยเป็นแบบทาวน์เฮ้าส์ประกอบอาชีพค้าขาย สังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครจะมีการรวมกลุ่มกันในการออกกำลังกายโดยเฉพาะป้าจู้และป้าจันทร์ เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยกันเสมอ ๆ ในวงของการออกกำลังกายจะมีการพูดคุยกันทั้งเรื่องสุขภาพ และเรื่องต่าง ๆ ที่จะให้คำปรึกษากันได้ระหว่างกลุ่มเพื่อน แต่สำหรับป้ากิมถึงแม้จะไม่ชอบร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นแต่ก็จะมีวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเองโดยการเดินและปั่นจักรยานรอบ

หมู่บ้าน สำหรับระยะทางระหว่างบ้านของกลุ่มผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครกับสถานพยาบาลมีระยะห่างเพียงแค่นี้ไม่เกิน 1 กิโลเมตรซึ่งสามารถเดินมาเข้ารับการรักษาได้ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกที่จะเดินทางโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

มิติด้านจิตใจ

ความเป็นอยู่ของกลุ่มผู้ป่วยในต่างจังหวัดยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาปากท้องและรายได้ที่ไม่พอต่อการใช้จ่ายและการบริโภค รวมถึงการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงบุตรช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ดังนั้นการเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ป้าวิซึ่งเป็นหญิงตาบอดยังคงทำงานนวดแผนโบราณ รวมถึงป้าวรรณที่ต้องการจะทำงานแต่สุขภาพไม่เอื้ออำนวยให้จึงต้องเครียดกับรายได้ที่ไม่พอในแต่ละเดือนรวมถึงการที่ลูก ๆ ต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ได้อยู่ด้วยกันและมอบภาระในการเลี้ยงดูหลานให้กับป้าวิและป้าวรรณต้องดูแลแทน แต่สำหรับครอบครัวของป้าอารียังคงมีแบบพออยู่พอกินซึ่งบางครั้งก็จะให้ความช่วยเหลือเรื่องอาหารการกินกับครอบครัวของป้าวรรณและป้าวิในบางครั้ง แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครจะแตกต่างกันกลุ่มผู้ป่วยในต่างจังหวัด เรื่องความเป็นอยู่ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จะได้จากการทำงานพิเศษเพิ่มจากที่ลูกให้การเลี้ยงดู โดยป้ากิมขายขนมในวันพระ ป้าจันทน์เป็นแม่ครัวให้สมาคมผู้สูงอายุ และป้าจู้ขายขนมหวานในวันว่าง จึงทำให้มิติด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครไม่มีความกังวลใจเรื่องส่วนตัวแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัด สำหรับกำลังใจที่ดีที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานทั้งกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดคือ ลูกหลานและความไม่ต้องการเป็นภาระกับลูกหลานที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคเบาหวานต่อไป

มิติด้านร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัดจะมีสภาวะ โรคที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะกรณีของป้าวิที่มีความรุนแรงของโรคทำให้เบาหวานลงตากลายเป็นคนตาบอดต้องการความช่วยเหลือพึ่งพิงบุตรหลานในเรื่องอาหารและการจัดยาให้รับประทานส่วนเรื่องการออกกำลังกายจะทำได้ขึ้นอยู่กับความสะดวกในแต่ละครั้ง ส่วนป้าวรรณมีโรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคไขข้อรูมาตอยทำให้ร่างกายไม่มีแรงออกกำลังกายได้เป็นบางครั้งอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดคือสามีของป้าวรรณเอง สำหรับป้าอารีสามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องสุขภาพแต่ต้องการพึ่งพิงบุตรเวลาที่ต้องเดินทางไปพบแพทย์ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครมีอายุโดยเฉลี่ยแล้วมากกว่าผู้ป่วยในต่างจังหวัดแต่คู่มือมีความกระฉับกระเฉงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยในต่างจังหวัด สังเกตได้ว่าผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครจะมีการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ การรับรู้เรื่องการดูแลตนเองได้ทั้งจากสถานพยาบาลและการเข้ากลุ่มกับ

ชมรมผู้สูงอายุแต่สำหรับป่ากิมถึงแม้จะไม่ได้เข้าอยู่ในชมรมผู้สูงอายุแต่ก็มีการแลกเปลี่ยนความรู้กับการจัดกิจกรรมของผู้ใหญ่บ้านได้เป็นอย่างดี

การสัมภาษณ์แพทย์ 2 ราย

การสัมภาษณ์แพทย์ในต่างจังหวัดผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์กับแพทย์ในโรงพยาบาลจึงมีแพทย์ในหลายระดับอายุซึ่งแพทย์ผู้ทำให้สัมภาษณ์เป็นแพทย์ที่ยังมีวัยวุฒิน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกความน่าเชื่อถือในการรักษาจะแตกต่างไปจากแพทย์ที่มีวัยวุฒิสูงกว่าอย่างเช่นกรณีของแพทย์ในกรุงเทพมหานครที่เป็นตัวอย่างในการสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีอายุ 80 ปีแล้วทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกรงใจแพทย์ที่มีความอาวุโสมากกว่า และผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์ที่มีวัยวุฒิจะมีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ได้ทำงานกับสถานที่ใกล้บ้านทำให้เกิดความสุขที่ได้มาทำงานและทำเพื่อชุมชนที่ตนเองอยู่ ส่วนการทำงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้แพทย์มีความรู้สึกสบายใจมากกว่าแต่ก่อนที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาพยาบาลได้เต็มที่โดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่จะเรียกเก็บกับผู้ป่วยเพียงแต่รักษาผู้ป่วยให้อยู่ในกฎเกณฑ์ที่วางไว้ของระบบเท่านั้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

ผลการศึกษา

ในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นการก่อรูปของรูปแบบความสัมพันธ์ ขึ้นอยู่กับมุมมองของปัจเจกบุคคลทั้งแพทย์และผู้ป่วยที่จะมองบทบาทของตนเองอย่างไรและบทบาทของผู้อื่นอย่างไร จนกระทั่งกลายเป็นการกำหนดบทบาทของแต่ละฝ่ายเป็นกรอบให้เกิดช่วงชั้นและกำหนดพฤติกรรมรูปแบบความสัมพันธ์ของแต่ละฝ่ายให้เกิดขึ้น จึงทำให้การศึกษาในบทนี้จะกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้ประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมใช้สิทธิในการรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มากที่สุด ภายใต้ความคาดหวังความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการรักษา ซึ่งในอดีต Talcott Parsons ได้อธิบายเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ 3 ประการ กล่าวคือ ความสัมพันธ์แบบแพทย์เป็นผู้ปกครองสั่งการลูกและผู้ป่วยเป็นลูกทำตามผู้ปกครอง ความสัมพันธ์แบบแพทย์เป็นผู้สั่งการผู้ป่วยที่มีความกังวลและต้องการคำแนะนำ และความสัมพันธ์แบบร่วมมือกันรักษาโดยผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ทราบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยประเทศไทยในปัจจุบันภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกับสิ่งที่ Talcott Parsons กล่าวไว้อย่างไร โดยพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ดังต่อไปนี้

5.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.2 อำนาจกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

- 1) วาทกรรมใหม่เกี่ยวกับอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
- 2) อำนาจกับการสั่งการระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

5.3 ความคุ้นเคยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 1) ระยะเวลาในการเข้าตรวจ
- 2) ความต่อเนื่องในการรักษากับแพทย์คนเดิม

5.4 ความเข้าใจและความคาดหวังของแพทย์และผู้ป่วยต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.5 บทบาทของแพทย์ในมุมมองของผู้ป่วย

5.6 บทบาทของแพทย์ในการมองตนเอง

5.7 บทบาทของผู้ป่วยในมุมมองของแพทย์

5.8 บทบาทของผู้ป่วยในการมองตนเอง

5.9 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.10 การก่อรูปของความสัมพันธ์จากการรับรู้และการเรียนรู้

5.11 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นข้อมูลการสัมภาษณ์ทั้งแพทย์และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ จากนั้นผู้ศึกษาจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพของรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดขึ้นเพื่อประชาชนเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ โดยให้การดูแลผู้ป่วยโดยรัฐบาลเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามกระบวนการที่ได้กำหนดไว้ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการใด ๆ ในการเข้ารับการรักษาได้เข้าถึงการรักษาได้อย่างไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และด้วยความเข้มแข็งของประสิทธิภาพในการจัดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีการจัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกันได้อย่างเท่าเทียมกัน

การบริหารงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยหน่วยงานในระดับดับส่วนกลางและส่วนจังหวัด บทบาทของหน่วยงานในระดับส่วนกลางได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานประกันสุขภาพ จะมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบวิธีการในการขึ้นทะเบียนและออกบัตร การจัดสรรงบประมาณ และการบริหารจัดการโครงการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพและคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ส่วนบทบาทของหน่วยงานในระดับส่วนจังหวัดได้แก่ กำหนดให้มีคณะกรรมการเพื่อดำเนินในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนฝ่ายวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนประชาชนหรือภาคประชาสังคม โดยให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยบริการตามกรอบนโยบายที่กำหนด

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิทั้งในต่างจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงมุ่งเน้นความสำคัญของการบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้มากที่สุด การบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นการบริการรักษา

พยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคในเบื้องต้นรวมถึงการผสมผสานกับสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้นั้นอยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เป็นบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้กับประชาชน ไม่เพียงจะเป็นแค่การรักษาพยาบาลเท่านั้น จุดประสงค์ด้านอื่นๆ เกี่ยวกับการที่แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีโอกาสเข้าถึงด้านจิตใจ และสังคมกับคนในชุมชนแล้วยังเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นได้ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยิ่งขึ้นจึงทำให้ในบางครั้งมีผู้เรียกบริการปฐมภูมิในหลากหลายชื่อได้แก่ (สำเร็จ แหยงกระโทก, 2543)

1. สถานพยาบาลด่านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด่านหน้า (Front Line Care)
2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care หรือ Primary Medical Care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)
4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ โดยมีลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิดังนี้ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข , 2545)

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
 2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
 3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
 4. ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสุขภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น
- ผลของการให้บริการปฐมภูมิจะสามารถทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินในระดับเบื้องต้นได้ สามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้ทั้งร่างกายจิตใจและสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอัน

เสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน การติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนได้อย่างทันการณณ์ และหน้าที่ประการสุดท้ายคือการเป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชนและระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถก่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือกันเป็นอย่างดีภายในชุมชนระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางการแพทย์

1. การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการที่ประชาชนจะเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้นั้น จำเป็นที่จะต้องมีการจัดรูปแบบของเครือข่ายเพื่อกระจายให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักการในการจัดเครือข่ายดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย <http://cro.moph.go.th/ssa/ssa17/immage/REGIS.htm>, 2553: ออนไลน์)

1. ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย
2. ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพบูรณาการและมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่างครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดปัญหาการบริการที่ซ้อน
3. ต้องเอื้อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน โดยทั่วหน้าเอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง
4. ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการที่ผสมผสานดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวบูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน
5. สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว
6. สร้างความร่วมมือในการให้บริการภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

ด้วยหลักการในการจัดรูปแบบของเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องมีการระบบการทำงานของหน่วยงานที่เป็นคู่สัญญาที่จะให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเข้าถึงประชาชนที่อยู่ทั่วประเทศได้มีความสะดวกและมีขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล โดยแบ่งหน่วยงานที่เป็นคู่สัญญาออกเป็น 3 กลุ่ม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย <http://cro.moph.go.th/ssa/ssa17/immage/REGIS.htm>, 2553: ออนไลน์)

- 1) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CUP) (อ้างอิงจาก สำเร็จ แหงกระโทก , 2543) หมายถึง สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อ

จัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หรือเรียกว่า Main Contractor ก็ได้ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ(Purchaser) มาทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องจัดบริการเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) แต่เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง เช่น สถานีอนามัยยังไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญา ได้ผู้ซื้อบริการจึงต้องไปทำสัญญากับจุดที่ทำสัญญาแทนได้ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชน จึงเป็น CUP แทน สถานีอนามัย ดังนั้น จึงเรียกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก หรือ Main Contractor ส่วน สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดจึงเรียก สถานีอนามัยว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรองหรือSub – Contractor หรือ PCU ก็ได้ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัวซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจ จัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (sub - contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท

- 2) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting unit for Secondary care, CUS) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลักสถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับ ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน
- 3) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for Tertiary care, CUT) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

การเก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์งานวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยในบริการปฐมภูมิในต่างจังหวัดเป็นบริการปฐมภูมิหลักที่เป็น โรงพยาบาลประจำอำเภอผู้ป่วยจะได้พบกับแพทย์เมื่อได้เข้าตรวจกับแพทย์ที่โรงพยาบาลในขณะที่โรงพยาบาลแห่งนี้มีบริการปฐมภูมิรอง ซึ่งเรียกว่า สถานีอนามัย มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยส่วนในกรุงเทพมหานครเป็นบริการปฐมภูมิรองซึ่งไม่ได้ให้บริการได้ครบทุกประเภทแต่มีแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้น

5.2 อำนาจกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. วาทกรรมใหม่เกี่ยวกับอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์และสังเกตกระบวนการรักษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้สร้างวาทกรรมใหม่เกิดขึ้นผ่านการรับรู้จากประสบการณ์ในการรักษากับแพทย์ ไม่ใช่เพียงแพทย์จะเป็นผู้กำหนดว่าผู้ป่วยคือ “คนป่วย” เท่านั้น แต่ผู้ป่วยได้ผลิตว่าแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรคและให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยให้ได้อย่างพึงพอใจภายใต้กรอบระบบระเบียบของโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถ้าแพทย์ไม่เป็นไปตามกรอบนั้นผู้ป่วยจะใช้อำนาจในการแสดงออกถึงความไม่พอใจกับแพทย์ ร้องเรียน ซึ่งถือว่าเป็นวาทกรรมชุดใหม่ที่เกิดขึ้น อำนาจจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้เสมอ

“เดี๋ยวนี้หมอดีกว่าแต่ก่อน พุดจาดีกว่าเก่า เดี๋ยวนี้เขาก็กลัวคนไข้จัดซื้อไปร้องเรียนเขาต้องโดน แต่คูแล้วไม่ค่อยจะดีโดยนิสัย แต่ดีเรื่องกลัวโดนร้องเรียน ที่ไม่ดีก็บางครั้งเขาคุ หมอบางคนที่บอกว่าไม่ดีเขาพูดว่า “เออถ้าไม่กลัวตายก็ กินเข้าไป” ป้าก็เถียงหมอกคนนี้นะ ว่า “คุณหมอถ้าไม่กลัวตายก็ไม่มาหาคุณหมอรอก แต่นี่กลัวตายเลยมาหา” ป้าก็ว่านั่น บางคนที่ดีบางคนก็คุที่กินเงินเดือนหลวงนะ ประโยคนี้อีกว่า “กินเงินเดือนหลวงแล้วยังคุอีก” พุดต่อหน้าหมอ (หัวเราะ) ก็จริงๆ นี่ดูว่า ใครจะอยากให้น้ำตาลขึ้นล่ะ หลังจากนั้นก็ยังไม่ได้เจอหมอกคนนี้อีก แต่ถ้าเจอเขาคุป้าก็เถียงอีกแหละ (หัวเราะ) ถ้าหมอปุดดีกับเรา ก็ไม่เถียงเขา แต่ที่นี้ถึงค่าๆกัน ขอยาอะไรก็ให้ละ” (ฉวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

บทสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างสามารถถ่ายทอดได้ถึงการรับรู้สิทธิในการที่ผู้ป่วยสามารถร้องเรียนแพทย์ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลวัตเมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการให้บริการกับผู้ป่วยที่เป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศให้เข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสามารถรับข้อเสนอแนะเรื่องร้องเรียนจากประชาชนเพื่อนำไปปรับปรุงระบบบริการ แพทย์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ภายใต้กรอบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประชาชนสามารถส่งข้อเสนอแนะหรือร้องเรียนได้ จึงทำให้เกิดอำนาจในสังคมใหม่ที่ผู้ป่วยบางคนมองตนเองเป็นผู้มีอำนาจผ่านกระบวนการปฏิบัติการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. อำนาจกับการสั่งการระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

วินิจฉัยของแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิ่งที่แพทย์สั่งเป็นสิ่งที่เหมาะสมยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยรับรู้และซึมซับว่าสิ่งใดที่ตนควรปฏิบัติตามนั้นคือสิ่งที่แพทย์สั่งให้ทำและไม่ควรละเลยนอกจากนี้การละเลยสิ่งที่แพทย์แนะนำผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณผิด

“ถ้าวันไหนผลเลือดดีเขาก็ไม่ว่าเขาก็มีชมเรานะว่ารอบนี้คุมน้ำตาลได้ดีนะ แต่ถ้าไม่ดีเขาก็ดูเอา ก็เกร็งเลยนะ โอ้โห...เครียดเลยแหละ กลัวหมอมว่าเราต้องทำตัวดี ขนาดวันนี้ที่มาหาหมอ กลัวหมอมว่าต้องแอบไปออกกำลังภายในห้องน้ำก่อน เลยเดี๋ยวกลัวหมอมว่าเอา” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

อำนาจในการสั่งการของแพทย์เป็นสิ่งที่นิยามว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลภายใต้คำแนะนำจากแพทย์ และผู้ป่วยเป็นผู้ยอมรับในอำนาจสั่งนั้นและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ โดยไม่ได้โต้แย้งในคำแนะนำเหล่านั้นของแพทย์และถือว่าสิ่งที่แพทย์แนะนำเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

“แล้วแต่หมอแหละว่าเค้าจะว่ายังไง เราไม่เคยไปเสนอหรือกว่าจะทำงานนั้นอย่างนี้ เพราะเราจะไปรู้ดีกว่าหมอได้ไง” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

นอกจากการยอมรับว่าสิ่งที่แพทย์แนะนำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้วการแสดงความเคารพเป็นนัยหนึ่งของการให้ความสำคัญและความเกรงใจกับผู้มีอำนาจต่อตน

“ป่าไปหาหมอมที่ไรก็ไหว้เกตุกทีแหละ เรื่องการรักษาแก่งเราก็ต้องเชื่อเค้าจะให้เราทำยังไงเราก็ควรปฏิบัติอย่างที่หมอมว่าให้ได้” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

“หมอมแะใจดีนะนำเคารพ แกแนะนำดีให้เราควบคุมอาหารและออกกำลังกายป่าก็ทำได้นะ เมื่อก่อนเราไม่รู้มาก่อนพอแกแนะนำเราก็ต้องทำให้ได้” (จันท, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

“หมอมแนะนำเรานะดีที่สุดแล้ว เราไม่ควรไปกินอะไรสะเปะสะปะ ถ้าน้ำตาลสูงแล้วคุมไม่ได้ก็จะอันตราย ป่าก็กินยาตามที่หมอมสั่งนั่นแหละ” (จู้, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

การวินิจฉัยของแพทย์เป็นอำนาจในการบ่งชี้ให้ผู้ป่วยควรกระทำตามที่แพทย์แนะนำ การสั่งห้าม การแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่แพทย์กล่าวจึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามจรรยาบรรณที่แพทย์พึงมี แต่อาจจะส่งผลต่อความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามก็ได้

“สิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยคือ 1. ทำตามที่หมอมแนะนำนั่นแหละ (หัวเราะ) หมอมแนะนำอะไร ป่าก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี 2. คือการคุมอาหาร ก็คุมอาหารหวาน ๆ ห้ามกิน 3. ก็การออกกำลัง ก็ตามที่ผู้ป่วยออกได้บ้าง ถ้าเป็นไปไม่ได้ให้ต้องออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง

30-40 นาทีอย่างต่อเนื่อง แบบนี้ไม่รู้ว่าจะทำได้หรือเปล่า แต่ก็อธิบายไปให้เขาทำ เขาทำอะไรได้บ้าง หรือบางคนจึงกรยานได้ก็ดี บางคนเข้าเล่มก็แล้วแต่นะ แต่ก็ควรออกกำลังกายครับ แล้วก็ทำอะไรก็ได้ก็ต้องดูแลตนเอง ถ้าเป็นเบาหวานมานาน ๆ ก็ต้องระวังภาวะแทรกซ้อน เช่นเป็นแผลที่เท้า ต้องใส่รองเท้าอย่าไปเตะนู่น เตะนี่ ถ้ามีซากก็ต้องคอยระวังตัวแล้วถ้ามันซาแล้วไม่ใส่รองเท้าเดินไปเตะนู่นนี่แล้วก็เป็แผลจะรักษาแผลได้ยาก พอมาคู่อีกทีแผลก็เน่าแล้ว ต้องตัดเท้าก็มี การพบภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานจะมีเยอะ บางคนที่ทำไม่ได้ก็มีเสียง แกกก็จะเสียงว่าคุมแล้ว ได้แค่นี้แหละ แบบนี้ก็มีเหมือนกัน บางคนก็พยายามคุมแล้วได้แค่นี้ กับอีกพวกก็ไม่ค่อยได้คุมแล้วก็กิน ๆ มาแกก็จะบอกว่าบางที่มันก็อดไม่ได้บางที่ก็มีเหมือนกัน บางทีก็เสียดายของบางทีถูกซื้อมาแล้วไม่มีใครกินแกก็กินคนเดียวแบบนี้ ไม่รู้ว่าเรียกว่าเตียงหรือเปล่า (หัวเราะ) แต่แกก็คิดว่าแกมีเหตุผลของแก เหตุผลในการกินของแก แล้วก็เป็นอย่างว่าทำไมน้ำตาลถึงขึ้น (หัวเราะ) (ปัญญา, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2552)”

“ก็ถ้ากินยาตรงตามที่หมอสั่งก็ถือเป็นการเริ่มต้นที่ดีแล้ว ร่วมกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ถ้าผู้ชายสูบบุหรี่ ทานเหล้าพวกนี้ก็จะแนะนำว่า อย่าทานพวกนี้จะมีผลต่อโรคให้รุนแรงมากยิ่งขึ้น หมอก็แนะนำผู้ป่วยไม่ให้กินข้าวมาก ๆ ผู้ป่วยก็เคยมีเสียงว่าไม่ให้กินก็หิวนะซิ ผมก็เลยบอกว่าไม่ใช่หมายถึง กินกับให้เยอะหน่อยปริมาณข้าวให้ลดลง กับที่ว่าก็ควรจะเป็นประเภทผักปลาให้มาก กินพออิ่มก็ให้แคลอรีที่เท่ากันบางคนเขากินข้าวเยอะ เน้นข้าวเป็นหลัก 1-2 จาน ควรจะตัดซัก 1 ทัพพี เท่านั้น หมอไม่ได้สั่งให้อุดอาหาร แต่ให้กินข้าวน้อยกับเยอะได้แคลอรีเหมือนกันต่อวัน” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการสั่งการให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างที่แพทย์แนะนำซึ่งอำนาจเหล่านี้ยังคงปรากฏอยู่ในการศึกษาในครั้งนี้ การตัดสินใจของแพทย์ และการสั่งการของแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกต้องและต้องเคารพในคำวินิจฉัยนั้น จากการศึกษาคั้งยังพบอีกว่าผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครยอมรับและมอบอำนาจการวินิจฉัยโรคให้กับแพทย์โดยดี แต่ในปัจจุบันโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพและการรับรู้สิทธิของผู้ป่วย กลับทำให้ข้อของอำนาจนั้นเปลี่ยนไป ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถที่จะแสดงออกได้ถึงสิทธิในการเรียกร้องเกี่ยวกับการรักษารวมถึงความไม่พอใจจากการสั่งการ ซึ่งการไม่พอใจของผู้ป่วยที่เราวิจัยคือการ ร้องเรียน ที่ผู้ป่วยทำได้ภายใต้กรอบของระบบมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

อำนาจทำให้เกิดช่องว่างของความสัมพันธ์เพราะบทบาทของบุคคลภายใต้อำนาจหน้าที่ที่มีต่างกัน ดังนั้นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสืบเนื่องจากปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการขาดความคุ้นเคยได้พบกันบ่อยครั้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยจะใช้ระยะเวลาเป็นตัว

ประสานเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างกันเพื่อให้เข้าใจตัวตนของแต่ละฝ่ายได้มากขึ้น ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในข้อ 5.2

ความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจที่ได้พบจากการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากที่ Talcott Parson ได้กล่าวไว้เมื่อแพทย์เป็นผู้มีหน้าที่สั่งการแต่ในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเรียกร้องสิทธิ และแสดงออก กับแพทย์เหมือนเป็นผู้ให้บริการอำนาจการสั่งการในบางครั้งจึงอยู่ในขอบเขตสิทธิที่ผู้ป่วยมีจากการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับความจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยกับแพทย์มีความสามัคคีปรองดองกันยิ่งขึ้นจึงต้องอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ผูกพันกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

5.3 ความผูกพันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างความสัมพันธ์ความผูกพันกัน จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา เป็นตัวแปรสำคัญที่ก่อให้เกิดความผูกพันกันเคย จากการสัมภาษณ์แพทย์และผู้ป่วยพบว่าโครงสร้างระบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นสวัสดิการรักษายาบาลพื้นฐานให้กับประชาชนส่วนมากของประเทศ พบว่ามีข้อจำกัดเรื่องของเวลาที่ได้เข้าพบแพทย์มีเวลาได้พูดคุยกันน้อยเพราะมีผู้ป่วยคอยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก แต่มีแพทย์อยู่จำนวนน้อย นอกจากนี้การพบกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในแต่ละครั้งจะไม่ได้เจอกันอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับในแต่ละครั้งจะได้พบกับแพทย์คนใดโดยเรียงลำดับตามคิวในการเข้าตรวจ

1. ระยะเวลาในการเข้าตรวจ

การจะทำความรู้จักและคุ้นเคยกันต้องมีระยะเวลาเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้บุคคลทั้งสองฝ่ายเข้าใจกันและรู้จักกันมากขึ้น กรณีเดียวกันกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเวลาที่ได้พบกันจะสามารถทำให้ทั้งสองฝ่ายได้พูดคุยเรื่องเกี่ยวกับโรคหรือเรื่องอื่น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น จากการได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเข้าตรวจกับแพทย์ได้ไม่นานดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“แบบเดียว ก็ประมาณซักไม่เกิน 5 นาทีน่าจะได้ ก็คุยเรื่องเจ็บป่วยอย่างเดียวแบบเดียว เค้ามีคนไข้เยอะ ก็ไม่ค่อยใส่ใจเรามากนักหรอก คุยกันก็เดียวเดียว จำกัดยังแทบไม่ได้เลย” (วรรณ, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2552)

“เจอหมอกี่ไม่นานตรวจเสร็จก็ออก ถ้าจับเวลาก็ไม่เกิน 5 นาทีเท่านั้นแหละคนไข้เค้าเยอะ คุยได้ไม่นาน” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

“เจอกันก็ประมาณ 5-10 นาที ถ้าวันไหนยาน้อยก็เร็วหน่อย” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

“ไม่ค่อยนานนะคุยเรื่องป่วยก็ชักเดียวเดียวแหละ 5 นาที” (จิว, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

“คุยกับหมอไม่นานคะเกรงใจแก่ เกรงใจคนไข้ด้วยคุยไม่นานคะ” (จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

สำหรับป้าวิในบางครั้งมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทั่วไปเพราะความรุนแรงของโรคเบาหวานของป้าวิมากกว่าคนอื่น

“บางทีก็นานเหมือนกัน เขาก็ซักถามว่าดูแลตัวเองอย่างไร อยู่กับลูกหลานหรือเปล่าใครดูแล หมอบางคนเขาก็สนใจเรานะ ก็จะคุย บางคนเขาก็กลัวเรากินยาไม่ถูก เขาก็ให้กล่องยามาว่าก่อนหลานจะไปโรงเรียนให้หลานจัดยาให้ใส่กล่องเอาไว้แล้วจะได้กินได้”

(จิว, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการพบแพทย์ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดจะได้พบแพทย์ในแต่ละครั้งประมาณ 5-10 นาทีเท่านั้นเรื่องที่ได้พูดคุยกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีเฉพาะเรื่องอาการเจ็บป่วยที่ต้องมาพบแพทย์ในขณะนั้น ระยะเวลาที่ได้พบกับแพทย์มีน้อยจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการแพทย์มีความใส่ใจกับผู้ป่วยน้อยตามไปด้วย

แพทย์มีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยที่มารักษาไม่ว่าจะเป็นแพทย์ในเขตกรุงเทพหรือต่างจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในเขตต่างจังหวัดจะเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำอำเภอที่ผู้ป่วยสังกัดซึ่งมีปริมาณมากกว่าแพทย์หลายเท่าทำให้ระยะเวลาในการเข้าตรวจต้องจำกัดเพื่อกระจายเวลาที่มีให้กับผู้อื่นรายอื่น ๆ ได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน

ด้วยขีดจำกัดดังกล่าวของแพทย์ในเขตต่างจังหวัดที่มีจำนวนน้อยกว่าความต้องการของผู้ป่วยจึงทำให้แพทย์ต้องตรวจรักษาผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งคุณหมอปัญญาได้กล่าวไว้ว่า

“เวลาที่พบกับคนไข้จะไม่ค่อยนาน เพราะมันมีขีดจำกัดของการตรวจด้วย เพราะคนไข้เยอะมาก มีหมอบริเวณ 4-5 คนที่ห้องตรวจแต่คนไข้ 200-100กว่า ๆ นี่ หมอคนนึงก็จะตรวจ 40-50 คนใน 4 ชั่วโมง บางคนก็ใน 2-3 ชั่วโมงแบบนี้ (ยิ้ม)เราจะคุยกับคนไข้กับคนไข้ได้นานหน่อยก็อาจจะซัก 4-5 นาทีต่อคนเท่านั้นแหละ อธิบายได้ระดับหนึ่งแต่เจาะลึกก็ไม่มีเวลาพอ ก็จะส่งให้พยาบาลหน้าห้องเป็นพยาบาลเบาหวานเป็นคนอธิบายอีก

ทีหนึ่ง ที่เป็นพยาบาลเบาหวานเขาจะเกาะว่าเมื่อเข้ากินอะไร กินอะไรเป็นประจำบ้าง เขาจะ
ละเอียดไปอีกเยอะ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 28 พฤษภาคม 2552)

แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครจะมีผู้ป่วยที่ดูแลน้อยกว่าแพทย์ในต่างจังหวัด โดยแพทย์
ชี้แจงจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลในแต่ละเดือนดังนี้

“(คุณหมอหิบบอกสารประวัติผู้ป่วยมาดูแล) เอาตั้งแต่เมื่อไหร่คือล่ะ อย่างเดือนมกราคมก็ 187
คน เดือนกุมภาพันธ์ ก็ 200 คน มีนาคม 189 คน เมษายน 186 พฤษภาคม 167 อันนี้เป็นต่อ
เดือนนะครับ” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

2. ความต่อเนื่องในการรักษากับแพทย์คนเดิม

การนัดหมายผู้ป่วยให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจอาการในครั้งต่อไปโดยปกติจะนัดเดือนละ 1
ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติก่อนก็จะสามารถมาพบแพทย์ก่อนได้ แต่การสร้างความสัมพันธ์
นั้นต้องมีเวลาที่ได้พบกันบ่อย ๆ กันกับคนเดิมซึ่งสามารถทำให้รู้ประวัติ จดจำชื่อ จดจำใบหน้า
ลักษณะนิสัยได้พอสมควร ซึ่งสามารถก่อให้เกิดความเกรงใจกันได้

การพบกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเขตต่างจังหวัดระดับการจัดการของสถานพยาบาล
แบ่งเป็นระดับ Primary care คือสถานอนามัยจะไม่มีแพทย์ให้บริการและระดับ Secondary careคือ
ระดับโรงพยาบาลประจำอำเภอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะวันที่มี
คลินิกเบาหวานจึงมีผู้ป่วยจำนวนมากมารับการรักษาพร้อมกันในวันตรวจคลินิกเบาหวาน ห้องกร
ตรวจมี 5 ห้องผู้ป่วยจะถูกเรียงลำดับการเข้ารับการรักษา แพทย์รับรู้ประวัติและวิเคราะห์โรคจาก
สมุดประวัติของผู้ป่วยร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

“ผมก็ตรวจคนไข้ทุกคนเหมือนกันนะ (หัวเราะ) ไม่รู้ว่าเขาจะสนิทกับผมหรือผมสนิทกับ
เขาหรือเปล่า รู้แต่ว่าส่วนใหญ่ก็แนะนำทุกคนนะ ว่าให้คุมน้ำตาลหน่อยนะ ถ้าไม่คุมก็ต้อง
ฉีดยานะ ก็เค้าก็คงจะกลัวแล้วคงมีความพยายามขึ้นมาบ้างนะครับ เขาเห็นหมอบอกบ่อย ๆ
ก็คงจะพยายามขึ้นมาบ้างนะครับ ถ้าจะให้ดีเดือนนี้พยายามคุม เดือนหน้าถ้าคุมไม่ดีต้องฉีด
ยาแล้ว ยาคุมเอาไม่อยู่แล้ว ก็ยังไม่ได้ก็ให้โอกาส ถ้าอยากจะไปพยายามคุมเองต่ออีกเดือนก็
เข้า...ก็ตามใจ แต่ก็รู้ว่าเขาจะทำได้ดีขนาดไหนนะครับ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 28
พฤษภาคม 2552)

“หมอเวียนกันก็ไม่ค่อยคุ้นกันเจอกันก็แค่เดือนละครั้งถ้าจะมาหาหมอก่อนนัดก็ได้แต่จะ
ไม่ได้เจอหมอกคนเดียว แล้วแต่ว่าหมอกไหนจะเป็นเวร ไม่มีหมอประจำหมอกจะเวียนไป
เรื่อย ๆ แต่ถ้ารู้จักกรณีพิเศษกับหมอนะไม่มี” (วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“ไม่ได้เจอหมอคนเดิมหรือ หมอก็เวียนกันไปเรื่อย” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

“การจัดคิวถ้าเราเลือกหมอเขาก็จะบอกว่าวันนี้หมอกันนี้เข้าเวรหมอกันนี้ไม่เข้าเวรเราเลือกไม่ได้หรือไปที่ไรก็ได้ไม่ได้เจอหมอคนเดิม เปลี่ยนไปเรื่อย” (ฉวี, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2552)

ผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครสามารถรักษากับแพทย์คนเดิมได้อย่างต่อเนื่อง ระบบการให้บริการกำหนดให้ Primary care คือศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เรียกว่า “สถานีอนามัย” มีแพทย์ให้บริการทางการแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้นต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางจึงจะต้องส่งให้โรงพยาบาลระดับ Secondary care ภายหลัง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้พบกับแพทย์ตั้งแต่ศูนย์บริการสาธารณสุขแล้วในเขตใกล้บ้านที่มีจำนวนมากถึง 68 แห่งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งจึงกระจายไปตามเขตต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอยู่จึงสามารถจัดให้ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์คนเดิมเพื่อต่อเนื่องในการรักษาได้

“การรักษาที่ศูนย์สาธารณสุขนี้กับโรงพยาบาลก็คล้ายคลึงกันครับ แต่ความใกล้ชิดที่นี่จะมีมากกว่า แทบจะรู้จักกันทั่วเลย (หัวเราะ) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสข) เขาก็บอกว่าควรมีสถานพยาบาลใกล้ที่ทำงาน ใกล้บ้าน การดูแลดี มีพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน แนะนำทางการแพทย์เราก็จะมีเจ้าหน้าที่ไปคอยช่วยเหลือดูแล บางคนหายไปนาน ๆ ไม่มาหาหมอเลย เราก็จะบอกพยาบาลว่าลองไปเยี่ยมที่บ้านซิไม่รู้ว่าเป็นยังไงกันบ้าง ความใกล้ชิดคิดว่าโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เพราะที่นี้เราก็ออยู่รักษาเองเป็นประจำ บางที่เห็นหน้าไม่ ต้องบอกก็รู้แหละว่าคนนี่เขาเป็นอะไร ประวัติบางคนมาก็มาปีกใหญ่ ๆ อีกพวก ก็พวก ความดันก็มาก” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

“ป่าพบคุณหมอกันนี้ตลอด... ไข่คะ (เสียงหนักแน่น)ตลอดเลยคะ(หัวเราะ)เลือกพบแก่ท่านเดียวเลย ไม่ได้เลือกนะพอมานะเขาก็ส่งทางนี้เลย คือ เขาเรียกว่าอะไรดีละ โรคเรากันหมอรู้หมดเลย (หัวเราะ)หาแก่ประจำเลย นอกเหนือจากเรื่องการทำฟันแล้วก็หมอกันนี้แหละตลอด ส่งตัวอะไรแก่ก็จัดการให้ป่าหมดแหละ (จันท, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

“ที่อนามัยก็มีหมอฟันหญิงตรวจอีกคนนะแต่ก็ไม่เคยตรวจกับเขานะ ป่าได้ตรวจกับหมอกันนี้ตลอดคุยกับแก่แล้วสบายใจแก่เป็นหมอกันนี้คืออายุมากแล้วยังมารักษาคนไข้เลย รู้สึกกับแก่เลยว่าเป็นผู้ปกครองเรา เพราะแก่คอยเตือนว่าอย่ากินเยอะคอยเตือนเราเสมอ”

(กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

“อาจารย์หมอเค้า...เราก็รักษากับแกมานานนะ ใ้ปุ้คนเจาะเลือดคนในอนามัยนี้รู้จักกันทุกคน” (จี้, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในต่างจังหวัดจะไม่ได้พบกับแพทย์คนเดิม เนื่องจากการจัดการระบบการให้บริการเป็นการเรียงตามลำดับคิวไม่สามารถเลือกพบแพทย์ได้ แต่ในกลุ่มตัวอย่างเขตกรุงเทพมหานครผู้ป่วยสามารถเลือกพบแพทย์ที่เคयरรักษาอยู่ได้จึงทำให้รู้ประวัติจดจำชื่อ จดจำใบหน้าได้ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ความผูกพันกัน

การที่แพทย์และผู้ป่วยสามารถนัดหมายเพื่อตรวจอาการกับแพทย์และผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่อง จะสามารถสร้างความคุ้นเคย ได้เป็นอย่างดีไม่เพียงแค่ว่าจะพูดคุยแค่เรื่องการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เท่านั้นแต่สามารถพูดคุยสร้างความสัมพันธ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้รอบด้านอื่น ๆ ได้และทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาเรื่องการเจ็บป่วยอื่น ๆ ได้อย่างเปิดเผยด้วย ดังบทสัมภาษณ์นี้

“เรื่องโรคเบาหวานป้าก็คุยกับอาจารย์หมอเลยนะ... คุยกันเลยบอกว่าเราเป็นกรรมพันธ์หรือเปล่า อาจารย์หมอแกยังบอกเลยว่าไม่ใช่มันเป็นแพ้นั้นไปแล้ว (หัวเราะ) อ้าวก็ทำไมละคนไหนไม่เป็นก็เซไปแล้วอาหารเดี๋ยวนี้มีแต่สารพิษ ตัวอาจารย์หมอเองแกก็กินมังสะวิรัตแกไม่กินหมูไก่เลย แล้วก็คุยกับอาจารย์หมอล่าแล้วจะทำไงดีละ ใ้ตัวเรานั้นต้องกิน” (จี้, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะช่วยส่งผลให้ความสัมพันธ์มีความเป็นมิตรต่อกัน แต่ไม่ใช่เพียงการสร้างความสัมพันธ์กันเท่านั้นปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับความเข้าใจหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลต่อความคาดหวังที่มีของทั้งแพทย์และผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดกระทบกับความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ซึ่งจะกล่าวในข้อ 5.4

5.4 ความเข้าใจและความคาดหวังของแพทย์และผู้ป่วยต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือสามารถทำให้ประชาชนรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียมกัน บนพื้นฐานของคำว่าเท่าเทียมกันจึงเกิดความคาดหวังต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องของแพทย์ซึ่งมีผู้ป่วยกล่าวไว้ดังนี้

“สิ่งที่ป้าหวังไว้คือหมอดูแลเรา บอกเรา ไม่ควรดู เราพูดคุยด้วยความรู้สึกได้ ไม่รังเกียจคนไข้ หมอพูดให้ความเห็นใจให้ความคิดคำแนะนำเราแค่นี้เราก็ดีใจแล้ว อยากให้หมอ

ดูแลรักษาคอนไซท์ให้ดีที่สุด ถ้าหมอรู้ว่าคนไข้จะไม่ไหวแล้วขอให้รีบส่งให้โรงพยาบาลใหญ่ จะดีกว่า ปล่อยไว้ก็ยิ่งแย่ คนไข้ทราบอย่างไรมีบัตรทองก็ดีไม่ต้องตั้งค์” (ฉวี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

“จะมีบัตรหรือไม่มีบัตรก็เหมือนกันเลยถ้าไม่คลินิกก็จะคนละอย่าง ถ้าคลินิกพูดดีพูด เพราะเอาใจใส่ บริการดีให้ยาแรงหายเร็ว เร็วด้วย แต่ก็คิดว่าตอนไข้บัตร 500 แต่ก่อนเรา เสีย 30 บาทแต่เดี๋ยวนี้ไม่เสียแล้วแต่ก่อนเสีย 30 บาทแต่เดี๋ยวนี้ไม่เสีย ก็ดีที่อนามัยเขา แนะนำให้เราทำแบบนี้เราก็ไม่ต้องเสียตั้งค์ พอไม่เสียตั้งค์เลยป้าก็ดีใจแล้วสมัยก่อนไข้บัตร 500 ถึงปีก็ทำใหม่ บริการ การพูดจาก็เหมือนเดิมแหละ แต่ขึ้นอยู่กับบางคนอีกแหละขึ้นอยู่กับนิสัยบางคนก็ดีบางคนก็พูดไม่ดี” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

“อยากให้หมอมตรวจเช็คแบบถี่ถ้วน มีเวลาคุยกับคนไข้ได้นานหน่อย” (วรรณ, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในเขตต่างจังหวัดมีความพอใจโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้ป่วยสามารถรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่ผู้ป่วยมีความคาดหวังกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 ประการคือ คาดหวังต่อแพทย์ในการเอาใจใส่ดูแลมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย คาดหวังเรื่องคุณภาพยา และคาดหวังต่อความรวดเร็วและระบบในการส่งต่อผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลต้นสังกัดกรณีโรคมีความรุนแรงมากขึ้น

“มีบัตรทอง (นีก) พูดถึงว่ามันดีกับเขาชนทั่ว ๆ ไป เพราะพวกเราจ่ายตรงนี้ช่วยได้ อย่างพูดถึงคนที่ไม่มีบัตรทองเขาใช้อีกแบบหนึ่ง พวกนี้ก็จะสะดวกทันใจเรา เราอาจจะช้าหน่อยแต่ก็ถือว่าดี อย่างเราไปรักษาตัวหมอเขาดูแลดีมากนะ ถึงหลวงเสียเงินแล้วเราไม่เสียเงินแต่เขาก็ดูแลดีอย่างสม่ำเสมอ เพราะบัตรทองเขากำหนดว่าบ้านเราอยู่ที่ไหนก็ให้ไปที่นั่น สะดวกเรามีบัตรทองก็สะดวกที่สุดพูดตามตรงก็เรื่องของรายจ่าย (หัวเราะ) อันนี้ดีค่ะ ยาก็ใช้ได้ดูแลก็ดี” (จันท, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

“มีบัตรทองก็คืออย่างเวลาเราเป็นอะไรเขาก็ส่งเราที่โรงพยาบาลเราไม่ต้องเสียเยอะเยอะ การรักษาก็ดีเหมือนกันกับเสียตั้งค์แหละเขาก็เอาใจคินะ เออว่า... ไม่ใช่ว่า 30 บาทแล้วจะเลวนะเขาก็รักษาคินะ ไม่ใช่เราเสียเงินแล้วจะดีเลิศมันก็เหมือนกัน เขาก็พูดกันทุกคนนะว่าไม่เสียเงินเนี่ยก็ดีหมอก็เอาใจใส่ดี ใครที่ว่าไม่คินะเราจะเอาแต่ใจไม่ได้นะหมอเขาไม่ได้รักษา

เราคนเดียวเขาต้องรักษาคนเป็นร้อย ๆ ไข้ใหม่เราต้องเห็นใจเขาด้วยกว่าเขาจะมาตรวจเรา เขาต้องตรวจมาอีกเท่าไร? ตรวจชั้นนู่นชั้นนี้ไข้ใหม่” (จู, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

“ตั้งแต่มีบัตรทองก็ดีกว่าแต่ก่อนเมื่อก่อนป่าไข้บัตร 500 แต่ตอนนี้ไม่ต้องเสียอะไรแล้วก็ดี ถึงยาจะไม่ดีเท่าคลินิกแต่ป่าว่าก็ดีกว่าไม่มียารักษาเลยนะ หมอที่นี่เขาก็จ่ายยาตรงกับโรค แกใจดีป่าก็ไม่รู้จะไปดีอะไรดี ทุกวันนี้ก็ช่วยรัฐบาลเขามั่ง ใส่ตู้บริจาค ใส่ทีละ 20 บาทมั่ง สงสารรัฐบาลก็ช่วยเขาไปบ้างที่ตู้บริจาค” (กิม, สัมภาษณ์, 14 พฤษภาคม 2552)

การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครมีความพอเข้าใจหลักการของ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนที่มีจำนวนมากซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดบางประการที่ผู้ป่วยยอมรับได้ เช่น เวลาการเอาใจใส่ของแพทย์ที่จะมีให้ผู้ป่วยน้อยเพราะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก คุณภาพของยาอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยเห็นว่าเหมาะสมตรงกับโรค และถือว่าเป็นโครงการที่ทำให้กับผู้ป่วยได้บรรเทาความเจ็บป่วยได้จริง

แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดมีความเข้าใจตรงกันถึงนโยบายที่จะให้บริการทางการแพทย์กับประชาชนอย่างเสมอภาคกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นคนยากคิมีเงินก็สามารถใช้สิทธิรักษาที่สถานพยาบาลได้เหมือนกับสวัสดิการอื่น ๆ ทำให้แพทย์จ่ายยาได้ด้วยความสบายใจ เต็มที่ในการรักษาให้กับผู้ป่วย ความแตกต่างกับสวัสดิการอื่น ๆ อาจจะมีบ้างเรื่องตัวยาบางตัวที่มีราคาแพงในบางครั้งด้วยแหละนี่อาจเกินความจำเป็นในการรักษาโรคให้กับผู้ป่วย

“ดี ดี ผมคิดว่าบัตรทองเป็นสิ่งที่ดีนะ ผมคิดว่าคนยากคนจนมันก็มีเยอะอยู่นะที่นี้ไม่ใช่ว่าเป็นอำเภอที่มีคนรวยอยู่ เพราะคนรวยก็มีอยู่ในอำเภอนี้แหละ แต่ถ้ารอบ ๆ ก็ไม่มีจะนั่งรถอะไรมาก็ลำบากเหมือนกันก็ไม่ต่างกับอย่างอื่นนะ บัตรทองกับราชการก็ไม่ต่างกัน มันจะมีก็แค่ยาบางตัวเท่านั้นแหละที่มันมีผลบ้าง แต่ผมก็ไม่เคยสั่งส่วนใหญ่ ยาใหม่ที่รักษาเบาหวาน สำหรับคนไข้ที่กินยามาแล้วไม่ดีขึ้น ต้องฉีดยาแล้วไม่ดีขึ้น ก็จะมีอีกตัวหนึ่งเป็นตัวที่แพงมาก ๆ ข้าราชการอาจจะใช้ได้ แต่มีคนที่จะใช้นี้ไม่กี่คนในโรงพยาบาลนี้ มีเหมือนกันแต่น้อย แต่ถ้าเราเป็นเบาหวานคุมไม่ได้ น้ำตาลสูงก็ต้องฉีดยาฉีด ถ้าบัตรทองก็ฉีดได้ แต่ถ้าคนที่ไปข้าราชการไม่ยอมฉีดแต่อยากกินยาที่แรง ๆ ก็จะมีไอ้ยาตัวนี้เป็น Option เสริม แต่ไม่ค่อยได้ใช้กับผู้ป่วยมาก สำหรับบางคน แต่ทั่วไปแล้วสิทธิบัตรทองกับอื่น ๆ ก็จะได้ยาเหมือนกัน ก็คงเหมือนเดิมครับ สำหรับคนที่จะต้องกินยา ก็ให้กินไป แต่คนที่ต้องฉีดยา ก็ให้ไป สมัยก่อนคนไม่มีตังค์ก็คิด โรงพยาบาลไว้ไม่ได้จ่ายก็มีเยอะเหมือนกันแต่สิ่งที่จะให้ดีกว่านี้ก็คงเป็นเรื่องถ้าคนไข้มาคุยกันมาเจอกันทุกครั้งกับหมอน

เดิมก็น่าจะดีนะ น่าจะดีกว่าสลับไป สลับมาแบบนี้ละ บางทีสไตล์การทำงาน การจ่ายยา หรือการรักษา ก็จะแตกต่างกันนิดหน่อย เพราะว่า คือเขาเรียกว่า “เฉพาะแต่ละคน” จึงอาจจะต่างกันนิดหน่อย กับการจ่ายยาการรักษา โดยรวมแล้วคล้ายกัน แต่อาจจะต่างกันเล็กน้อย คือ จะมีผลต่อคนไข้ชนิดน้อยแต่ก็คงไม่เยอะ แต่ถ้าได้เจอหมอคนเดียวกันทุกครั้ง ได้ดูแลต่อเนื่องกันยาว ๆ ก็น่าจะดี ความสัมพันธ์อะไรด้วยนะ และดูแลต่อเนื่องด้วยนะ ว่าครั้งนี้เท่าไร ครั้งนี้เท่าไร คือเดี๋ยวนี้ไม่รู้ว่าจะใช้วัดระดับน้ำตาลอย่างเดียวกันนะ ยังมีส่วนอื่นประกอบกับการรักษาด้วย” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

“ดี เพราะเราไม่ต้องกังวลเรื่องการสั่งยา ก็สั่งได้เต็มที่เลย เมื่อก่อนมีปัญหาตอนใช้บัตรทองใหม่ ๆ จะมีกำหนดว่าคนไข้บัตรทองจะต้องใช้ยาประเภทหนึ่ง และคนไข้เสียเงินก็อีกประเภทหนึ่ง แต่ตอนหลังบัตรทองทำให้ทั่วถึงแล้วก็หมดปัญหาไป มันก็เหมือนกันแหละ ยานอกแสดงว่าบริษัทที่มันผลิทยา มันจะค้นคว้าลงทุนในการวิจัยสูงแต่ด้วยยาบางแห่งผลิตที่อินเดีย ก็สั่งตัวยามาแล้วปั๊มเม็ดในนี้ ราคาที่อาจจะถูกกว่า คุณภาพยา ก็เท่ากัน ยานอกหรือยาในก็เหมือนกัน ตอนนี้อะไรรักษาแบบไม่ลำบากใจ ผู้ป่วยก็ไม่ลำบากใจสบายใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย แต่เมื่อก่อนที่จะมีโครงการนี้ เวลาจ่ายยาเราต้องพิจารณาว่าฐานะเขาพอจะมีใช้จ่ายหรือเปล่า เมื่อก่อนมีการเก็บค่ารักษาพยาบาลแต่เดี๋ยวนี้ไม่ต้องแล้ว เราก็สบายใจ คนไข้ก็สบายใจ คุยกันก็แค่เรื่องอาการและความเจ็บป่วยไม่ต้องคุยเรื่องเงินกันอีกแล้ว ความรู้สึกผู้ป่วยกับเราก็คือดีต่อกัน” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

ประเด็นที่ได้กล่าวข้างต้นเป็นมุมมองในภาพกว้างด้านคาดหวังต่อระบบหลักประกันสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีความคาดหวังในตัวองแพทย์ในการรับรู้เข้าใจความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอย่างใส่ใจในตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง การแสดงออกและสัมผัสตัวในบางครั้งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ และมั่นใจในการวินิจฉัยจากแพทย์เพราะเป็นการแสดงออกถึงการใส่ใจในการรักษา ส่วนแพทย์มีความพอใจในการรักษาภายใต้หลักประกันสุขภาพเพราะทำให้เต็มที่ในการรักษาไม่ว่าจะเป็นการจ่ายยาเป็นต้น ส่วนเรื่องของการทำงานได้อยู่ในพื้นที่ใกล้บ้านทำให้แพทย์มีความสบายใจที่ได้มาทำงานและทำเพื่อชุมชนของตนเองด้วย สำหรับการมองบทบาทของตนเองต่อผู้อื่น และผู้อื่นต่อตนเองจะทำให้เห็นภาพทัศนคติของแต่ละฝ่ายและเข้าใจในกันและกันมากยิ่งขึ้น โดยสามารถอธิบายบทบาทของแต่ละฝ่ายได้ดังนี้

5.5 บทบาทของแพทย์ในมุมมองของผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้นิยามบทบาทของแพทย์แตกต่างกันตามประสบการณ์ที่ได้พบเจอ ก่อให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์กำหนดบทบาทของแพทย์เสมือนสิ่งที่เคยพบ ในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าการแพทย์มีบทบาทเป็นเสมือนผู้ให้คำแนะนำสั่งสอน คอยเตือนคอยดูว่าผู้ป่วยเพื่อให้

ผู้ป่วยทำให้ได้ในคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งผลที่ผู้ป่วยจะได้รับตอบแทนจากการทำตามคำแนะนำ คำสั่งของแพทย์คือการมีสุขภาพดี

“เค้าก็คงจะเป็นที่ปรึกษาเราคอยแนะนำเรามากกว่า แต่บางทีเค้าก็สั่งเราดูเรา เขาก็เหมือนเป็นคนสั่งเราด้วยแหละ ถ้าน้ำตาลขึ้นก็จะฉีดยา ถ้าไม่ยอมตาย ไม่ยอมกินยาเยอะก็ต้องควบคุมน้ำตาลด้วยตนเองให้ได้ถ้าวันไหนหมอชมเราก็จะมีกำลังใจ”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“หมอคอยเตือนเราเรื่องน้ำตาลเค้าก็ห่วงเรานั้นแหละเพราะเราไม่รู้ดีเท่าเขา เขาจะสอนว่าต้องทำอะไรให้คำแนะนำเราได้” (อารี, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2552)

ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อบทบาทของแพทย์ เหมือนคนใกล้ชิดที่ได้พบเจอกันบ่อย ๆ ตามเวลาที่นัดหมายเพื่อตรวจรักษาโรคก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองสอนการควบคุมอาหารและเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและด้วยตัวของแพทย์ที่พบเจอเป็นแพทย์อาวุโสด้วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์เป็นเสมือนผู้ปกครองที่น่าเคารพของตน

“คอยเตือนว่าอย่ากินเยอะนะคอยเตือนเราเสมอๆ เหมือนเป็นผู้ปกครองเรา ตอนนั้นน้ำตาลมันขึ้นเยอะ ป้าถามหมอมว่า หุงข้าว 1 ถ้วยต่อวันได้ไหมคะ แยกบอกว่าเยอะไปให้กินแค่ครึ่งถ้วยต่อวันจะได้ไหม ป้าก็ว่าแล้วจะอยู่รอดไหมเนี่ย สงสัยเค้าคงให้ป้ากินผักเยอะๆ แทนข้าวมัน เราก็นะ... บางครั้งมันก็เบื่อ บางทีกินผักเป็นหม้อๆ เลย” (กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

“หมอต้องพูดจาให้กำลังใจกับคนไข้ น้ำตาลคุมได้ดีแกก็จะชมแล้วก็จะจัดยาแบบหมอคนนี้ เราก็พูดคุยกันได้ แกเป็นหมอที่แนะนำคนไข้ดี พูดจาดีเป็นผู้ใหญ่ที่อบอุ่น” (จันท, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

บทบาทของแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยถูกมองได้ว่าเป็นผู้ให้บริการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ใช้บริการ ซึ่งถ้าบริการผู้ป่วยไม่ถูกใจจะถูกร้องเรียนเพื่อให้นำไปปรับปรุงบริการของตนเองต่อไป

“หมอก็มีหน้าที่รักษาคคนไข้ให้คำปรึกษา เราไม่ได้เรียนมาเหมือนหมอเราก็ไม่รู้หรอก เขาสั่งให้ทำเราก็ทำตาม แต่หมอบางคนมีแต่สั่ง หน้าเรายังไม่มองเลยไม่ตรวจแล้วหมอรู้ได้ไง

ว่าฉันเป็นอะไรมา ซึ่พจรเขาก็ไม่จับ ปากกล้าเฉยหมอยู่แล้วเหมือนกันเขากลัวบัตรสนเท่
ไม่ตีเรากี่ส่ง จะทำเป็นเล่นกับคนไข้ไม่ได้แล้ว เดียวนี้ถ้ามีปัญหากับคนไข้เขาก็จะถูกสอบ”
(ฉวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อแพทย์โดยเปรียบเทียบเชิงสัญลักษณ์จากสิ่ง que ผู้ป่วยเคยพบเจอผ่าน
ประสบการณ์ชีวิตและประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาพูดคุยกับแพทย์ โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
ยังให้สถานะแพทย์มีอำนาจในการสั่งการเหนือกว่าตนเอง แต่มีการให้คุณค่าและให้ความหมายต่อ
แพทย์ที่แตกต่างออกไปอีกคือมองว่าแพทย์เสมือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยมี
สิทธิที่จะเถียงหรือร้องเรียนแพทย์ได้

5.6 บทบาทของแพทย์ในมุมมองของตัวเอง

แพทย์มองตนเองว่าบทบาทของแพทย์คือการตรวจรักษาจะแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองการ
เลือกรับประทานอาหารสอบถามประวัติและตรวจเลือด และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยคือการปฏิบัติ
ตนตามที่แพทย์สั่ง

“คนจะเป็นเบาหวานจะต้องมีการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานต้องมีการซักประวัติมีสมุด
ประวัติตรวจร่างกาย แล้วก็มีการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการถึงจะรู้ว่า เป็น โรคเบาหวาน หมอ
จะแนะนำก่อนต้องดูว่าเขาเนีย 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่ามีกี่ชนิด ชนิดที่ 1 ชนิด
ที่ 2 หลังจากนั้นคือปกติถ้าผมตรวจก็จะมีพยาบาลที่คอยช่วยเหลือผมด้วยเกี่ยวกับคัดกรอง
อธิบายเกี่ยวกับตัวโรค การกินยาด้วย ก็จะส่งไปให้เขา 2. แนะนำเรื่องการกินยา กินอย่างไร
หรือต้องฉีดยา 3. การปฏิบัติตัวก็อาจจะแนะนำคร่าว ๆ ว่าอย่ากินขนมที่หวาน ๆ มันก็จะ
ช่วยลดระดับน้ำตาล เรื่องการปฏิบัติตัวหมอก็จะแนะนำได้ในระดับหนึ่งเพราะไม่ค่อยมี
เวลาพูดมาก (หัวเราะ) เราก็จะส่งให้พยาบาลอีกทีนึงจะอธิบายอีกทีหนึ่ง”

(ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

“เราก็แนะนำระยะแรก เบาหวานถ้าเราจะเลือดแล้วน้ำตาลไม่สูงมากปกติน้ำตาลไม่ควร
เกิน 110 มิลลิกรัมในระยะแรกเราจะแนะนำเรื่องอาหารก่อน คือพวกนี้จะรับประทาน
คาร์โบไฮเดรตเยอะทานแป้ง พวกนี้จะเปลี่ยนเป็นน้ำตาลในกระแสเลือด พวกที่เป็น
เบาหวาน ต่อมาในตับอ่อนจะเสื่อม เวลากินอาหารเข้าไปคนปกติจะผลิตอินซูลินมาช่วยพวก
อาหาร พวกเบาหวานจะมีอินซูลินน้อยไป เราควรจะแนะนำเรื่องอาหารก่อน คือไม่ควรกิน
แป้งมาก ของหวานก็งดครับ ถ้าลดแล้วบางคนก็ดีขึ้นน้ำตาลก็จะไม่คั่งในกระแสเลือดมาก

เราก็ใช้อาหารเป็น โภชนบำบัดไป แต่พวกที่กินแล้วไม่ดีขึ้นก็ต้องให้ยาต่อไป ยาพวกนี้ก็จะไปกระตุ้นให้เซลล์ของตับอ่อนผลิตอินซูลินให้มากขึ้น พอชดเชย อินซูลินที่หายไป พอใช้ก็ต้องใช้ตลอดไป เราก็เริ่มต้นน้อย ๆ ก่อนตัวเดียวก่อน ถ้าไม่ได้ผลก็เพิ่มขึ้นอีก อาจจะเป็น 2-3 ตัว” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

นอกจากคำแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามที่แพทย์สั่งแล้ว แพทย์ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบางรายอยากหาทางเลือกในการรักษาโรคเพิ่มเช่นการรับประทานสมุนไพรก็เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

“คือก็แนะนำให้ไปถั่วอินไหนไม่อันตรายแล้วอยากกินก็เอา เพื่อว่ามันจะลงก็...เอา ไม่ได้ว่าอะไรแต่ถั่วอินไหนที่เป็นอันตราย หรือคิดว่าอันตรายก็จะไม่แนะนำให้เขากิน บางอย่างไอ้พวกใบ ๆ มันก็บอกไม่ได้ว่ามันดีหรือไม่ดี ผมก็จะไม่ไปแนะนำอะไรกว่าดีหรือเปล่า แต่ก็ถ้ามันกินแล้วดีก็กินไปเถอะ แต่ถ้ามันกินแล้วขึ้นไม่มีผลก็อย่างไปกินไม่มีประโยชน์ คือก็ไม่รู้เพราะมันไม่มีงานวิจัยอะไรบอกว่ามันดีหรือไม่ดี สำหรับไอ้พวกใบ ๆ ใบไม้ต่าง ๆ” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

“พวกที่กินสมุนไพรจะมาปรึกษาได้รับความรู้จากเพื่อน หรือคนไข้อื่น ผมก็บอกว่าจะลองกินก็ได้แต่อย่าพึ่งยาหมอ ถ้าทิ้งไปแล้วจะกลับตัวมาก็จะลำบาก ควรจะกินควบคู่กันไป บางคนที่กินแล้วก็บอกว่าดีขึ้น บางคนก็เหมือนเดิม” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

บทบาทของแพทย์จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้สัมภาษณ์มองตนเองว่าเป็นผู้ให้การช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยและแนะนำผู้ป่วยหรือสั่งให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการดูแลตนเองสิ่งที่ดีที่สุดของผู้ป่วยคือการทำตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยการรับประทานยาที่แพทย์จัดให้ ควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล และการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้หากผู้ป่วยต้องการรักษาด้วยทางเลือกอื่น ๆ เช่นการรับประทานสมุนไพรแพทย์ยังยินดีรับฟังคำแนะนำผู้ป่วยได้แต่ผู้ป่วยยังคงควรปฏิบัติตัวภายใต้คำแนะนำของแพทย์ด้วยเช่นกัน

5.7 บทบาทของผู้ป่วยในมุมมองของแพทย์

แพทย์มองว่าผู้ป่วยมีแบบที่เชื่อฟังแพทย์และไม่เชื่อฟังซึ่งบทบาทของผู้ป่วยผ่านกระบวนการซักเถลาทางสังคมว่ามีบทบาทอยู่ใต้อำนาจการสั่งการของแพทย์แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้นทำให้เข้าใจในตัวโรคมากขึ้น

“ผู้ป่วยก็ควรทำตามคำแนะนำ ผู้ป่วยในอดีตกับปัจจุบันก็เหมือนกันแหละ มีความคือเหมือน ๆ กัน ขึ้นอยู่กับนิสัยของแต่ละคนมากกว่า แต่ตอนนี้มีคลินิกเบาหวานรวมกลุ่มคนไข้กันมากขึ้นก็ทำให้คนไข้ดีขึ้นด้วย ได้พูดคุยกันเองแบบปากต่อปาก และมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองด้วยก็ทำให้รับรู้และมีพฤติกรรมที่ดีมากขึ้นด้วยก็คงจะมีหลายแบบปน ๆ กันไป ไม่ว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ให้ได้ และอีกแบบหนึ่งก็คือพวกที่มีความเชื่อเรื่องการกินยาสมุนไพร คือบางคนได้ยาไปแล้ว และมีการกินยาสมุนไพรด้วย เคื่ก็หยุดกินยาของหมอไปเลยกินแต่ยาสมุนไพร แต่พอไม่ดีก็หันกลับมากินยาหมอต่อกอีก ปัจจุบันดีขึ้น ดีขึ้นครับ ตอนที่หมอรักษาใหม่ ๆ เจอแต่คนที่ไม่รู้เรื่องอะไรเลย แต่พอปัจจุบันมีการรับรู้มากขึ้นว่าเบาหวานเป็นโรคที่ไม่หายต้องมีการควบคุมน้ำตาลด้วย ก็สามารถประพฤติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ด้วย” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

“คนไข้ก็ควรปฏิบัติตามที่หมอสั่ง กินยา ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารแค่นี้แหละหน้าที่ของคนไข้” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

แพทย์มองผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่อยู่ในสถานะที่ควรให้การดูแลและแนะนำ และผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเป็นเสมือนผู้สั่งการและผู้ป่วยเป็นผู้กระทำให้ได้ตามคำสั่ง

5.8 บทบาทของผู้ป่วยในมุมมองของตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยยอมรับกับสิ่งที่แพทย์สั่งให้ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพราะด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องดูแลตนเองร่วมกับการรับประทานยาที่แพทย์จัดให้ แต่ไม่ใช่เพียงการรับประทานยาเท่านั้นที่จะทำให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บป่วย

“ก็แบบนี้แหละเราก็ไปถือเขาไม่ได้นะ เพราะเราก็ไม่ตีเองผลก็ตกต่อตัวเราเองถ้าน้ำตาลสูงเขาเตือนเพราะเขาก็ไม่ยอมให้น้ำตาลมันขึ้นรักษาก็ยากขึ้นอีก จริง ๆ แล้วก็ไม่ต้องโทษใครนอกจากตัวเราเองด้วยเหมือนกันนะเพราะหน้าที่เราก็ต้องดูแลตัวเองตามที่หมอสั่งให้ดี” (จวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“ควบคุมอาหารได้ ต้องทำให้ได้ ไม่เคยต่อรองกับหมอ หมอเขาก็รู้ว่าตอนนี้ร่างกายเราดีหรือเปล่าควรจะเพิ่มยาหรือลดยา ข้อมูลทุกอย่างที่หมอให้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้วเค้าเรียนมาก็เพื่อมารักษาเราโดยตรงถึงว่าเป็นสิ่งที่ดีถ้าหมอแนะนำให้ดูแลตัวเองยังงี้”

(กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

“คืนะมาพูดถึงเราเป็นโรคนี้อแล้วทำตามทีหมอบอกทีหมอแนะนำ เราก็สบายใจด้วยเราไม่ หงุดหงิดเป็นธรรมชาติไปกินยาเราก็กินให้ตรงเวลา อาหารเขามาคุมที่บ้านเราไม่ได้หรอก เราก็ต้องรู้ตัวเองอยู่ที่ใจเรา เราจะได้อยู่สุขสบายไม่เป็นภาระของลูกหลานถ้าเราเป็นเยอะ เราไม่รักษาตัวเองอยากกินอะไรก็กิน ผลที่ตามมาทีจะลำบากต่อลูกหลานทั้งไป โรงพยาบาลทั้งตัวเองอ่อนแอ เป็นภาระเราไม่ยากให้เป็นอย่างนั้นให้เดินได้ ทานเองได้ ไปไหนมาไหนเองได้โดยไม่ต้องมีคนจูงก็จะดีที่สุดแล้วเรารักษาที่เชื่อมั่นตรงนี้อาจมีเพื่อน หรือญาติแนะนำให้ใช้ยาลูกกลอน หรือยาสมุนไพรเราก็ไม่เอาเราก็คิดว่าอย่าให้หลาย ๆ อย่างมาปนกันเดี๋ยวมันจะรักษาได้ไม่ดี ไม่สะดวกด้วยแบบโบราณเขาพูดว่า เดี๋ยวมันเข้าไปติดกันเดี๋ยวยาสมุนไพรเดี๋ยวยาฝรั่งอะไรอย่างนี้กลัวกินแล้วแสดงด้วย เราไว้ใจหมอกคนนี้ เราก็มรักษาที่นี้ตลอด” (จันท, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

“คือมาหาหมอเราก็รู้ “เสียไม่หายเลย หมอรักษายังไง” บางทีไม่ได้ใจก็แบบนี้เรารู้ว่า ไม่ได้... หมอไม่ใช่เทวดาถ้าเรากลัวตายจะมาหาหมอทำไม เวลาจะให้ทันใจเป็นไปไม่ได้ ไม่ใช่หมอเทวดา เราต้องรักษาตัวเราเองด้วย คุณแลตัวเราเองด้วยว่าเราเป็นยังงัย”

(จี, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

นอกจากนี้ผู้ปวยรับรู้บทบาทของตนในเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถรักษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและรับรู้สิทธิในการร้องเรียน แพทย์ได้

“ก็แล้วแต่เค้าจะสั่งแหละจะให้ทำงัยก็ได้ขอให้น้ำตาลมันลดและคุมให้อยู่แหละ แต่จริงก็อยากจะทำบอกว่าไม่อยากจะกินแล้วยานะ แต่ถ้าคุมน้ำตาลดี ๆ หมอก็ให้ลดยานะแต่หมอมิแต่เพิ่มยา แต่ถ้าน้ำตาลดีก็ให้กินยาลดลง จาก 3 มื้อเป็น 2 มื้อ น้ำตาลดีก็ประมาณ 130-150 แหละก็จะปกติถ้าแบบนี้ก็จะกินยาแค่ 2 เวลา ก็เคยน้ำตาลขึ้นสูงแล้วถูกฉีดยา ก็ขอร้อง หมอว่าเจ็บไม่อยากจะฉีดยาแล้วแล้วจะควบคุมน้ำตาลให้ได้ หมอก็เลิกฉีดยาแล้วให้กินยาแทน ต้องขอต่อรองกับหมอว่าเดือนหน้าขอตรวจใหม่อีกครั้งจะคุมน้ำตาลให้ดีขึ้น ก็จะออกกำลัง กายบ้างหมอสัมย์ก่อนพูดไม่ค่อยดี แต่เดี๋ยวนี้อบรมมาพูดกับคนไข้ดีกว่า เมื่อก่อนพูดแยกว่านี้ พยาบาลที่นี้ก็พูดจาดี สงสัยคงจะมีคนไปร้องกันเยอะก็บริการดีขึ้น พูดกับคนไข้ดี ก็คงจะกลัวใบเสนอค่าก็มีใบที่นี้ให้กรอก ร้องเรียนที่นี้เลยเขียนส่งใส่ตู้ไว้”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“หมอแนะนำอะไรก็ตามเขาก็ไม่ได้ทำอะไรเขา ถึงจะให้สิทธิร้องเรียนนะแต่เราก็ไม่ร้องเรียน (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“อย่างหมอกับป้าคนละชั้นกันก็จริงแต่ถ้าหมอลามนู่นนี่ป้าก็ตอบ แต่ถ้าทำเป็นรังเกียจคนพิการป้าก็ไม่ชอบไม่อยากไปหาด้วย แต่ก็ไม่เคยมีหมอที่ทำแบบนี้กับป้านะ แต่เคยเจอหมอคนนึงเปิดแต่ประวัติแล้วไม่จับตัวไม่มองหน้า เขาลามแล้วก็จดยาวอย่างเดียว ป้าก็เคยถามเขาว่า “ไม่ตรวจแล้วคุณหมอรู้ได้ไงว่าคนไข้เป็นโรมา” ไม่มีการจับชีพจรไม่ตรวจไม่มองหน้าเลยถามเราอย่างเดียว ดูจากสมุดก็จก ไม่มีใครอยากตรวจกับหมอคนนี้ ตอนที่หมอคนนี้ก็ไว้ทำคลอดอย่างเดียวแล้ว คุณชิ คนไข้ไม่ใช่เล่นๆนะ (หัวเราะ) เออทำแบบนี้ได้ เห็นเป็นคนไข้เก่าๆ เขาก็หันต่อโลก หันสมัยไม่ม่งมายให้หมอคุณนะ” (จวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

จากสิ่งที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งด้านการอธิบายความด้านอำนาจ การมองสิทธิของตนเองและบทบาทของตนเองและผู้อื่นสามารถจำแนกรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในปัจจุบันดังนี้

5.9 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ศึกษากรณีแพทย์และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ด้านอำนาจ การสร้างความคุ้นเคย ความคาดหวังต่อระบบหลักประกันสุขภาพและบทบาทของแพทย์และผู้ป่วยที่ได้กล่าวมาสามารถนำข้อมูลมาจำแนกรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดสามารถจำแนกรูปแบบความสัมพันธ์ได้ออกเป็น 4 แบบคือ ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้องและความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ซึ่งการจำแนกประเภทของรูปแบบความสัมพันธ์ในครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์แบบอุปนัยจากคำพูด สถานการณ์ที่ได้พบนำมาวิเคราะห์ด้วยหลักการตามแบบทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Talcott Parsons ที่มองความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็น แบบการสั่งการ การให้คำแนะนำ และร่วมมือกันรักษา ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ยังคงพบความสัมพันธ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับที่ parsons กล่าวไว้และมีบางส่วนเพิ่มเติมจากที่ Parsons ได้กล่าวไว้ด้วยเช่นกัน

1) ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร

ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติต่ออำนาจในการสั่งการของแพทย์โดยอำนาจที่ได้มาของแพทย์ไม่จำเป็นต้องมีการลงโทษแต่ผู้ป่วยมอบให้ด้วยความเคารพในตัวแพทย์ที่เป็นอยู่ แพทย์ก็มองผู้ป่วยเหล่านี้ปฏิบัติตัวตามที่แพทย์แนะนำว่า “ผู้ป่วยไม่คือ” ความเคารพในตัวแพทย์ได้มาจากประสบการณ์ร่วมกันในตรวจรักษาพบกันบ่อยครั้งรวมถึงความเข้าใจกันในลักษณะนิสัยจึงทำให้ความสัมพันธ์ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและไม่ฝืนต่อการปฏิบัติตัวระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอีกตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและแพทย์มีความสัมพันธ์ที่ให้ความเคารพนับถือกันเนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์และแพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเขตกรุงเทพฯ ในกรณีของป้ากิมเชื่อฟังคุณหมอมอและทำให้แพทย์สั่งอย่างเต็มใจนอกจากนี้ยังรู้สึกไม่พอใจถ้าหากมีใครมากล่าวว่าแพทย์ที่ตนเองนับถือ

สัมภาษณ์ป้ากิม

- “ป้าไม่เคยคิดจะต่อรองอะไรกับหมอเลย หมอเขาก็รู้ว่าตอนนี้ร่างกายเราดีหรือเปล่า ควรจะเพิ่มยาหรือลดยาแล้วก็แล้วแต่เขา”
- “ต้องอย่างหมอกคนนี่ดี แก่แล้วเค้าก็ยังดียังรักษาคน อายุตั้ง 80 คนดำส้มดำแถมบ้าน ป้าเชื่อว่าหมอกคนนี่แกหลงไปข้างหรือเปล่าก็ไม่รู้ ป้าก็ว่าแกไม่หลงหรอก แกก็ตรวจดี อยู่ ป้าก็ขออนถามเค้าไปว่า ทำไมแกถามอย่างนี้ละ(ทำสีหน้าไม่พอใจ)”
- ป้าไม่ยอมไปรักษาที่อื่น ไปไม่ถูกกลัวเป็นภาระของลูกเราปฏิบัติเลยว่าจะไม่ให้ลูกเดือดร้อน

ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับลูกเป็นความสัมพันธ์ในคำศัพท์เชิงอำนาจว่า “สั่งสอน” แพทย์มีหน้าที่ในการสั่งสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในการดูแลตนเองตามที่แพทย์สั่งไว้ซึ่งความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้ตรงกับที่ parsons ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยมอบอำนาจในการสั่งสอนให้กับแพทย์ซึ่งเมื่อศึกษารายละเอียดลงไปจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยยอมมอบอำนาจในการสั่งการให้กับแพทย์เนื่องจากความรู้สึกศรัทธาในตัวแพทย์ทั้งในบุคลิกภาพ วิทยุที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือและผู้ป่วยรู้สึกเคารพถึงขั้นที่สามารถเทียบแทนแพทย์ที่ตนรักษาได้เมื่อมีคนกล่าวถึงในทางที่ไม่ดี ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับสิ่งที่สามารถอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจนก็อาจจะเรียกได้ว่าพ่อแม่มีหน้าที่อบรมสั่งสอนให้ลูกปฏิบัติตัวให้ได้ดี เป็นความรู้สึกที่ยอมทำตามพ่อแม่ที่ลูกเคารพและปฏิบัติตัวให้ได้ตามที่พ่อแม่สั่งสอนอย่างเคร่งครัด และอีกสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในการดูแลตนเองเพราะไม่ต้องทำให้เป็นภาระลูกหลาน

2) ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์

แพทย์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำวิธีในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายเมื่อพบกับแพทย์ก็จะรับปากว่าจะปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งเสมือนเป็นการบ้านที่ให้ปฏิบัติและจะตรวจผลการปฏิบัติอีกครั้งว่าทำได้หรือไม่ในครั้งต่อไป ในการพบกันครั้งต่อไปอาจจะได้เจอกันหรือไม่ได้เจอกันก็ได้แต่สามารถติดตามผลได้จากการตรวจสอบนั้นหมายถึงการตรวจผลเลือดจะทำให้รู้ว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำหรือไม่ผลดีผลเสียจะตกอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง จนในบางครั้งแพทย์ก็อาจมีการขู่เพื่อให้ผู้ป่วยหันมาใส่ใจในการดูแลตนเองซึ่งจากบทสัมภาษณ์ที่ผ่านมาผู้ป่วยบางครั้งก็ทำตามคำสั่งแพทย์ได้บางครั้งก็ทำไม่ได้ไม่ครบถ้วนแต่ยังคงให้ความรู้สึกเคารพนับถือแพทย์ทั้งต่อหน้าและเบื้องหลัง เป็นความสัมพันธ์ที่ยังคงดีต่อกัน

สัมภาษณ์ป้าจันท

- “เลือกพบแก่ท่านเดียวเลย ไม่ได้เลือกนะพอมานะเขาก็ส่งทางนี้เลย คือเขาเรียกว่าอะไรดีละ โรคเรากุณหมอรูห์หมดเลยไอ้ตรงนี้เราก็ไม่ได้คุยนะ แต่เราเป็นโรคอะไรแก่ก็รู้อะไรละ “รักษากับแก่ป้าก็เชื่อมั่นสิ่งที่หมอแนะนำแหละ ป้าก็พยายามทำให้ได้”
- “บางทีพอไปวัดน้ำตาลสูง หมอก็ไม่ได้ว่าอะไรนะบอกให้เราพยายามงดข้าว ลดอาหารหวาน แกบอกถ้าคุมอาหารดีก็จะลดยาลง”

สัมภาษณ์ป้าจู้

- “อาจารย์หมอกแก่่ง เรารู้อะไรและรักษากับแก่ที่ไรก็หาย แกเข้าใจ โรคให้ยาถูกกับโรค เราไม่อยากจะเปลี่ยนไปที่อื่นหรอก”
- “บางทีน้ำตาลขึ้นหมอกก็จะบอกว่าป้าเอาอีกแล้วน้ำตาลขึ้น เราก็บอกว่ามันหิวก็ไม่รู้เหมือนกัน (หัวเราะ) แต่ช่วงนี้น้ำตาลใน 100 กว่าหลานชายเขามาจากสวนเขาเอาทุเรียนมาให้ เราก็ว่าไม่เอาเราจะเอาแต่มังคุดแต่เขาก็เอามาไว้ให้หมดแหละ ปอกใส่ตู้ไว้เห็นเด็ก ๆ มันหยิบก็ไอ้เราก็อดไม่ได้ ล่อไปจะพูนึง ทุเรียนนี่ของชอบ แต่พอมานะเลือกงดชนิดนี้หมอกก็ถามว่าไปกินอะไรมาน้ำตาลสูงขึ้น (หัวเราะ) แกก็ว่ามันไม่ดีถ้าไม่คุมน้ำตาลให้ดีจะมีผลกับตับถ้าเป็นมากเราก็จะถูกฉีดยา เสร็จแล้วเราก็ไม่เอาแล้วของมันหวาน กล้วยน้ำว้าก็ของโปรดหมอกเขาให้กินได้แค่วันละลูก แต่เราไม่กินวันละ 3 ลูกก็ของมันโปรดไป”

รูปแบบความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ เป็นอำนาจในการที่แพทย์ “แนะนำ” ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยยอมรับในความรู้ความสามารถในการรักษาของแพทย์ และมอบอำนาจนั้นให้กับแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งรูปแบบ

ความสัมพันธ์นี้คล้ายคลึงกับที่ Parsons กล่าวไว้เกี่ยวกับผู้ป่วยต้องการคำแนะนำแต่ Parsons เปรียบเทียบว่าเป็นความสัมพันธ์แบบผู้ปกครองกับบุตรที่มีความวิตกกังวลและต้องการคำแนะนำจากผู้ปกครอง แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้มีความรู้สึกต่อแพทย์ว่าเป็นเสมือนครู อาจารย์ระยะห่างของความรู้สึกในความเคารพต่อแพทย์จะอยู่ในระยะใกล้ชิดที่ห่างจากความรู้สึกของการเป็นผู้ปกครอง ความใส่ใจในคำแนะนำของแพทย์จึงมีน้อยกว่าความรู้สึกแบบผู้ปกครอง

3) ความสัมพันธ์เจ้านายกับลูกน้อง

แพทย์จะเป็นผู้แนะนำวิธีในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายมีหน้าที่ในการรับคำสั่งไปปฏิบัติตนให้ได้ตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งจะมีการตรวจผลการปฏิบัติว่าผู้ป่วยได้ทำตามที่แพทย์สั่งหรือไม่เสมือนแพทย์เป็นเจ้านายคอยสั่งการให้ผู้ป่วยปฏิบัติ โดยจะมีการตรวจผลว่าทำได้ตามที่สั่งได้บรรลุหรือไม่โดยการตรวจน้ำตาลในเลือด ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้ตามเป้าหมายแพทย์จะ ด่าทอ บ่นหรือตักเตือนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองให้ได้ตามที่แพทย์แนะนำซึ่งการด่าทอ บ่น หรือตักเตือนของแพทย์ อาจสร้างความไม่พอใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีการแสดงออกภายหลังการพบแพทย์ว่าตนเองไม่ชอบสิ่งที่แพทย์ปฏิบัติต่อตน เสมือนลูกน้อง นิินทาเจ้านายซึ่งถ้าความไม่พอใจมากขึ้นอาจจะนำมาถึงความขัดแย้งกันได้ แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องทำตามสิ่งที่แพทย์สั่งต่อไป

สัมภาษณ์ป้าอารี

- “หมอก็เปิดโอกาสให้ถามอยู่แล้วสงสัยอะไร ถามได้ แต่ป้าก็ไม่เคยมีอะไรจะถาม หมอที่นี่นะไม่เก่งก็ไม่ได้ว่าอะไรเขา เวลาตรวจก็ไม่ค่อยมองหน้าคนไข้ได้แต่สั่งยาให้ เขามองแต่หนังสือแต่เดี๋ยวนี้ก็ดีขึ้นพูดจาดีกับคนไข้เพราะเขากลัวคนไข้ร้องเรียนแต่ถ้าหมอพูดไม่ดีจริง ๆ ป้าก็กล้าพูด”
- “หมอเค้าก็แนะนำเรื่องน้ำตาลนะ เขาว่าไงก็ว่าอย่างนั้นแหละป้าก็หัวอ่อน (หัวเราะ)แต่หมอที่โรงพยาบาลเค้าคุณนะ ถ้าเราทำไม่ได้เขาก็ว่าเรา

สัมภาษณ์ป้าวรรณ

- “เรื่องการรักษาพยาบาล ก็ดีขึ้นมีพยาบาลให้คำแนะนำมากขึ้น หมอพยาบาลก็กลัวเรื่องใบสนทน่มากขึ้นถ้ามีการร้องเรียนว่าบริการไม่ดีเราก็คงรู้ว่าถ้าไม่ดีเราก็แจ้งได้”

- “หมอบางคนก็พูดจาไม่เอาไหนเลย ว่าเสียๆ หายๆ ว่าเราไม่ยอมรักตัวเอง พูดไม่นึกถึงจิตใจคนไข้บ้าง “อยากตายหรือไง “ บางครั้งก็อยากจะร้องไห้เลยแหละ เขาคูก็ไม่มองหน้าเรา บรรยากาศก็มองแต่กระดาษแล้วก็คำเราด้วย ไม่รักษาจิตใจเราบ้าง เช่น ป้าอยากกินน้ำหวาน หมอก็พูดว่า “ กินเข้าไปแล้วกับตายจะเอาอะไร น้ำในโองมีก็กินเข้าไปซิกินน้ำหวานทำไม” เคยคิดอยากจะเถียงนะว่า ตายก็ตายเถอะปล่อยให้ตายไปเลยก็ได้ เท่าที่ป้าจำได้ก็ไม่ได้ถามอะไรเพิ่มนะนอกจากบอกอาการที่เราเป็นแล้วเค้าก็อ่านประวัติเราสั่งยาให้เท่านั้นแหละ”

ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง เสมือนการ “คำสั่ง” ระยะเวลาของความใกล้ชิดผูกพันที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะมีระยะห่างเป็นการสั่งเพื่อให้บรรลุผลของแต่ละฝ่าย แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีโดยสั่งให้ปฏิบัติตนเองให้ได้ตามที่แพทย์ได้สั่งไว้โดยไม่ได้เข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยรับในสิ่งที่แพทย์สั่งมาปฏิบัติในบางครั้งอาจเกิดความไม่พอใจในสิ่งที่ได้รอบมอบหมายความสัมพันธ์จึงเกิดขึ้นแบบไม่ผูกพัน ซึ่งความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้ไม่พบในทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Parsons

4) ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ

ผู้ป่วยมีความการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งเรื่องวิธีการดูแลตนเอง การรับรู้เรื่องสิทธิผ่านการบอกเล่า ผ่านสื่อการประชาสัมพันธ์ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยกำหนดบทบาทตนเองเป็นผู้ใช้บริการทางการแพทย์และแพทย์เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยเป็นผู้ใช้บริการสามารถเสนอแนะข้อคิดเห็นหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ นั่นหมายถึงผู้ป่วยสามารถที่เสนอความคิดเห็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อแพทย์หรือต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวจะมักจะไม่เกิดความผูกพัน

สัมภาษณ์ป้าวี

- “หมออาจมีใส่อารมณ์กับเราบ้าง ส่วนเราบางทีสบายดี เจออารมณ์แบบนี้ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าไม่สบายเจออารมณ์ไม่ดีเราก็มีเถียงหมอมเหมือนกัน (หัวเราะ) มันก็แล้วแต่ บางทีเข้าไปหาหมอก็กลับมาแบบไม่เครียดก็มี คือแบบว่า หมอไม่เครียดคนไข้ก็ไม่เครียดมันก็เหมือนกับผลัดกัน (หัวเราะ) ถ้าหมอไม่ศรัทธาไม่ศรัทธาคนไข้ก็ไม่รอด ถ้าไม่มีคนไข้หมอก็ไปไม่รอดไม่รู้จะรักษาใคร”
- “เดี๋ยวนี้หมอก็ดีกว่าก่อนซิ พูดจาดีกว่าเก่า เดี่ยวนี้เขาก็กลัวคนไข้จัดซื้อไปร้องเรียนเขาต้องโดน แต่ดูแล้วไม่ค่อยจะดี โดยนิสัย แต่ดีเรื่องกลัวโดนร้องเรียน ที่ไม่ดีก็บางครั้งเขาคู หมอ

บางคนก็บอกว่าไม่ดีเขาพูดว่า “เออถ้าไม่กลัวตายก็ กินเข้าไป” ป้าก็เถียงหมอกคนนี้นะ ว่า “คุณหมอถ้าไม่กลัวตายก็ไม่มาหาคุณหมอหรอก แต่นี่กลัวตายเลยมาหา” ป้าก็ว่าฉัน บาง คนก็ดีบางคนก็ดูทั้งๆที่กินเงินเดือนหลวงนะ ประโยคนี้อีกว่า “กินเงินเดือนหลวงแล้วยังดู อีก” เขาก็ต้องบริการเรา พูดต่อหน้าหมอ (หัวเราะ) ก็จริงๆ นี่คิดว่า ใครจะอยากให้น้ำตาลขึ้น ล่ะ หลังจากนั้นก็ยัง ไม่ได้เจอหมอกคนนี้อีก แต่ถ้าเจอเขาคุป้าก็เถียงอีกแหละ (หัวเราะ) ถ้า หมอพูดดีกับเรา ก็ไม่เถียงเขา แต่ที่นี้ถึงค่าๆกัน ขอยอะ ไรก็ให้นะ”

ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นความสัมพันธ์ที่ ผู้ป่วยมีอำนาจในการ “ใช้สิทธิ” ที่ตนเองมีจากการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่สามารถเสนอแนะ และร้องเรียน บริการทางการแพทย์ได้ อำนาจที่ผู้ป่วยมีไม่ได้เป็นอำนาจที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาแต่เมื่อใดที่ผู้ป่วย ไม่พอใจและต้องการใช้สิทธิของตนเองในการแสดงออกถึงความไม่พอใจแพทย์ก็จะสามารถทำได้ ดังนั้น รูปแบบความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้รับบริการจึงมีความเป็นพลวัตเกี่ยวกับการใช้ อำนาจของแต่ละฝ่ายซึ่งถ้าดำเนิน ไปด้วยดีแพทย์ก็ยังคงเป็นผู้ที่มีอำนาจในการวินิจฉัยโรคให้ คำแนะนำกับผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิของตนเองเป็นผู้ที่มีอำนาจในการแสดงความไม่ พพอใจร้องเรียนแพทย์ได้

สิ่งที่ได้กล่าวมาทั้งหมดเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์กับผู้ป่วยโดยรูปแบบความสัมพันธ์ที่พบในกลุ่มตัวอย่างพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และผู้ป่วยมีความแตกต่างกันออกไป คือ เรื่องของอำนาจถูกเปลี่ยนขั้วจากแพทย์เป็นผู้มีบุญคุณต้อง เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยมีอำนาจในการต่อรองร้องเรียนแพทย์ได้ การสร้างความคุ้นเคยจะเป็นตัวช่วย ประสานให้กับบแพทย์และผู้ป่วย ระยะเวลาในการเข้าพบก็เป็นตัวสร้างความคุ้นเคย เคยเห็นให้กับ ผู้อื่นได้ เรื่องของระยะเวลาถูกจำกัดที่ตัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบเมื่อพบแพทย์ได้คุยเพียงเรื่องการ เจ็บป่วยที่เป็นอยู่เท่านั้น หากมีเวลาการ ได้พูดคุยเรื่อง อื่น ๆ เสริมก็จะทำให้แพทย์และผู้ป่วยมี ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สำหรับการให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์กับผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นเพียงการเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์จากกรณีศึกษากลุ่มตัวอย่าง แพทย์และผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งความสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ไม่มีความ ตายตัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตเสมอ

5.10 การก่อรูปของความสัมพันธ์จากการรับรู้และการเรียนรู้

วิชาชีพแพทย์ได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นวิชาชีพที่ ได้รับเกียรติและได้รับการยกย่อง จากสังคมในฐานะแพทย์เป็นผู้มีความรู้และช่วยเหลือให้หายจากการเจ็บป่วย โดยกระบวนการใน การยอมรับนับถือแพทย์ถ่ายทอดความรู้สึกรับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ในขณะที่เดียวกันความ

เป็นพลวัตของสังคมได้ทำให้ความยอมรับนับถือดังกล่าวนั้นเปลี่ยนแปลงไป ผ่านกระบวนการในการรับรู้ทางสังคม การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) เป็นกระบวนการที่สังคมหรือกลุ่มสั่งสอนโดยตรงหรือโดยอ้อม จนเป็นพฤติกรรม และค่านิยมต่าง ๆ การเรียนรู้และการรับรู้ในสังคมเป็นรูปแบบที่เป็นรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ข้อมูลที่ได้จากการรับรู้และการเรียนรู้ สามารถรับรู้ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม การรับรู้ทางตรงโดยคชการอบรมสั่งสอน บอกเล่าจากผู้ที่มีความรู้ คนที่นับถือ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดความคิดเห็นให้กับรุ่นต่อไป สำหรับการรับรู้ทางอ้อม เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากสิ่งที่ได้ฟัง อ่าน สื่อโทรทัศน์ การเข้ากลุ่มกับเพื่อน และนำมาเป็นความคิดเห็นของตนเอง โดยการเผยแพร่ข้อมูลในปัจจุบันสามารถทำได้อย่างรวดเร็วเพราะการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อหรือสื่อสารรับรู้ข้อมูลข่าว จากวิทยุ โทรทัศน์ซึ่งทำให้เข้าถึงตัวผู้รับได้ง่าย

ด้วยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการนโยบายหลักในการที่จะประชาชนได้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ได้ตามความจำเป็นตามสิทธิ ขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งนี้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 กล่าวคือ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการ รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ และด้วยนโยบายดังกล่าวจึงทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถึงสิทธิของตนในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพได้ และรับรู้สิทธิของตนในการร้องเรียนบริการได้ด้วยเช่นกัน และด้วยกระแสของการแผ่ขยายข้อมูลในการสื่อสารผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ กรณีที่มีการร้องเรียนบริการนั้นสามารถทำได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ขีดความสามารถของตนในการที่จะรักษาสิทธิขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาล ให้ได้อย่างสูงสุดนอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีมาตรฐานในการให้บริการด้านสุขภาพไม่ใช่แค่เพียงการรักษาแต่ทำให้ได้ตามความต้องการของประชาชนจึงก่อให้เกิดความคาดหวังต่อการเข้ารับการรักษา จึงพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จากกลุ่มตัวอย่างกรณีศึกษาในครั้งนี้จึงคิดเห็น และการแสดงออกต่อแพทย์มีความเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตรและความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ยังคงมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่ยังคงให้ความเคารพและให้เกียรติแพทย์คล้ายกับการรับรู้และการถ่ายทอดความเห็นจากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสังคมระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในสมัยก่อน สำหรับกรณีรูปแบบความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง และความสัมพันธ์แบบผู้ใช้บริการกับผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนในการแสดงออกต่อแพทย์ในความไม่พึงพอใจ โดยเรียนรู้ผ่านการรับรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ความสัมพันธ์แบบผู้ใช้บริการกับผู้ใช้บริการ กล่าวถึง สิทธิของในการที่จะสามารถแสดงออกความไม่พอใจ และสามารถร้องเรียนแพทย์ได้ซึ่งเป็นการรับรู้จากการประชาสัมพันธ์ของ

ทางโรงพยาบาลที่มีกล่องรับข้อร้องเรียน และการรับรู้ผ่านสื่อที่มีข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยแสดงความไม่พอใจต่อแพทย์

“เดี๋ยวนี้หมอก็คิดดีกว่าก่อนซี พุดจาดีกว่าเก่า เดียวนี้เขาก็ก้าวคน ไข้งัดชื่อไปร้องเรียนเขาต้องโดน แต่คุณแล้วไม่ค่อยจะดีโดยนิสัย แต่ดีเรื่องกลัวโดนร้องเรียน”

(ฉวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“เดี๋ยวนี้เขาก็รู้กันทั้งนั้นแหละ ข่าวก็มีให้เห็นว่าหมอผิดก็ต้องรับผิดชอบผู้ป่วย”

(ฉวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

สำหรับความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้องในการเก็บข้อมูลกรณีศึกษาในครั้งนี้ เป็นการรับรู้สิทธิของตนเองแต่ยังไม่แสดงออกถึงความไม่พอใจอย่างชัดเจนกับแพทย์เมื่ออยู่เบื้องหน้า โดยผู้ป่วยรับรู้จากการเข้ากลุ่มกับเพื่อนที่รักษาในโครงการคลินิกโรคเบาหวานกับโรงพยาบาลและกล่องรับข้อร้องเรียนของทางโรงพยาบาล

“เรื่องการรักษาพยาบาล ก็ดีขึ้นมีพยาบาลให้คำแนะนำมากขึ้น หมอพยาบาลก็กลัวเรื่องใบเสนอมากขึ้นถ้ามีการร้องเรียนว่าบริการไม่ดีเรารู้ไว้ว่าถ้าไม่ดีเราก็แจ้งได้”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ในรูปแบบบิดามารดากับบุตรและความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิทธิของตนจากการประชาสัมพันธ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับรู้ผ่านทางสื่อ แต่ด้วยความสัมพันธ์ที่แพทย์กับผู้ป่วยมีต่อกันได้พบเจอกันบ่อยครั้งทำให้ได้พบกันเป็นประจำส่งผลต่อความสัมพันธ์ในเชิงบวกในการใช้สิทธิของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษา

นะ เออว่า... ไม่ใช่ว่า 30 บาทแล้วจะเฉวนะเขาก็รักษาดีนะ ไม่ใช่เราเสียเงินแล้วจะดีเลิศมันก็เหมือนกัน เขาก็พูดกันทุกคนนะว่าไม่เสียเงินเนี่ยก็ดีหมอก็เอาใจใส่ดี ใครที่ว่าไม่ดีนะเราจะเอาแต่ใจไม่ได้เนี่ยหมอบเขาไม่ได้รักษาเราคนเดียวเขาต้องรักษาคนเป็นร้อย ๆ ใช่ไหมเราต้องเห็นใจเขาด้วยกว่าเขาจะมาตรวจเราเขาต้องตรวจมาอีกเท่าไรหรือ ตรวจชั้นนู้นชั้นนี้ใช่ไหม” (จวี, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

“คือมาหาหมอเรารู้ “เสียไม่หายเลย หมอรักษายังไง” บางทีไม่ได้ใจอย่างใจก็แบบนี้เราถึงว่าไม่ได้...หมอไม่ใช่เทวดาถ้าเรากลัวตายจะมาหาหมอกำทำไม เวลาจะให้ทันใจเป็นไปได้ไม่ใช่หมอเทวดา เราต้องรักษาตัวเองด้วย คุณดูแลตัวเองด้วยว่าเราเป็นยังไง”

(จี, สัมภาษณ์, 10 มิถุนายน 2552)

นอกจากการรับรู้เรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแล้ว การรับรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสังคมที่เป็นพลวัต ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับได้ทั้งจากทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้จากการเข้าอบรมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล และการรับรู้ทางอ้อม ได้จากการเข้ากลุ่มเพื่อนผู้รักษาด้วยกัน การอ่าน การประชาสัมพันธ์ทางสื่อโทรทัศน์วิทยุ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

5.11 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยศึกษากรณีกลุ่มตัวอย่างกับแพทย์และผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด สามารถจำแนกรูปแบบความสัมพันธ์ได้ 4 แบบ คือ ความสัมพันธ์แบบผู้ปกครอง ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์แบบเรียบร้อย ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์แบบไม่กลัว และความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ นอกจากการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้วผู้ศึกษายังต้องการศึกษาถึงการรับรู้ในเรื่องของความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละแบบว่ามีความใส่ใจในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานในกรุงเทพและต่างจังหวัด พบว่ามีความเข้าใจในตัวโรคและความรุนแรงของโรคและวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากการเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวานจากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากสื่อโทรทัศน์และวิทยุ ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคเบาหวานได้มากยิ่งขึ้น ด้วยสังคมที่สามารถติดต่อสื่อสาร เผยแพร่กระจายข้อมูลได้อย่างสะดวกในยุคโลกาภิวัตน์ จึงทำให้แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยในปัจจุบันมีการรับรู้เรื่องของโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากอดีต

“ปัจจุบันดีขึ้น คีขึ้นครับ ตอนที่หมอรักษาใหม่ ๆ เจอแต่คนที่ไม่รู้เรื่องอะไรเลย พอบอกว่าน้ำตาลต่ำแล้วก็ตามใจปาก แต่พอปัจจุบันมีการรับรู้มากขึ้นว่าเบาหวานเป็นโรคที่ไม่หาย

ต้องมีการควบคุมน้ำตาลด้วย ประพฤติตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยและก็มีตัวอย่างให้เห็น เพราะปัจจุบันเรามีคลินิกเบาหวานให้ความรู้ แล้วพบกันคุยกันมีตัวอย่างว่าถ้ามีน้ำตาลสูง บางคนก็ซ็อกไปก็มีนะครับ” (วุฒิ, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

“การรับรู้ของผู้ป่วยก็ดีขึ้น เพราะเรามีคลินิกเบาหวานให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น ๗ จะมีพยาบาลคอยทำหน้าที่แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย และเมื่อมาพบแพทย์ก็จะบอกวิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี”

(ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคจากการเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวาน มีพยาบาลให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการเลือกรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดอาหารประเภทที่มีน้ำตาลและแป้งเพื่อไม่ให้โรคลุกลามต่อไป

“เขาก็จะอธิบายนะ ว่าร่างกายเราเหมือนเครื่องจักร ถ้าจاربิขึ้นเกินไปเลือดก็ไหลเวียนไม่สะดวกเขาก็จะอธิบายทุกคนแหละ ถ้าเรากินหวานเลือดก็จะข้น เลือดหล่อเลี้ยงไม่สะดวก ต้องคุมอาหารให้ดี” (จวี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“อย่างน้องสาวเขาก็กินหวาน ๗ คุมไม่ดีเบาหวานก็ลงตาเราก็ต้องระวังด้วยเหมือนกัน พยาบาลเขาก็บอกให้ออกกำลังกาย ดูแลตัวเองเรื่องอาหารการกินไม่ให้กินของหวาน ๗ มัน ๗ ด้วย เราก็ไม่อยากเป็นเห็นแล้วก็ต้องระวังตัวเองให้ดี”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

“หมอมจะไม่ให้กินข้าวเยอะ แต่ป่าเป็นคนทานข้าวเยอะ หมอบอกให้ป่ากินแค่มื้อละทัพพี เดียวตอนแรกป่าก็ทำไม่ได้แต่ตอนนี้ทำได้แล้ว พยาบาลเขาก็บอกว่าถ้าป่าอยากกินมะม่วงก็ตัดมาซักรชิ้นแล้วก็เอามอม เนี่ย....พยาบาลเค้าบอกป่าแบบนี้ ถ้ามีคนเยอะๆ เขาก็จะสาธิตการออกกำลังกาย ก็คล้าย ถ้าคนไหนน้ำตาลเยอะก็ควรจะทำแบบไหน ต้องเข้าไปอบรมเขาจะสอน เดี่ยวจะขึ้นตามันจะบอก ป่าก็กลัวมันจะกลัวมันจะขึ้นตากับไต”

(กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

“ก็คือได้จากหมอมเวลามาเข้าครอสซางบนเขาก็จะแนะนำ และจากเพื่อน ๗ เราได้ความรู้จากตรงนี้ เราก็ต้องพยายามทำจิตใจให้ร่าเริง ทานอาหารที่เป็นประโยชน์เราไม่ทานจุกจิก นอน

ให้เป็นเวลา เครื่องดื่มมันเมามาเราไม่ควรไปแตะต้อง เมื่อก่อนเราก็เคยทาน แต่ตอนนี้เลิกหมด พอเรารู้เรื่องเบาหวานและรู้ว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ดีต่อสุขภาพเราก็เลิกหมด”

(จันทน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2552)

นอกจากได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจโรคเบาหวานจากการเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวานแล้วผู้ป่วยยังรับรู้ข้อมูลผ่านประสบการณ์ในการเป็นโรคของคนรู้จักเช่นญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและระมัดระวังสุขภาพมากยิ่งขึ้น

“ป้ากลัวนะเพราะน้องป้าเป็น เขาถูกฉีดยาแล้วมีอาการข้างเคียงท้องเขาบวม ถ้าหมอจะฉีดยาอีกเขาก็ไม่ยอมแล้ว แต่เขาไปรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด รักษาไม่ให้กินยาเลย แต่เขาก็ดีขึ้นภายหลังนะ ตอนนั้นเขาขาแบบเน่าๆ คิ้วๆ ป้าว่าเค้าเป็นน้ำเหลืองไม่ดีด้วยมั้ง ขามันเน่าๆ น้องสาวป้าถูกจะพุทิม เป็นแผลมา 4-5 ปีแล้วมั้ง หายไปอยู่ดีๆ ตอนนี้น้ำมันก็สูงขึ้นมาอีก เน่าอีก” (กิม, สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2552)

“ก็คนนั้นบอกบ้างคนนี้บอกบ้าง หมอด้วยหมอแนะนำ เขาก็จะมาจากศูนย์ใหญ่ก็มีเขาก็บอกว่าควรทำอย่างนั้นอย่างนั้นเราก็จำเอาไว้สิ่งไหนที่ผิดเราก็ต้องลด อย่างส้มอย่างนี้ทานมากก็น้ำตาล เราก็ทาน ๆ ที่เราก็เอาบ้างครั้งลูก แต่อย่างแอปเปิ้ลเราก็ชอบทาน แต่ป้าชอบทานของรสเปรี้ยวด้วยใจ เวลาทำกับเขาถูกเขาจะใส่น้ำตาลแต่เราไม่ชอบใส่น้ำตาลแต่ว่ามะนาวกับเผ็ด ๆ จะเอาหน่อยนึง (หัวเราะ) แต่ว่าหวานก็จะลด ลดน้ำตาลลง เราก็ชอบเราก็ต้องตัดใจว่าจะไม่เอาอย่างกะทิห่ามมากเลยเราจะไม่ทาน นานมากเลย 3-4 เดือนถ้าไปงานเราก็จะไปทานได้เอาหน่อย” (จู้, สัมภาษณ์, 1 กรกฎาคม 2552)

การรับรู้ข้อมูลและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้รับรู้จากการเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวานและมีการอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและอบรมวิธีการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ส่วนการรับรู้ทางอ้อมได้โดยผ่านประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้พบ

2. การดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการเอาใจใส่ การรักษาสุขภาพ ประกอบไปด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การสร้างสุขอนามัยให้กับตนเอง ผู้ป่วยที่ใส่ใจการดูแลตนเองมากขึ้นเพียงใดดูได้จาก

- ผู้ป่วยต้องตระหนักและเข้าใจในตัวโรคที่ตนเป็นอยู่รวมถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้โดยทั่วไป
- สามารถพัฒนาตนเองในการใส่ใจเรื่องสุขภาพ
- การดูแลตนเองปฏิบัติตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ได้
- รับรู้สิ่งที่ควบคุมให้หายหรือบรรเทาการเจ็บป่วยได้
- และยอมรับตนเองว่าสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ได้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามที่ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์กรณีศึกษาเกี่ยวกับแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังนี้

“รูปแบบการดูแลตนเองก็มีหลายอย่างเหมือนกันแหละแล้วแต่คน บางคนก็ใช้ยาสมุนไพรเหมือนกันแหละ บางคนเขาก็ไปหาอะไรมากิน ยาสมุนไพรแบบนี้ละ รูปแบบหรือ ผมก็
ไม่รู้จะแบ่งยังไงเหมือนนะ งั้นลองดูละกัน (หัวเราะ) ไม่รู้จะมีเกณฑ์อย่างไรดี ถ้าแบ่งจาก
คนไข้ก็จะมี 1.รูปแบบกินยาอย่างเดียว 2. กินยาแล้วออกกำลังกายด้วย 3.กินยาออกกำลังกาย
ควบควบคุมอาหารลดเบาหวานอย่างดี 4.คนที่เป็นเบาหวานยังไม่ถึงขั้นต้องกินยาไปซื้อ
กำลังกายและคุมอาหารอย่างเดียวนะ ผมก็คงจะจัดประมาณนี้นะ ก็ลอง ๆ คุณะครับ
(หัวเราะ) เพราะก็ยังไม่มีการตั้งเกณฑ์ในการวัดครับ ประมาณนี้ก็ไม่รู้ข้อมูลเหมือนกันว่า
อันไหนทำได้มากน้อยแค่ไหน แต่ทางที่ดีก็ทำตามที่เหมาะสมที่สุดครับ คือกินยา ออก
กำลังกาย และคุมอาหารครับ แบบนี้ถึงจะดีที่สุดแล้ว ส่วนยาสมุนไพรเราก็จะบอก
ประสิทธิภาพได้ไม่แน่นอน บางคนกินแล้วบอกน้ำตาลลง แล้วมาบอกหมอกินไอ้
นี้มาแล้วน้ำตาลลง ผมก็คงให้คำแนะนำเรื่องยาสมุนไพรไม่ได้มากเท่าไรเพราะมันก็ไม่ได้มี
การพิสูจน์ว่าดีหรือไม่ดีอย่างไร แต่ถ้าเขาจะกินจริง ๆ แล้วบอกว่าดีก็ “เฮ้อ...จะกินก็กินไป
ไม่ว่าอะไร” (หัวเราะ) ถ้าไม่ดีก็หยุดแล้วกัน บางทีพวกนี้เราไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไรมินไปก็
ต้องสังเกตตัวเอง” (ปัญญา, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2552)

“พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก็จะมีหลายแบบไป ๆ กันไป ไม่ว่าจะเป็นการทำตาม
คำแนะนำของแพทย์ให้ได้ และอีกแบบหนึ่งก็คือพวกที่มีความเชื่อเรื่องการกินยาสมุนไพร
คือบางคนได้ยาไปแล้ว และมีการกินยาสมุนไพรด้วย เขาก็หยุดกินยาของหมอไปเลยกินแต่
ยาสมุนไพร แต่พอไม่ดีก็หันกลับมากินยาหมอต่อกัน ก็ต้องแนะนำเค้าว่าเราต้องคุมไม่ให้
มันมากขึ้น ถ้าเป็นมากๆ จะส่งผลทำให้ไตเสื่อมด้วย หมอก็จะแนะนำให้ควบคุมอาหาร

ทานยา และออกกำลังกายไปด้วย เบาหวานเป็นโรคที่ไม่หายต้องมีการควบคุมน้ำตาลด้วย
ประพฤติดังคำแนะนำของแพทย์ด้วย” (วุฒิ, สัมภาษณ์ ,24 มิถุนายน 2552)

จากข้อมูลในการสัมภาษณ์แพทย์กลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งหลักเกณฑ์ในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจากที่แพทย์วินิจฉัยให้ควรปฏิบัติ นั้น ประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์ 3 ประการที่จะทำให้
ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลและโรคไม่ลุกลาม

1. รับประทานยาที่แพทย์จ่ายให้
2. ควบคุมอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาล
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพียงใดสามารถวัดได้จากคำสัมภาษณ์ที่มีประโยค
ที่บ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนเองระดับการวัดแบ่งเป็นตั้งใจในการดูแลตนเองแบบ
เคร่งครัดและไม่เคร่งครัด โดยระดับความเคร่งครัดคือผู้ป่วยปฏิบัติได้ครบถ้วนในเรื่องการควบคุม
อาหาร การรับประทานยาครบ และการออกกำลังกาย ส่วนความไม่เคร่งครัดคือการที่ผู้ป่วยไม่
สามารถปฏิบัติได้ครบในการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

1) ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร

แพทย์จะเป็นผู้สั่งการวิธีการดูแลตนเองให้ผู้ปฏิบัติ ควรอยู่ในกรอบที่แพทย์ได้กำหนด
ไว้ ส่วนผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำที่แพทย์สั่ง โดยผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและ
ผู้ป่วยจะเคารพในคำสั่งที่แพทย์ให้ไว้และจะปฏิบัติให้ได้อย่างจริงจัง จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า
“ป้ากิม” ทำตามคำสั่งที่แพทย์บอกไว้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังคำสัมภาษณ์นี้

- “กิจวัตรประจำวันป้าก็กวาดบ้านถูบ้านอะไรแบบนี้แหละ ทำกับข้าวกินบ้าง ก็กินข้าว
3 มื้อ แต่ละมื้อจะกินข้าวน้อยหน่อยจะเน้นผักปลา สำหรับการออกกำลังกายทุกวันนี้
ซื้อจักรยานมาปั่นด้วย เมื่อวานก็ปั่น ซ้อมากิจการนี้เป็นหลักเหมือนกันนะ (หัวเราะ)
ฉันไม่ชอบเดินแอโรบิก อาย ถีบจักรยานดีกว่าบางที ก็เดินบ้างแต่ไม่มากเท่าไร เดิน
รอบๆ ในหมู่บ้านแถวๆ ซอย 12 ไปชอย 10 ช่วงนี้ก็คุมอาหารมากกว่า และก็กินยาให้
ครบ ทั้งหมดนี้ เราก็ฟังจากหมออย่างเดียว อย่างเพื่อนบ้านคนที่ขายส้มตำคนนี้ก็กินแต่
กาแฟทั้งวัน กินข้าวมีเ็นมือเดียว คนนี้ป้าก็เคยห้ามแกว่าควรรักษาสุขภาพด้วยกิน
กาแฟมากไม่ดี อายุเพิ่ง 52 เอง ต้องดูแลตัวเองคุมอาหารให้ดี ไม่งั้นน้ำตาลเขาจะขึ้น
มาก อะไรหวานๆ มะม่วงเก็บไว้เป็นถาดๆ เห็นเดี๋ยวก็กินน้ำตาลก็จะขึ้นยังคุยให้หมอ
ฟังว่าบ้านส้มตำกินทุเรียนบ่อย 2 เดือนแล้วไม่ยอมไปหาหมอ ก็ยังเตือนเขาด้วยว่า

ทุเรียนไม่คืนะมันหวาน มันเป็นแป้งด้วย หมอก็ฟังแล้วยิ้มและก็พยักหน้าตามเราพูด เหมือนกับว่าชมเราที่เรารู้เรื่องนะ ข้าวป่าก็พยายามกินวันละกระป๋องก็พอ เน้นกินผัก ปลา วันนั้นก็แกงปลาตุ๋นใส่ผักไว้ เน้นกินปลากับผักนั้นแหละ ป้าชอบกินผักกวางตุ้งต้ม กระดุกหมูเหมือนแกงจืด” (กิม, สัมภาษณ์ ,20 มิถุนายน 2552)

- “หมอที่รักษาป่าอายุมากแล้วเค้าปลดเกษียณแล้ว เก่งไปหาแกก็ไหว้เขาทุกทีแหละ เขาดี เขาแก่แล้วแกคอยเตือนว่าอย่ากินเยอะนะคอยเตือนเราเสมอๆ ตอนนั้นน้ำตาลมันขึ้นเยอะ ป้าถามหมอว่า หุงข้าว 1 ถ้วยต่อวันได้ไหมคะ แกบอกว่ายเยอะไปให้กินแค่ครึ่งถ้วยต่อวันจะได้ไหม ป้าก็ว่าแล้วจะอยู่รอดไหมเนี่ย สงสัยเค้าคงให้ป่ากินผักเยอะๆ แทนข้าวมัน เราทีนะ... บางครั้งมันก็เบื่อ บางทีกินผักเป็นหม้อๆ เลย”

(กิม, สัมภาษณ์ ,20 มิถุนายน 2552)

ป่ากิมเชื่อฟังในคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา จะมีเพื่อนนอกจากนี้ป่ากิมมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงและควรปฏิบัติสามารถถ่ายทอดและตักเตือนผู้อื่นให้ดูแลตนเองได้อีกด้วย การดูแลตนเองเป็นอย่างดีของป่ากิมเป็นผลมาจากการรับรู้ข้อมูลการดูแลตนเองจากการเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวานและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์มีความน่าเชื่อถือทั้งวิทยุและคุณวุฒิสามารถให้คำปรึกษาที่ดีกับผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองได้อย่างเคร่งครัด

2) ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์

แพทย์จะเป็นผู้แนะนำวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยร่วมกับการที่ผู้ป่วยเข้าโครงการคลินิกโรคเบาหวานก็รับทราบวิธีการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายเมื่อพบกับแพทย์ก็จะรับทราบวิธีการดูแลตนเองให้ไปปฏิบัติตัวที่บ้านและนัดตรวจผล โดยการเจาะเลือดอีกครั้งในการนัดตรวจครั้งต่อไป ซึ่งผู้ป่วยอาจจะทำได้ดีในการดูแลตนเองหรือไม่ได้ใส่ใจในการดูแลตนเองค่าของผลเลือดก็จะบอกให้แพทย์ทราบได้เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยจะดูแลตนเองตามคำแนะนำโดยอาจจะปฏิบัติได้บ้าง ไม่ได้บ้างแล้วแต่โอกาสเมื่อพบแพทย์อีกครั้งแพทย์อาจตักเตือนเรื่องผลของการดูแลตนเองกับผู้ป่วยให้เคร่งครัดในการดูแลตนเองให้มากขึ้น ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงพฤติกรรมของตนเองดีว่าบางครั้งก็ละเลยในสิ่งที่แพทย์แนะนำ แต่ความเคารพที่มีให้กับแพทย์ยังคงดำเนินอยู่พูดถึงในแง่ดีทั้งต่อหน้าและเบื้องหลังดังการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้

- “ช่วงนี้ป้าว่าจะงดอาหารด้วยเพราะจะทานผักทานปลา หมูก็ไม่เยอะเอามาทำน้ำแกงมากกว่า แล้วเราก็ไม่กินจุกจิก ขนมหวาน ตั้งแต่เดิมไม่ชอบอยู่แล้วก็กินผลไม้ชนิดน้อยก็กินบ้างพวกเงาะ พวกลองกองอะไรพวกนี้ หมอเขาก็ชมว่าทุกอย่างลดลงเยอะ ความดันก็ดีขึ้นก็ได้อาจจากหมอมานานเข้าครอสข้างบนเขาก็จะแนะนำ และจากเพื่อน ๆ เราได้ความรู้จากตรงนี้ เราก็ต้องพยายามทำจิตใจให้ร่าเริง ทานอาหารที่เป็นประโยชน์ เราไม่ทานจุกจิก นอนให้เป็นเวลา เครื่องดื่มมีนมเราไม่ควรไปแตะต้อง เมื่อก่อนเราก็เคยทาน แต่ตอนนี้เลิกหมด พอเรารู้เรื่องเบาหวานและรู้ว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ดีต่อสุขภาพเราก็เลิกหมด กิจกรรมประจำวันก็ไม่มีอะไรมาก วัน ๆ ก็ออกมาออกกำลังกายกับเพื่อน ทานอาหารให้ตรงเวลา ตัดเล็บเท้า เล็บมือให้สะอาด ก็คือการดูแลตัวเอง ออกกำลังกาย ก็เป็นประจำ ก็จะมีออกกำลังกายไม่พอง 2 ชุด ไทเก๊ก 2 ชุด ก็ออกกำลังกายแบบนี้ทุกวันกับเพื่อน ๆ บางวันเราก็เป็นแม่ครัวด้วยทำกับข้าวด้วยแต่สิ่งที่น่ากังวลเรื่องการดูแลตนเองของป้าก็มีนิดหน่อยเรื่อง การทานเหมือนเราชอบกินของมันรู้ว่าไม่ดีก็ยังกินอยู่ ผลไม้หวาน ๆ ไม่ดีก็ยังไม่ควบคุมอันนี้ถ้ากินก็จะไม่ดีก็จะพยายามลด (จันทร์, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2552)

ป้าจันทน์ใส่ใจในการดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัดพบประโยชน์ที่แสดงถึงความยืดหยุ่นในการรับประทานอาหารที่ตามใจปากถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ควรควบคุมแต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตามในการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ

“ยังคงชอบกินของมันรู้ว่าไม่ดีก็ยังกินอยู่ ผลไม้หวาน ๆ ไม่ดีก็ยังไม่ควบคุมอันนี้ถ้ากินก็จะไม่ดีก็จะพยายามลด”

ซึ่งพฤติกรรมนี้ป้าจันทน์รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ตนเองควรปรับปรุงถึงแม้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของป้าจันทน์จะเป็นในลักษณะที่ดีแบบครูกับลูกศิษย์ไม่ได้มีความรู้สึกรัดเคียดแค้นเห็นกับแพทย์ก็ไม่ได้ส่งผลต่อความใส่ใจพฤติกรรมดูแลตนเองของป้าจันทน์ เพราะด้วยพฤติกรรมความชอบส่วนบุคคลในการบริโภคอาหารของป้าจันทน์ทำให้ป้าจันทน์เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ใจในการดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด

- “ปกติออกแอโรบิคลานอกเขาจะมีทุกวันแหละคะ เว้นวันอาทิตย์ ถ้าฝนไม่ตกนะถ้าฝนตกก็เดินในบ้านเปิดเพลงเดินตอนนี้ป้าก็กินยาคุมน้ำตาลเช้า 3 เม็ด เย็นก็ 4 เม็ด มียาเลือดไหลเวียนด้วยแต่ไม่ได้กินบ่อยนะคะ ตอนนี้น้ำตาลก็ 160 กว่า ตอนแรกน้ำตาลแค่ 80 มันมาขึ้นเอาอีตอนทุเรียนนะ เผลอไม่ได้ (ยิ้ม) กินมันเลยอดใจไม่ได้นะซี แป็บนึง

หน้อยนึ่ง กล้วยนำวักก็ชอบนะ กล้วยนำวักเรารู้ว่ามันก็เป็นผลต่อเบาหวานนะ หมอกก็แนะนำให้ทานวันละใบ แต่ที่นี้ไอ้ของชอบเราก็อิ่มมันนี่เราก็อิ่มมันตั้ง 3 ใบ เราก็เลยว่าจะลดลงมา ข้าวก็เหมือนกัน อาจารย์หมอกก็บอกว่าข้าวเหนียวน้ำตาล บอกให้ป่าแบ่งเลย แบ่ง 2 แบ่ง 3 แล้วก็แบ่ง 4 เขาก็อธิบายว่าข้าวและข้าวเหนียวพวกนี้น้ำตาลมันเยอะและไอ้พวกแป้ง ๆ ด้วยลดให้น้อยหน่อย เราก็อิ่มเพราะ โรคเบาหวานมันตายเร็วถ้ามีโรคแทรกหมอกเขาบอกนะ แต่ถ้าเราควบคุมมันได้เขาก็บอกว่ามันดีกว่ามะเร็งเขาก็ว่าอย่างนี้ (ระหว่างนี้มีเพื่อนป่ามากที่ทักทายกันแล้วป่าก็แนะนำให้เพื่อนไปเด็ดฟ้าทะลายโจรไปกินเป็นสมุนไพรที่บ้าน)เราบางทีน้ำตาลขึ้นหมอกก็จะบอกว่าป่าเอาอีกแล้วน้ำตาลขึ้นเราก็บอกว่ามันหิวก็ไม่รู้เหมือนกัน (หิวเพราะ) แต่ช่วงนี้น้ำตาลใน 100 กว่าหลานชายเขา มาจากสวนเขาเอาทุเรียนมาให้ เรารู้ว่าไม่เอาเราจะเอาแต่มังคุดแต่เขาก็เอามาไว้ให้หมดแหละ ปอกใส่ตู้ไว้เห็นเด็ก ๆ มันหิวก็ไอ้เราก็อัดไม่ได้ ล่อไปจะพูนึง ทุเรียนนี้ของชอบ แต่พอมาเจาะเลือดงดนี้หมอกก็ถามว่าไปกินอะไรมาน้ำตาลสูงขึ้น เสร็จแล้วเราก็อัดไม่เอาแล้วของมันหวาน กล้วยนำวักก็ของโปรดหมอกเขาให้กินได้แคว้นละลูก แต่เราไม่กินวันละ 3 ลูกก็ของมันโปรดไป” (จุ.สัมภาษณ์ ,10 มิถุนายน 2552)

ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคและรู้วิธีการดูแลตนเองได้อย่างละเอียดซึ่งข้อมูลที่ได้ทั้งจากการพูดคุยแพทย์ การเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวานและสื่อโทรทัศน์แต่พฤติกรรมมารับประทานตามใจปากทำให้ป่าเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด

“ตอนนี้น้ำตาลก็ 160 กว่า ตอนแรกน้ำตาลแค่ 80 มันมาขึ้นเอาอีตอนทุเรียนนะ เผลอไม่ได้ (ยิ้ม) กินมันเลยอดใจไม่ได้นะซิ แป็บนึงหน้อยนึ่ง กล้วยนำวักก็ชอบนะ กล้วยนำวักเรารู้ว่ามันก็เป็นผลต่อเบาหวานนะ หมอกก็แนะนำให้ทานวันละใบ แต่ที่นี้ไอ้ของชอบเราก็อิ่มมันนี่เราก็อิ่มมันตั้ง 3 ใบ”

พฤติกรรมเหล่านี้ตัวผู้ป่วยก็เข้าใจและรู้ดีว่าเป็นสิ่งที่ควรปรับปรุง ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกรณีของป่าจึงเป็นแบบครูกับลูกศิษย์ที่เรียบร้อย ป่าจึงเชื่อฟังในสิ่งที่แพทย์แนะนำและเข้าใจว่าสิ่งใดควรและสิ่งใดไม่ควรแต่ด้วยความชอบพฤติกรรมการบริโภคของแต่ละบุคคลที่ทำให้ยังอดรับประทานอาหารที่ควรควบคุมไม่ได้จึงทำให้ป่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด

3) ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง

แพทย์จะเป็นผู้แนะนำวิธีในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายเมื่อพบกับแพทย์ก็จะรับทราบจะปฏิบัติตัวตามที่แพทย์สั่ง ผลของการดูแลตนเองผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงหรือไม่จะพบในผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แพทย์จะดักเตือน คำไหนซึ่งบางครั้งอาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความใส่ใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

“ก็หิวข้าวเก่ง กินข้าวเยอะ น้ำตาลมันก็ขึ้น ตำไปก็ไม่คืนนะ มันจะวูบต่ำไปตายก็หลายคน หน้ามืด เดือนนี้ออกกำลังกายทั้งเดือนเลยแหละ บางทีน้ำตาลก็ขึ้น เพราะไม่มีเวลาก็มีวแต่ยุ่งกับหลานก็สังเกตตัวเองเหมือนกันว่าถ้าออกกำลังกายแล้วน้ำตาลมันก็จะลดลงแล้ว บางทีก็ปฏิบัติไม่ได้อย่างที่บอกแหละ ก็เกี่ยวข้องก็มี เรื่องสมุนไพรที่เคยกินใบมะยม ใบเตยต้ม เพื่อนบ้านเค้าแนะนำมันก็ลงนะ น้ำตาลช่วงนี้ดีขึ้น พอลงแล้วป่ากินเยอะอีกน้ำตาลก็ขึ้นอีกพอรู้ตัวเราก็พยายามดูแลตัวเองให้ดีขึ้น โดยการลดอาหารหวาน ออกกำลังกายบ้างถ้ามีโอกาส และกินยาหมอดีเพราะบางทีไปหาหมอ แล้วก็กลัวหมอว่าแหละแต่ป่าก็ไม่อยากให้เค้าพูดไม่ดีกับเรา ”
(วรรณ,สัมภาษณ์ ,5 มิถุนายน 2552)

ป้าวรรณมีความเข้าใจในการดูแลตนเองดีจากการรับรู้จากการเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวาน และประวัติของน้องสาวที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานลงตา แต่ด้วยภาระที่ต้องเลี้ยงหลานจึงไม่สามารถจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายได้ นอกจากนี้ยังประกอบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลบ่อยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นสูง

“ก็หิวข้าวเก่ง กินข้าวเยอะ น้ำตาลมันก็ขึ้นบางทีน้ำตาลก็ขึ้น เพราะไม่มีเวลาก็มีวแต่ยุ่งกับหลาน”

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของป้าวรรณจึงเรียกได้ว่าใส่ใจสุขภาพแบบไม่เคร่งครัดซึ่งป้าวรรณเห็นว่าเป็นสิ่งที่ตนเองควรปรับปรุงด้วยเช่นกันซึ่งความสัมพันธ์ที่มีต่อแพทย์แบบเจ้านายกับลูกน้องไม่ได้เป็นผลให้ป้าวรรณเป็นผู้ป่วยที่ใส่ใจการดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัดแต่เป็นเพราะภาระหน้าที่และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ขึ้นชอบเป็นอาหารที่ควรควบคุม

- “กิจวัตรประจำวันก็เข้านมาหุงหาทำกับข้าว ทำงานบ้าน ตื่นตั้งแต่ 4-5 ทำงานบ้านใส่บาตร สายๆ ก็ดูต้นไม้ก็กินแค่ 2 มื้อ กินเข้านก่อนอาหาร –หลังอาหาร แต่เรา

เป็นโรคอื่นร่วมด้วยก็มีโรคเก๊าท์ด้วย แล้วก็ยาไทรอยด์ พวกขยายหลอดเลือด และยาความดัน พวกนี้กินเข้า ส่วนตอนเย็นกินยาเบาหวาน ก็มีออกกำลังกายตอนเช้า แอโรบิก ยกขา ยกแขนออกตามเรื่องตามราว ถ้าไม่ออกกำลังกายแบบที่หมอสั่งเราก็กวาดบ้านเก็บกวาดได้ดูบ้าน ทำไปเรื่อยๆ ป้ากินผักมากนะ หมูเนื้อไม่ค่อยชอบกิน กินปลา กินง่าย ๆ มากกว่า ตอนนี้มีเลี้ยงหลาน ต้องหุงข้าวทำกับจับให้กิน แต่เดี๋ยวนี้ไปโรงเรียนหมดแล้ว ไม่ค่อยมีอุปสรรคอะไรนอกจากขี้เกียจเองในบาง วันเดือนนี้ขึ้น 150 กว่า ไม่รู้ทำไมสงสัยจะกินกาแฟมากไปหน่อยแต่ไม่ได้ติดนะ ตอนเช้าส่วนใหญ่ลุงเขาขงให้กินทุกวันแหละ เป็นกาแฟธรรมดาใส่นมข้นน้อยและ ออกมัน ๆ น้อย หมอเขาก็บอกว่าพยายามน้อยนะ พยายามคุมอาหารน้อยเพราะวันก่อนหลานซื้อทุเรียนมาป้าก็กิน ไปข้างเหมือนกันน้ำตาลมันเลยขึ้น” (อารี, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ป้าอารีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัดเพราะพฤติกรรมการบริโภคที่ตามใจปาก รวมถึงการดื่มกาแฟใส่นมข้นส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

“ตอนเช้าส่วนใหญ่ลุงเขาขงให้กินทุกวันแหละ เป็นกาแฟธรรมดาใส่นมข้นน้อยและ ออกมัน ๆ น้อย หมอเขาก็บอกว่าพยายามน้อยนะ พยายามคุมอาหารน้อยเพราะวันก่อนหลานซื้อทุเรียนมาป้าก็กิน ไปข้างเหมือนกันน้ำตาลมันเลยขึ้น”

ป้าอารีรู้และเข้าใจดีกว่าพฤติกรรมเหล่านี้ควรได้รับการปรับปรุงซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้องจึงไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำให้ดูแลตนเองเรื่องอาหารแต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ครบถ้วนเพราะความชอบในการบริโภคส่วนบุคคล

4) ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

ผู้ป่วยมีความการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งเรื่องวิธีการดูแลตนเอง การรับรู้เรื่องสิทธิผ่านการบอกเล่า ผ่านสื่อการประชาสัมพันธ์ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยกำหนดบทบาทตนเองเป็นผู้ใช้บริการทางการแพทย์และแพทย์เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้บริการจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษา ได้สัมภาษณ์ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง ทั้งเรื่องความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนตาบอดอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้การรับประทานอาหารและยาให้ครบ 3 มื้อยังไม่สามารถควบคุมให้เป็นไปตามกำหนดได้ทุกวัน รวมถึงการเลือกรับประทานอาหารก็เช่นกัน มีผู้จัดเตรียมอาหารอะไรไว้ให้ผู้ป่วยก็จะต้อง

รับประทานตามที่คุณจัดเตรียมสรรหาไว้ให้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การดูแลตนเองของ “ป้าจิว” และนอกจากนี้พฤติกรรมความชอบส่วนบุคคลในการบริโภคอาหาร จึงทำให้การดูแลตนเองยากลำบากกว่ากลุ่มตัวอย่างรายอื่นๆ ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

- “หมอเค้าก็ให้ดูแลตัวเองเรื่องการกินไม่กินของหวานไม่ให้กินของมันไม่ให้กินไข่แดง ให้กินผักสีเขียว ให้อาหารที่หมอห้ามนะป้าก็กินมันหมดเลยแหละ (หัวเราะ) คือป้าเป็นคนที่ไม่กินอะไรต้องกินให้อิ่มเลย อย่างทองหยอดนี่บางทีป้าก็กินเป็นจานๆ เลย หมอบอกว่าถ้ากินทองหยอด 3 เม็ด ก็ต้องลดข้าวครึ่งทัพพี แต่ก็คล้ายๆ ว่าคิดว่าตัวเองยังแข็งแรงก็ไม่น่าจะเป็นอะไรนะ เขาก็ซักถามว่าคุณดูแลตัวเองอย่างไรอยู่กับลูกหลานหรือเปล่าใครดูแล หมอบางคนเขาก็กลัวเรากินยาไม่ถูก เขาก็ให้ลองยามาว่าก่อนหลานจะไปโรงเรียนให้หลานจดยาให้ใส่กล่องเอาไว้แล้วจะได้กินได้ ทุกวันนี้ป้าก็อยู่กับหลานก็ออกกำลังกายบ้าง ยังอดใจทองหยอดไม่ได้ (หัวเราะ) แต่ก็ดีกว่าเก่าเยอะ อดใจได้บ้าง ตอนนั้นที่เบาหวานลงตาบางทีป้าก็บอกเขาว่าไม่อยากจะกินยา เพราะอยู่คนเดียว เต็มๆ หลานป้าฉีดไม่ได้ ป้าขอกินยา 3 เวลาเต็มแทน ป้าเป็นโรคกระเพาะด้วย แต่ป้าก็กินอาหารแค่ 2 มื้อบางทีก็ลิ้ม ส่วนใหญ่ 2 มื้อแหละ ดังนั้นยามื้อที่ 3 ก็อดกิน (หัวเราะ) บางเดือนก็ครบ 3 มื้อ บางทีป้าก็ไม่ไหวมันจุก มันไม่ค่อยอยากกินข้าวกินอะไร มันปวดๆ จุกๆ แต่บางทียากกลางวันก็ไม่ได้กินหลานไม่อยู่ โรคกระเพาะกำเริบ ยาพวกนี้มันกัดกระเพาะนะ ตอนนี้อยาเบาหวานเช้า 2 เม็ด เรากินก่อนกินข้าว ก็รู้แหละว่าไม่ดีแต่ป้าไม่อยากจะกินยา ก็วัตรประจำวันก็ตื่นเช้าออกกำลังกายเล็กน้อย มีกวาดบ้าน ล้างจาน บ้าง แล้วสายๆ ถ้ามีคนมาตามไปนวดก็จะไป ยาที่กินก็มีก่อนอาหารเช้า กลางวันอันนี้แล้วแต่ ถ้าเย็นก็มียาหลังและก่อนอาหาร ป้านอนไม่ค่อยดี ทุ้มกว่าๆ ก็นอนแล้วเพราะเราดูโทรทัศน์ไม่เห็นงวอนนี้ตั้ง 240 นาที ก็ไปกินขนุน ใจกัน ไปตั้งเกือบลูกแน่ะ แต่ตอนนั้นปกติที่หนักกับโรงพยาบาลตอนต้นเดือน 170 นะ แต่พอกินขนุนแล้ว ไร้อา!! เอ๊ะซักไม่ดีแล้ว มีน้ ๆ ก็เลยชวนพี่สาวไปตรวจเลือดก่อนที่อนามัย น้ำตาลสูงตั้ง 240 แล้วนะ (หัวเราะ) แหมผลอผลบเดียวไม่ได้เลยมันขึ้นไวจัง”(จิว, สัมภาษณ์, 5 มิถุนายน 2552)

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด ผลจากข้อจำกัดส่วนบุคคลในเรื่องความรุนแรงของโรคเบาหวานเกิดขึ้นกับป้าจิวทำให้ป้าจิวตาบอด และพฤติกรรมบริโภคของป้าจิวที่เลือกรับประทานอาหารที่พอใจจำพวกอาหาร หวานมัน รับประทานครั้งละมาก ๆ ในขณะที่รู้ว่าตนเองควรควบคุมปริมาณอาหารเหล่านั้น นอกจากนี้ป้าจิวยังมีอุปสรรคต่อการดูแลตนเองในการช่วยเหลือดูแลตนเองเมื่อหลานไม่อยู่ต้องไปโรงเรียนทำให้ช่วงเวลานั้นการหุงหาอาหาร และยาให้ตรงเวลาทำได้ยาก ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของป้าจิวจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยเพราะด้วยปัจจัยข้อจำกัดหลายประการรวมถึงอุปนิสัยความชอบบริโภคอาหารส่วนบุคคลทำให้ป้าฉวีมีพฤติกรรมการใส่ใจดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด

การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในกรณีศึกษาแพทย์และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 4 แบบ พบว่าความใส่ใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีรูปแบบความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง และความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากรูปแบบความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ผู้ป่วยเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์แต่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำไม่ได้ทั้งหมดเพราะความชอบบริโภคอาหารที่ควรควบคุมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด ส่วนความสัมพันธ์เจ้านายกับลูกน้อง ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านภาระหน้าที่ในการเลี้ยงหลาน และอดที่จะบริโภคอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมไม่ได้ซึ่งไม่ได้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่ไม่ดีหรือขัดแย้งกับแพทย์แล้วจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างไม่เคร่งครัด สำหรับ รูปแบบความสัมพันธ์แบบให้บริการกับผู้ให้บริการผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคอยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ผู้อื่นช่วยเหลือดูแล และด้วยอุปนิสัยการชอบบริโภคอาหารรสหวานและมีไขมันซึ่งเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมจึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่ได้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัดของผู้ป่วย ในขณะที่รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแบบผู้ปกครองผู้ป่วยจะเชื่อในสิ่งที่แพทย์สั่งและปฏิบัติตามเคร่งครัดทั้งเรื่องของการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายนอกจากนี้ยังสามารถที่จะถ่ายทอดความรู้ที่แพทย์แนะนำให้กับเพื่อนบ้านได้อีกด้วยแต่ทั้งนี้ยังมีเรื่องเกี่ยวกับความไม่ต้องการเป็นภาระลูกหลานและไม่ต้องการเดินทางไปในสถานพยาบาลที่ไม่รู้จักที่เป็นแรงบันดาลใจสำคัญให้ผู้ป่วยใส่ใจในการดูแลตนเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

บทสรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

เนื้อหาในบทที่ 6 เป็นการกล่าวสรุปข้อมูลในการวิจัย และข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

6.1 บทสรุป

การวิจัยเรื่อง พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย : ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Dynamics of Doctor and Patient Relationship and its Consequences on Patients' Perspectives of Diabetes: A Case Study of Doctor and Patient Relationship under Universal Coverage System) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2.) เพื่อศึกษาผลของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยต่อมุมมองเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ (Right based approach) แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสังคมและสวัสดิการสังคมต่อระบบสาธารณสุข (Social welfare and health insurance) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction) แนวคิดเรื่องอำนาจ (Michel Foucault) ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Doctor and patient Relationship: Talcott Parsons) ทฤษฎีพฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-Care) ซึ่งการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากแนวคิดทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Talcott Parsons ได้อธิบายรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ 3 ประการ กล่าวคือ

- 1) แพทย์สั่งการผู้ป่วยเปรียบเสมือนแพทย์เป็นผู้ปกครองผู้ป่วยเป็นลูก
- 2) ผู้ป่วยหวาดวิตกในสิ่งที่เกิดขึ้นกับอาการเจ็บป่วยซึ่งไม่รู้ว่าควรทำอย่างไร ต้องการคำแนะนำจากแพทย์ความสัมพันธ์ดังกล่าวเปรียบเทียบกับลูกที่ต้องการคำตอบจากผู้ปกครองที่มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
- 3) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการร่วมกันรักษา

รูปแบบความสัมพันธ์ที่กล่าวมานี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแพทย์ในต่างประเทศและผ่านมาหลายปีแล้ว การศึกษาความสัมพันธ์ในครั้งนี้ศึกษากรณีกลุ่มตัวอย่างจากแพทย์และผู้ป่วยใน

กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่พบสามารถจำแนกได้เป็น 4 แบบ กล่าวคือ

- 1) ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร (แพทย์เป็นบิดามารดาสั่งให้ผู้ป่วยที่เปรียบเสมือนลูกปฏิบัติตามที่สั่ง ผู้ป่วยให้ความเคารพต่อแพทย์และปฏิบัติตาม นอกจากนี้หากมีใครพูดไม่ดีกับแพทย์ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ดีและออกมารับแทนแพทย์)
- 2) ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ (แพทย์เป็นครูให้คำแนะนำกับลูกศิษย์ที่ฟังแล้วทำตามที่แพทย์แนะนำหากทำไม่ได้แพทย์จะดักเตือน ผู้ป่วยก็จะรับฟังและปรับปรุงแต่ยังคงให้ความเคารพแพทย์เหมือนเดิมทั้งเบื้องหน้าและเบื้องหลัง)
- 3) ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง (แพทย์เจ้านายให้คำสั่งกับลูกน้องแล้วทำตามที่แพทย์แนะนำ ผู้ป่วยมีหน้าที่ทำตามที่แพทย์สั่งแต่ผู้ป่วยอาจแสดงความไม่พอใจถ้ามีการถูกตำหนิซึ่งผู้ป่วยอาจกล่าวไม่ดีกับแพทย์ภายหลังได้)
- 4) ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ(แพทย์เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วยเป็นผู้ใช้บริการจากแพทย์)

จากกรณีศึกษาแพทย์กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในครั้งนีพบว่าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองในการเข้ารับการรักษาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้สังคมของการเรียนรู้ผ่านการประชาสัมพันธ์ของการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการเข้ารับการรักษา ด้าน ความเอาใจใส่ ความต่อเนื่องในการรักษากับแพทย์คนเดิมซึ่งผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครจะได้รักษาต่อเนื่องกับแพทย์คนเดิมซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยในต่างจังหวัด นอกจากนี้การรับรู้ถึงสิทธิยังรวมถึงกรณีการแสดงความไม่พอใจแพทย์ผู้รักษาได้โดยการร้องเรียนรวมไปถึงการแสดงออกกับแพทย์ถึงความไม่พอใจซึ่งแตกต่างไปจากความสัมพันธ์ที่มีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในอดีตกับปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษาผลของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยต่อมุมมองเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองนั้นผู้ป่วยต้องตระหนักและเข้าใจในตัวโรคที่ตนเป็นอยู่ รวมถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้โดยทั่วไป สามารถพัฒนาตนเองในการใส่ใจเรื่องสุขภาพและการดูแลตนเองปฏิบัติตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ได้ รับรู้สิ่งที่ควบคุมให้หายหรือบรรเทาการเจ็บป่วยได้ และยอมรับตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามในการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ได้มีระดับของความเอาใจใส่แบบเคร่งครัดและไม่เคร่งครัด ดังสิ่งที่แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ 3 ประการ

- 1.) รับประทานยาที่แพทย์จ่ายให้
- 2.) ควบคุมอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาล
- 3.) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ซึ่งในแต่ละรูปแบบของความสัมพันธ์มีการดูแลตนเองดังนี้

- 1) ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร เชื่อฟังในคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา
- 2) ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ผู้ป่วยดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัดพบประโยชน์ที่แสดงถึงความยืดหยุ่นในการรับประทานอาหารผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุม
- 3) ความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง ผู้ป่วยดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัดพบประโยชน์ที่แสดงถึงความยืดหยุ่นในการรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุม
- 4) ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบไม่เคร่งครัด ผลจากข้อจำกัดส่วนบุคคลในเรื่องความรุนแรงของโรคเบาหวานและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุม

การรับรู้และการเรียนรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยได้จาก การเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวาน คำแนะนำจากแพทย์ และการเรียนรู้จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคเบาหวาน วิธีการดูแลตนเองและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่นการรับประทานสมุนไพร ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและความร้ายแรงกรณีโรคลุกลาม แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่จะไม่เคร่งครัดกับการดูแลตนเองเพราะภาระหน้าที่ส่วนบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่และพฤติกรรมการบริโภคที่ตามใจปาก

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่ส่งผลต่อความเคร่งครัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากนักเพราะผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกอาหารที่มีน้ำตาลและมีแป้งซึ่งเป็นอาหารที่แพทย์ให้คำแนะนำว่าควรยกเว้น ในขณะที่รูปแบบความสัมพันธ์แบบผู้ปกครองผู้ป่วยจะให้ความสนใจในการดูแลตนเองตามคำสั่งแพทย์เพราะผู้ป่วยมีความเคารพศรัทธาในตัวแพทย์ ผู้ป่วยจะรู้จักวิธีดูแลตนเองด้วยการรับประทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่ง ใ้ใจเรื่องอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อควรหลีกเลี่ยงแป้งและน้ำตาล รับประทานข้าวในปริมาณน้อย รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแบบผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ครบถ้วนแล้วยังสามารถถ่ายทอดสิ่งที่ตนเองรู้ให้กับเพื่อนบ้านได้อีกด้วย สำหรับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่า การเข้ากลุ่มคลินิกโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและข้อควรปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่ให้โรคลุกลาม

ด้วยบริบทของสังคมไทยทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นมีความคล้ายคลึงกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Talcott Parsons ในเรื่องความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร แพทย์ให้คำแนะนำสั่งสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเองและผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยของแพทย์และให้ความเคารพนับถือแพทย์ สำหรับความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ผู้ป่วยยังคงให้ความเคารพและเชื่อฟังแพทย์ถึงแม้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองจะทำได้ไม่ครบถ้วนก็ตาม ซึ่งแพทย์ก็ยังคงดูแลและเตือนผู้ป่วยตลอดภายใต้การดูแลของแพทย์ และความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้องแพทย์ยังคงเป็นผู้แนะนำให้คำสั่งกับผู้ป่วย การสั่งการของแพทย์ถูกผู้ป่วยมองว่าเป็นการตำหนิ การบ่นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจและนำไปวิพากษ์วิจารณ์แพทย์ว่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดีแต่ทั้ง 3 แบบนี้แพทย์ยังเป็นผู้มีอำนาจในการสั่งการ ในขณะที่ความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ที่พบจากงานศึกษาชิ้นนี้เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่พบเพิ่มเติมจากที่ Talcott Parson ได้อธิบายในเรื่องความสัมพันธ์แพทย์และผู้ป่วย เพราะระบบหลักประกันสุขภาพได้มีการสร้างกระบวนการพัฒนาองค์กร มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน การประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรวมถึงการรับรู้ประสบการณ์ผ่านผู้แวดล้อมผู้ป่วยและสื่อทำให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่องการร้องเรียน และการรักษาสิทธิที่ตนมีกับแพทย์ ซึ่งอาจเกิดความสุขโต่งของการเรียกร้องสิทธิได้จากผู้ป่วยเกิดรูปแบบความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการ ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ที่ได้กล่าวมาทั้ง 4 แบบสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

6.2 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

การวิจัยเรื่อง พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย : ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Dynamics of Doctor and Patient Relationship and its Consequences on Patients' Perspectives of Diabets : A Case Study of Doctor and Patient Relationship under Universal Coverage System) พบว่ากรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างแพทย์และผู้ป่วยถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีรูปแบบความสัมพันธ์ 4 แบบ กล่าวคือ ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ ความสัมพันธ์แบบลูกน้องกับเจ้านาย และความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการ ซึ่งตรงกับแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Talcott Parsons ใน 3 แบบแรกคือรูปแบบความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร ความสัมพันธ์แบบครูกับลูกศิษย์ และความสัมพันธ์แบบเจ้านายกับลูกน้อง จากการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ที่พบส่วนใหญ่แพทย์ยังคงเป็นผู้มีอำนาจสั่งการกับผู้ป่วยในขณะที่รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแบบผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ผู้ป่วยแสดงออกถึงการใช้อำนาจภายใต้การรับรู้เรื่องสิทธิ และใช้สิทธิของตนในการแสดงออกถึงความไม่พอใจในการรักษาของแพทย์ รูปแบบความสัมพันธ์นี้เป็นข้อค้นพบใหม่ที่เกิดขึ้นภายใต้การโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรณีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแพทย์และผู้ป่วยในครั้งนี้ สามารถอธิบายรายละเอียดความสัมพันธ์ที่มีได้จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดเรื่องอำนาจ

แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการสั่งการให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างที่แพทย์แนะนำซึ่งอำนาจเหล่านี้ยังคงปรากฏอยู่ในการศึกษาในครั้งนี้ การตัดสินใจของแพทย์ และการสั่งการของแพทย์เป็นสิ่งที่ถูกต้องและต้องเคารพในคำวินิจฉัยนั้น จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครและมอบอำนาจการวินิจฉัยโรคให้กับแพทย์โดยดี แต่ในปัจจุบัน โครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพและการรับรู้สิทธิของผู้ป่วย กลับทำให้ตัวของอำนาจนั้นเปลี่ยนไป ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถที่จะแสดงออกได้ถึงสิทธิรวมถึงความไม่พอใจจากการสั่งการ ซึ่งการไม่พอใจของผู้ป่วยที่เราจักถือการ ร้องเรียน ที่ผู้ป่วยทำได้ภายใต้กรอบของระบบมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

1) วาทกรรมใหม่เกี่ยวกับอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

แพทย์กับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้สร้างวาทกรรมใหม่เกิดขึ้นผ่านการรับรู้จากประสบการณ์การเข้ารับบริการทางการแพทย์ ไม่ใช่เพียงแพทย์จะเป็นผู้กำหนดว่าผู้ป่วยคือ “คนป่วย” เท่านั้น แต่ผู้ป่วยได้ผลิตว่าแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรคและให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยให้ได้อย่างพึงพอใจภายใต้กรอบระบบระเบียบของโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถ้าแพทย์ไม่เป็นไปตามกรอบนั้นผู้ป่วยจะใช้อำนาจในการแสดงออกถึงความไม่พอใจกับแพทย์ ร้องเรียน ซึ่งถือว่าเป็นวาทกรรมชุดใหม่ที่เกิดขึ้น อำนาจจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้เสมอ บทสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างสามารถถ่ายทอดได้ถึงถึงการรับรู้สิทธิในการที่ผู้ป่วยสามารถร้องเรียนแพทย์ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลวัตเมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นการให้บริการกับผู้ป่วยที่เป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศให้เข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสามารถรับข้อเสนอแนะเรื่องร้องเรียนจากประชาชนเพื่อนำไปปรับปรุงระบบบริการ แพทย์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ภายใต้กรอบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ที่ประชาชนสามารถส่งข้อเสนอแนะหรือร้องเรียนได้ จึงทำให้เกิดอำนาจในสังคมใหม่ที่ผู้ป่วยบางคนมองตนเองเป็นผู้มีอำนาจผ่านกระบวนการปฏิบัติการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) อำนาจกับการสั่งการระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

วินิจฉัยของแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์สั่งเป็นสิ่งที่เหมาะสมยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยรับรู้และซึมซับว่าสิ่งใดที่ตนควรปฏิบัติ นั่นคือสิ่งที่แพทย์สั่งให้ทำและไม่ควรละเลยนอกจากนี้การละเลยสิ่งที่แพทย์แนะนำผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณเองผิด อำนาจในการสั่งการของแพทย์เป็นสิ่งที่นิยามว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลภายใต้คำแนะนำจากแพทย์ และผู้ป่วยเป็นผู้ยอมรับในอำนาจสั่งนั้นและปฏิบัติตามเองตามที่แพทย์แนะนำโดยไม่ได้แย้งในคำแนะนำเหล่านั้นของแพทย์และถือว่าสิ่งที่แพทย์แนะนำเป็นสิ่งที่ถูกต้อง นอกจากการยอมรับว่าสิ่งที่แพทย์แนะนำเป็นสิ่งดีที่สุดแล้วการแสดงเคารพเป็นนัยหนึ่งของการให้ความสำคัญและความเกรงใจกับผู้มีอำนาจต่อตน การวินิจฉัยของแพทย์เป็นอำนาจในการบ่งชี้ให้ผู้ป่วยควรกระทำตามที่แพทย์แนะนำ การสั่งห้าม การแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่แพทย์กล่าวจึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามจรรยาบรรณที่แพทย์พึงมี แต่อาจจะส่งผลต่อความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ

ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเองผ่านการประชาสัมพันธ์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเข้ากลุ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิทธิขั้นพื้นฐานในการที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกันและด้วยแนวคิดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็สามารถนำพาประชาชนจำนวนมากที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลใด ๆ ได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต่อเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเข้าใจสิทธิในการรักษาของตนเองในเขตพื้นที่ใกล้บ้านของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ากรณีศึกษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าผู้ป่วยมีอำนาจเหนือแพทย์จากการใช้สิทธิของตนในการแสดงออกถึงความไม่พอใจในการรักษาของแพทย์ได้

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสังคมและสวัสดิการสังคมต่อระบบสาธารณสุข

หลักการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือสามารถทำให้ประชาชนรักษาพยาบาลได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียมกัน บนพื้นฐานของคำว่าเท่าเทียมกันจึงเกิดความคาดหวังต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่าง ๆ การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในต่างจังหวัดมีความพอใจโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้ป่วยสามารถรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่ผู้ป่วยมีความคาดหวังกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 ประการคือ คาดหวังต่อแพทย์ในการเอาใจใส่ดูแลมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย คาดหวังเรื่องคุณภาพยา และคาดหวังต่อความรวดเร็วและระบบในการส่งต่อผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลต้นสังกัดกรณีโรคมะเร็งมากขึ้น ผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครมีความพอใจหลักการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนที่มีจำนวนมากซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดบางประการที่ผู้ป่วยยอมรับได้ เช่น เวลาการเอา

ใจใส่ของแพทย์ที่จะมีให้ผู้ป่วยน้อยเพราะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก คุณภาพของยาอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยเห็นว่าเหมาะสมตรงกับโรค และถือว่าเป็นโครงการที่ทำให้กับผู้ป่วยได้บรรเทาความเจ็บป่วยได้จริงแพทย์ในเขตกรุงเทพฯและต่างจังหวัดมีความเข้าใจตรงกันถึงนโยบายที่จะให้บริการทางการแพทย์กับประชาชนอย่างเสมอภาคกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นคนยากดีมีจนก็สามารถใช้สิทธิรักษาที่สถานพยาบาลได้เหมือนกับสวัสดิการอื่น ๆ ทำให้แพทย์จ่ายยาได้ด้วยความสบายใจ เต็มที่ในการรักษาให้กับผู้ป่วย ความแตกต่างกับสวัสดิการอื่น ๆ อาจจะมีบ้างเรื่องตัวยาบางตัวที่มีราคาแพงในบางครั้งตัวยาเหล่านี้อาจเกินความจำเป็นในการรักษาโรคให้กับผู้ป่วย

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์

ผู้ป่วยให้นิยามบทบาทของแพทย์แตกต่างกันตามประสบการณ์ที่ได้พบเจอ ก่อให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์กำหนดบทบาทของแพทย์เสมือนสิ่งใดๆที่เคยพบ ผู้ป่วยรู้สึกที่แพทย์มีบทบาทเป็นเสมือนผู้ให้คำแนะนำสั่งสอน คอยเตือนคอยว่าผู้ป่วยเพื่อให้ได้ดี นั่นหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี การคอยเตือนคอยว่าของแพทย์ก็ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโกรธแพทย์และผู้ป่วยยังคงให้ความเคารพต่อแพทย์ทั้งเบื้องหน้าและเบื้องหลัง เสมือนครูกับนักเรียน นอกจากนี้ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อบทบาทของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์เป็นเสมือนผู้ปกครองของตนเองผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งที่แพทย์บอกให้ปฏิบัติได้อย่างเคร่งครัดรวมถึงความรู้สึกปกป้องแพทย์ถ้าหากมีใครกล่าวถึงแพทย์ในทางที่ไม่ดี และในบางครั้งบทบาทของแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยถูกมองได้ว่าเป็นแบบเจ้านายกับลูกน้อง แพทย์จะเป็นผู้สั่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติ และตำหนิผู้ป่วยหากปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่พอใจแพทย์แต่จะเป็นการกล่าวแบบไม่เผชิญหน้าแต่จะพูดภายหลังให้ผู้อื่นได้ฟัง เสมือนลูกน้องนินทาเจ้านาย ในแบบสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยมองแพทย์เหมือนผู้ขายบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยกลัวที่จะแสดงบทบาทเกี่ยวกับความไม่พอใจแพทย์ต่อหน้าเช่นการต่อว่าแพทย์ซึ่งการที่ผู้ป่วยให้ความหมายต่อแพทย์ลักษณะเปลี่ยนไปจากอดีตที่เคยมองว่าแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเป็นผู้มีบุญคุณ

6.3 ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีแพทย์ให้บริการให้กับสถานบริการในระดับปฐมภูมิ(Primary Care)ในเขตต่างจังหวัด เพื่อรองรับความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วย
- 2) ควรจัดตารางนัดผู้ป่วยในเขตต่างจังหวัดให้ได้รักษากับแพทย์คนเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์และประสิทธิภาพในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- 3) ควรเพิ่มจำนวนแพทย์ในเขตต่างจังหวัดให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ได้มีเวลาและมีโอกาสในการพูดคุยกันให้มากกว่าเดิม
- 4) การพบรูปแบบความสัมพันธ์ในครั้งนี้เป็นเพียงกรณีศึกษากับกลุ่มตัวอย่างแพทย์และผู้ป่วยจำนวนหนึ่งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับการทาวิจัยในครั้งต่อไปควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างและมีความหลากหลายเพื่อเปรียบเทียบหรือนำมาอธิบายเพิ่มเติมกับกรณีศึกษาในครั้งนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. นโยบายสังคมและสวัสดิการสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538
- บรรลุ ศิริพานิช. แพทย์กับผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แพทย์ชาวบ้าน, 2537
- ประกันสังคม, สำนักงาน . การสำรวจความต้องการของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์. กองวิจัยและพัฒนา, 2546
- ปราโมทย์ ปราสาทกุล. ทุกวันนี้ชีวิตคนเรานั้นสั้นลง. วารสารประชากรและการพัฒนา 28 (กุมภาพันธ์-มีนาคม 2551) : 1
- ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์และอนุพงศ์ สุจริยากุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543
- พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์. ทฤษฎีการปฏิสังสรรค์สังคม. คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2549
- พรทิพย์ เนติการัตนกุล. การตัดมดลูก : วิทยานิพนธ์เรื่องอำนาจแพทย์ต่อร่างกายผู้หญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพ, สำนัก. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบบริการในทศวรรษหน้า, 2549
- พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. ทิศทางและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์การพิมพ์. 2548
- แพทย์โรงพยาบาลพังงา, องค์กร. ความสุขใจจากการเป็นแพทย์. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://hospital.moph.go.th/phangnga/Department/Doctor/Data/news01.htm> [20 พฤษภาคม 2550]
- มยุรี ชขนาม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. มหาวิทยาลัยมหิดล , 2536
- โยธิน แสงวดีและคณะ. ปัญหาและทุกข์ของประชาชน เมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543
- เลขาธิการแพทยสภา, สำนักงาน. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับแพทยสภา. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544
- วิสัย พุกกะวัน. ผู้ป่วย กฎหมาย และแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547

วิโรจน์ ฌ ระนอง . หลักประกันสุขภาพของคนไทย เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

กรุงเทพ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549

ศากุน แสวงพานิช . วิทยานิพนธ์ เรื่อง สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในทัศนะของผู้ป่วย

ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ . หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

[ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: <http://www.thaifammed.org/article/insure.html> [10

กันยายน 2551]

สถิติแห่งชาติ,สำนักงาน. เครื่องชี้ภาวะสังคมไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย,

2549

สถิติแห่งชาติ,สำนักงาน. สรุปเบื้องต้น โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550.

สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีสังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2547

สันทัด เสริมศรีและเจมส์ เอ็น ไรลีย์. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์และการคุมกำเนิดของ

ไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2517

สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย,สำนักงาน. มาตรฐานสถานบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

[ออนไลน์] 2553 แหล่งที่มา <http://cro.moph.go.th/ssa/ssa17/immune/REGIS.htm>, [1

ตุลาคม 2553]

สำเร็จ แหงกระโทก. เอกสารประกอบการประชุมการพัฒนาสถานบริการด้านแรกในอุดมคติ.

[ออนไลน์] 2543 แหล่งที่มา : <http://www.google.co.th/search?> [1 ตุลาคม 2553]

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. บริการปฐมภูมิ : บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545

สุรศักดิ์ เนียมปาน. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกัน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาอำเภอบางกรวยจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544

สุวรรณ แนวจำปา. ความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ภายใต้

โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ

มหาวิทยาลัยมหิดล. 2544

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,สำนักงาน.ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการ
ต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2549

อาภรณ์ พลเสน.วิทยานิพนธ์เรื่อง ผู้ป่วยกับการรับรู้และการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนพึงได้รับ: ศึกษา
เฉพาะกรณีผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
2541

เอี่ยมเดือน แก้วสว่าง.การประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่ดำเนินงานตาม
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี.วารสารประชากรและ
สังคม 12 (มกราคม 2547): 211-212.

ภาษาอังกฤษ

George, Vic.and Paul Wilding. Ideology and social Welfare.London: Routledge and Kegan Paul,
1985

Howard E. Freeman. Handbook of Medical Sociology, third edition, evine and Leo G. Reeder.
Englewood Cliffs, N. J.Prentice-Hall, 1979

John Ovretveit. The Nordic School of Public Health,. International journal of health care quality
assurance,(march 2003): 5

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวรุ่งกมล โปธิสมบัติ เกิดวันที่ 26 มกราคม 2520 อ.ศรีราชา จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต (บรรณารักษศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา 2541



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย