บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่เป็น โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ โดยศึกษาถึงการให้ความหมายของการเจ็บป่วยตามการรับรู้และพฤติกรรมการเจ็บป่วย ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นฐานแนวคิด สร้างความไวเชิงทฤษฎีให้ผู้วิจัยมีแง่มุมของการมองปัญหา ทำให้สามารถคิดเข้าใจเชื่อมโยงข้อมูลภายใต้ปรากฏการณ์ให้ปรากฏเด่นชัดไว้ดังนี้

1. โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์
   1.1 สาเหตุ อุบัติการณ์ การวินิจฉัย พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง และการรักษา
   1.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์
   1.3 การลดผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย
   2.1 ความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วย
   2.2 กระบวนการเกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย
   2.3 ประเภทของพฤติกรรมการเจ็บป่วย
   2.4 พฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ

โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic Cirrhosis) เป็นระยะสุดท้ายของโรคตับ ที่พบว่ามีพังผืดเกิดขึ้นที่เนื้อตับ ทำให้ตับมีลักษณะผิวไม่เรียบ ขรุขระ เป็นก้อน และมีขนาดเล็กลง ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการดีซ่าน ท้องมาน หรืออาเจียนเป็นเลือดสด ๆ เนื่องจากเส้นเลือดขอดที่หลอดอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งยังมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งของตับเพิ่มขึ้นอีกด้วย เป็นผลมาจากตับจะมีการเสียหายอย่างถาวร และจะไม่สามารถกลับเป็นปกติได้อีก การหยุดดื่มสุราจะช่วยลดการทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อตับเพิ่มขึ้นกว่าที่เป็นอยู่แล้ว แต่คงจะไม่สามารถทำให้ตับกลับไปดีตามเดิมได้ การเป็นตับแข็งจากแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างจากตับแข็งจากสาเหตุอื่น ๆ (ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2549)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อุบัติการณ์ของโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

มีผู้ประเมินไว้ว่าโรคตับแข็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลก ที่เกิดจากโรคเป็นอันดับที่ 8 (ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2549) โดยในชาวตะวันตกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (Beare & Myers, 1990) และสำหรับในสหรัฐอเมริกาพบว่า เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 โดยพบมากในช่วงอายุวัยกลางคน (Carithers, 1996, p. 377; พิสุทธิ์ พรหมลิขิต และพินิจ กุลละวณิชย์, 2542, หน้า 173-187) ร้อยละ25-30 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีปัญหาทางการแพทย์จากการดื่มแอลกอฮอล์มาก (Sherlock, 1997, pp. 385-403; พิสุทธิ์ พรหมลิขิต และพินิจ กุลละวณิชย์, 2542, หน้า 173-187)

โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ เป็นโรคที่พบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมักติดสุรามากกว่า ซึ่งมักเกิดในช่วงอายุระหว่าง 40-60 ปี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2538) สถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2542 ที่รายงานว่าพบผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ 15 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยพบที่ภาคกลาง 20.3 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ภาคเหนือ 14.3 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ภาคอีสาน 14.3 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และภาคใต้ 8.4 คนต่อประชากร100,000 คนต่อปี (ปรียา ลีพหกุล, 2545)

สาเหตุของโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากและเรื้อรัง มีผู้ประเมินว่าต้องดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับแอลกอฮอล์เป็นปริมาณอย่างน้อย 80 กรัมต่อวัน (เทียบเท่ากับวิสกี้ 240 ซีซีต่อวัน หรือ ไวน์ 800 ซีซีต่อวันหรือ เบียร์ 2 ลิตรต่อวัน) ทุกวันเป็นเวลาติดต่อกันนาน 10 ปีขึ้นไป จึงจะเกิดภาวะตับแข็ง (ชุติมา ประมูลสินทรัพย์, 2549)

การดื่มแอลกอฮอล์ที่จัดว่าเสี่ยงต่อสุขภาพคือปริมาณมากกว่า 168 กรัมต่อสัปดาห์ในผู้ชาย หรือมากกว่า 84 กรัมต่อสัปดาห์ในผู้หญิง หรือเฉลี่ยมากกว่า 20 กรัมต่อวัน ส่วนระยะเวลาที่ดื่ม ถ้าน้อยกว่า 5 ปี และดื่มไม่เกิน160 กรัมต่อวัน ไม่พบว่าเกิดตับอักเสบหรือตับแข็ง แต่ถ้าดื่มปริมาณเท่าเดิมแต่นาน 10 ปี จะพบว่ามีตับแข็งได้ร้อยละ 20 (ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2549)

การวินิจฉัยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็งโดยอาศัยอาการของผู้ป่วย เช่น อาการท้องมาน ดีซ่าน ร่วมกับประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคตับแข็ง เช่น ประวัติดื่มสุราจัด

2. การตรวจร่างกายโดยแพทย์ มักพบลักษณะบ่งว่าเป็นโรคตับแข็ง เช่น ผิวหนังบริเวณไหล่และอกมีหลอดเลือดเล็ก ๆ ขยายตัวเป็นจุดแดง มีแขนงยื่นออกไปโดยรอบคล้ายขาแมงมุม (Spider Angiomas), ท้องมาน (Ascites) เป็นต้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การตรวจร่างกายจะพบ ทุพโภชนาการ มีกล้ามเนื้อลีบ มีเส้นเลือดขยายตามผิวหนังในส่วนบริเวณอกและหลัง และตรวจพบว่ามีการฝ่อของลูกอัณฑะ และความสามารถทางเพศลดลง (ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2549)

การตรวจพบ Steatosis, Perivenular Sclerosis, Pericellular Fibrosis, Mallory's Hyaline ชี้แนะไปในทาง Cirrhosis จาก Alcoholic มีรายงานการตรวจพบ Icreased Hepatic Iron ในผู้ป่วย Alcoholic Cirrhosis บางรายที่ดื่มไวน์มาก แต่ Total Body Iron จะเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ไม่มากเท่ากับในกรณี Hereditary Hemochromatosis (เติมชัย ไชยนุวัติ และไพโรจน์เหลืองโรจนกุล, 2541, หน้า 164)

3. การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Complete Blood Count ลักษณะที่พบได้เหมือนในโรคตับอักเสบเนื่องจากแอลกอฮอล์และอาจมีภาวะ Hyperplenism ทำให้มี Pancytopenia ได้

3.2 การตรวจการทำงานของตับ SGOT, SGPT. Total Bilirubin มักจะมีค่าแตกต่างกัน อาจมีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในรายที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์แล้ว และอาจมีค่าสูงขึ้นได้ถ้ายังดื่มแอลกอฮอล์ต่อ ส่วนมากค่า SGOT, SGPT มักจะไม่เกิน 300 ยูนิตต่อลิตร และ SGOT ต่อ SGPT มากกว่าหรือเท่ากับ 2

3.3 Coagulogram เนื่องจากตับเป็นแหล่งสร้าง Coagulation Factors ทุกตัวยกเว้น Factor VII และ Von Willebrand Facyor ดังนั้นถ้ามีตับวายจะมีการสร้างลดลงจะทำให้มี Prothrombin Time และ Partial Thromboplastin Time ยาวนานขึ้นได้โดย Prothrombin Time จะผิดปกติก่อน เนื่องจาก Factor VII มีค่าครึ่งชีวิตที่สั้นที่สุด นอกจากนี้ตับยังสร้าง Antithrombin III และ Protein C, S และเป็นแหล่งทำลาย Activating Clotting Factor ต่าง ๆ จึงอาจพบภาวะ Disseminated Intravascular Cogulation ได้ ผู้ป่วยจะมี Prothrombin Time, Thrombin Time ยาวนานขึ้นและมี D-Dimer เพิ่มขึ้นได้และอาจพบ Hyperfbrinolysis ได้ เนื่องจากตับสูญเสียคุณสมบัติการทำลาย Tissue-Type Plasminogen Activator และ Urokinase Plasminogen Activator ผู้ป่วยจะมี Euglobulin Time สั้นกว่าปกติ

3.4 Serum Albumin มักจะต่ำกว่าที่พบใน Alcoholic Hepatitis และมี Globulin เพิ่มขึ้น

3.5 Ascitis Fluid ผลต่างของซีรัม Albumin กับ Abumin ในน้ำช่องท้องมากกว่า 1.1

4. การตรวจทางรังสี เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound), การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, ตรวจโดยส่องกล้องเล็ก ๆ สอดเข้าไปในช่องท้อง (Laparoscopy) หรือ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ใช้เข็มเล็ก ๆ แต่ยาวเจาะตับส่งพยาธิแพทย์ตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ (Liver Biopsy)

พยาธิสภาพของโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ เกิดจากการที่มีสารคอลาเจนสะสมมากขึ้นที่ตับ และมี Regenerative Nodule โดยในระยะเริ่มแรกจะเป็น Micronodular Cirrhosis (Nodule เส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า เซนติเมตร) มักจะเป็น Nodule กระจายทั่วไปและล้อมรอบด้วย Fibrosis มีการทำลาย Central Vein และ Portal Area ต่อมาถ้าผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์จะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น Mixed Nodular Pattern ซึ่งมี Nodule ขนาดต่าง ๆ กัน

ลักษณะของโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์คือ Micronodular Virrhosis แต่ไม่มีความจำเพาะกับตัวโรคการวินิจฉัยโรคจำเป็นต้องใช้ Hallmarks ของ Alcoholic Liver Injury อื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่

1. การพบ Macrovesicular Droplet Fat Vacuole ในเซลล์ตับ
2. การพบ Mallory Body ร่วมกับมีการอักเสบในเซลล์ตับ
3. การพบ Megamitochondria ในเซลล์ตับ
4. การพบ Fibrosis ที่บริเวณ Perisinusoidal และ Subsinusoidal ในเซลล์ตับ

อาการโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

ระยะเริ่มแรก อาจไม่มีอาการผิดปกติชัดเจน อาจมีเพียงอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้อาหารไม่ย่อย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด เท้าบวม อาจรู้สึกเจ็บบริเวณชายโครงขวาเล็กน้อย ตาเหลือง คันตามผิวหนัง ความรู้สึกทางเพศลดลง ในผู้หญิงอาจมีอาการประจำเดือนขาดหรือมาไม่สม่ำเสมอ มีหนวดขึ้น หรือมีเสียงแหบแห้งคล้ายผู้ชาย ในผู้ชายอาจรู้สึกนมโตและเจ็บ (Gynecomastia) อัณฑะฝ่อตัว บางคนอาจสังเกตเห็นฝ่ามือแดงผิดปกติ (Palmar Erythema) หรือมีจุดแดงที่หน้าอก หน้าท้องคล้ายขาแมงมุม (Spider Angiomas) ระยะท้ายของโรคจะมีอาการท้องมาน เท้าบวม เส้นเลือดขอดที่ขา เส้นเลือดพองที่หน้าท้อง อาจอาเจียนเป็นเลือดสด ๆ เนื่องจากเส้นเลือดที่หลอดอาหารขอด (Esophageal Varices)แล้วแตก ซึ่งอาจทำให้ช็อกและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยนอกจากนั้นผู้ป่วยมักมีอาการซึม เพ้อ มือสั่น และค่อย ๆ ไม่รู้สึกตัวจนกระทั่งหมดสติ (ชมรมเรารักสุขภาพ, 2549)

ลักษณะทางคลินิกของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ เหมือนกับโรคตับแข็งจากสาเหตุอื่น ๆ ตรวจ ร่างกายจะพบว่ามีลักษณะของ Chornic Liver Stigmata ซึ่งจะชัดเจนในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง แต่มักพบว่าตับมีขนาดโตและอาจพบม้ามโตร่วมด้วยลักษณะทางพยาธิสภาพจะพบเป็น Micronodular Cirrhosis แต่ถ้าหยุดดื่ม Regenerate Nodule จะโตขึ้นกลายเป็น Micronodular Cirrhosis ได้ การตรวจพบ Steatosis, Perivenular Sclerosis, Pericellular Fibrosis, Mallory's

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

Hyaline ชี้แนะไปในทาง Cirrhosis จาก Alcoholic มีรายงานการตรวจพบ Icreased Hepatic Iron ในผู้ป่วย Alcoholic Cirrhosis บางรายที่ดื่มไวน์มาก แต่ Total Body Iron จะเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ไม่มากเท่ากับในกรณี Hereditary Hemochromatosis การเกิด Portal Hypertension ใน Alcoholic Cirrhosis เนื่องจากมี Phlebosclerosis ของ Hepatic Venules, Veno-Occlusive Lesion ของ Hepatic Vein, Sinusoidal Fibrosis, Collagenization ของ Space of Disse ทำให้มี Portal Resistance เพิ่มขึ้นร่วมกับการมี Increase Flow (เติมชัย ไชยนุวัติ และไพโรจน์เหลืองโรจนกุล, 2541, หน้า 164)

การรักษาโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

1. หยุดดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษา ฉะนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย แพทย์ และครอบครัวเป็นสำคัญ โดยใช้หลักการรักษาดังนี้ FRAMES (O'Cornnor & Schottenfeld, 1998)

F = Feedback: ศึกษาปัญหาต่าง ๆ ในอดีตที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และแก้ไขสิ่งนั้น

R = Responsibility: กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์

A = Advice: ให้คำแนะนำและกำลังใจในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์

M = Menu: จัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

E = Empathy: สร้างความรู้สึกร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา

S = Self Efficacy: กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

2. รักษาตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือมีการผ่าตัดทำ Shunt ป้องกัน Esophageal Variceal Bleeding หรือป้องกัน Encephalopathy

3. มีการทดลองใช้ Propilthiouracil เพื่อลดเมตาบิซึมที่สูง แต่ผลไม่เป็นที่ยอมรับ, Cochicine เพื่อลดการสร้างคอลลาเจน, Cyanidanol (Catechin) มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ

4. โภชนาการบำบัด (Sherlock, 1997, pp. 385-403; พิสุทธิ์ พรหมลิขิต และพินิจ กุลละวณิชย์, 2542, หน้า 173-187) อาหารที่ควรได้รับในผู้ป่วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์คือ อาหารที่มีสารอาหารหลายชนิดโดยให้ 2,000 กิโลแคลลอรี่ต่อวัน โปรตีน 1 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ร่วมกับการทดแทนวิตามินต่าง ๆ ได้แก่ วิตามิน A, B, C, D, Folate และวิตามิน K1

5. การผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Liver Transplantation) เป็นการรักษาที่ดีที่สุด แต่ยังมีข้อจำกัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง และตับที่มีผู้บริจาคมีจำนวนน้อย ผู้ป่วยเปลี่ยนตับยังจำเป็นต้องกินยากดภูมิคุ้มกัน เช่น Cycclosporine และ Tacrolimus ไปตลอดหลังผ่าตัดเปลี่ยนตับแล้ว เพื่อป้องกันร่างกายปฏิเสธตับที่เปลี่ยนมาใหม่ ปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนตับได้ผลดี มีอัตรารอดชีวิตมากกว่า

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ร้อยละ 80 ภายในเวลา 5 ปี (ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2549)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล (2549) กล่าวถึงผลกระทบของโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ ที่มีต่อด้านร่างกายหรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. ท้องมาน (Ascites) ผู้ป่วยจะมีท้องโตขึ้นเนื่องจากมีน้ำคั่งอยู่ภายในช่องท้อง และมักมีขาบวมทั้งสองข้างด้วยภาวะนี้เกิดขึ้นเนื่องจากตับสร้างอัลบูมินขึ้นมาไหลเวียนในกระแสเลือดได้น้อยกว่าปกติอัลบูมินในเลือดมีหน้าที่ช่วยอุ้มน้ำไว้ในกระแสเลือด เมื่อปริมาณอัลบูมินในเลือดลดลงร่วมกับการที่หลอดเลือดดำตับมีความดันสูงขึ้น (Portal Hypertension) ในผู้ป่วยตับแข็งจะมีน้ำและเกลือแร่รั่วลงมาอยู่ในช่องท้องและในเนื้อเยื่อของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะท้องมานและขาบวมขึ้น

ผู้ป่วยโรคตับแข็งมักมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เนื่องจากโปรตีนหลาย ๆ ตัวที่ทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันสร้างขึ้นจากตับ เมื่อร่วมกับภาวะที่มีน้ำท้องมาน (ซึ่งในช่องท้องนี้มีธาตุอาหารสมบูรณ์สามารถเลี้ยงเชื้อได้เป็นอย่างดี) ก็อาจเกิดภาวการณ์ติดเชื้อของน้ำภายในช่องท้องได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีไข้ต่ำ ๆ ไปจนถึงไข้สูงหนาวสั่น ปวดท้อง หน้าท้องกดเจ็บ ไปจนถึงภาวะโลหิตเป็นพิษแล้วเสียชีวิตได้ จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็ว ผู้ป่วยท้องมานจากตับแข็งร้อยละ 5 อาจมีน้ำท่วมในช่องปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้โดย 2 ใน 3 รายมีน้ำท่วมในช่องปอดข้างขวาข้างเดียว

2. ภาวะไส้เลื่อนที่สะดือ (Umbilical Hernia) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยท้องมานจากตับแข็ง ผู้ป่วยจะมีท้องมาน และน้ำดันรูรั่วที่สะดือนูนออกมาจนเป็นสะดือจุ่นขนาดโต โรคแทรกซ้อนที่พบได้คือผิวหนังบริเวณสะดือจุ่นนี้ เป็นแผลและเกิดการติดเชื้อ ถ้าผิวหนังบริเวณนี้บางมากอาจโป่งและแตกออกมีน้ำท้องมานไหลรั่วออก เกิดการติดเชื้อของน้ำท้องมานได้ง่าย ในกรณีนี้มีอัตราตายสูงถึง 50 เปอร์เซ็นต์ การรักษาภาวะไส้เลื่อนที่สะดือคือพยายามควบคุมลดน้ำท้องมานหรืออาจจำเป็นต้องผ่าตัดเย็บปิดรูรั่วที่สะดือ

3. โรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันสูงในระบบหลอดเลือดดำของตับ (Portal Hypertension) ซึ่งเป็นผลให้เกิดเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารส่วนต้น 35-80 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยตับแข็งเส้นเลือดดำขอดเหล่านี้มีโอกาสที่เส้นเลือดขอดแตกได้ 25-40 เปอร์เซ็นต์ และมีเลือดออกมา ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีเลือดออกจากเส้นเลือดดำขอดเหล่านี้มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึง 30-50 เปอร์เซ็นต์ แม้เลือดจะหยุดก็มีโอกาสตกเลือดซ้ำถึง 50-70 เปอร์เซ็นต์ ภายในเวลา 2 ปี

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4. มีอาการทางสมอง ในรายที่เป็นน้อยอาจสังเกตได้ยาก ผู้ป่วยจะมีอาการร่าเริงพูดมากผิดปกติ ต่อมาเมื่ออาการมากขึ้นจะคิดสับสน คิดอะไรไม่ออก ความจำเสื่อม ซึมเพ้อ มือสั่น หรืออาจไม่รู้สึกตัวได้ เนื่องจากมีสารที่เป็นพิษ ที่ตับกำจัดไม่ได้ คั่งอยู่ในร่างกาย

5. อาการไตวายเนื่องจากโรคตับ (Hepatorenal Syndrome) ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เป็นมากหรือมีภาวะตับวาย (ซึ่งส่วนใหญ่จะมีท้องมานและขาบวมเนื่องจากมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย) อาจเกิดภาวะไตวายได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัสสาวะออกน้อยลง จนกระทั่งไม่มีปัสสาวะออกและเสียชีวิตในที่สุด สาเหตุของการเกิดภาวะนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเป็นผลจากสารพิษที่ตับขจัดไม่ได้เปลี่ยนการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านไตทำให้มีการกรองน้ำปัสสาวะออกจากเลือดน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ภาวะนี้ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลรวมทั้งการฟอกเลือดด้วยไตเทียม นอกจากทำการเปลี่ยนตับเท่านั้น

6. โรคมะเร็งตับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งเป็นระยะเวลานาน บางรายจะเกิดมะเร็งตับขึ้นได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการทรุดเร็วกว่าปกติ เช่น ตาเหลืองมากขึ้น หรืออาการท้องมานโตเร็วขึ้น ในบางรายอาจไม่มีอาการอะไรมาก นอกจากเจ็บบริเวณชายโครงขวา หรือคลำพบก้อนใต้ชายโครงขวา

นอกจากนั้นโรคตับแข็งยังส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย คือ ส่งผลให้เป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน เนื่องจากผู้ป่วยตับแข็งมีน้ำคั่งในช่องท้อง ท้องอืด แน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน มีการย่อยและดูดซึมอาหารผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับยาแลคตูโลส หรือ นีโอไมซิน เป็นเวลานาน ๆ จะทำลายระบบทางเดินอาหารด้วยทำให้การดูดซึมอาหารผิดปกติโดยเฉพาะไขมัน จึงควรลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันลง ผู้ป่วยบางรายมีการเจาะน้ำในช่องท้องออก ทำให้สูญเสียโปรตีนไปด้วย เนื่องจากส่วนหนึ่งของน้ำในช่องท้องเป็นโปรตีน จากการที่ตับเสียหน้าที่มีผลให้เกิดการแปรปรวนของการเผาผลาญสารอาหารต่าง ๆ จึงยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสารอาหารเพิ่มมากขึ้น (ปรียา ลีพหกุล, 2545)

ผลกระทบต่อจิตสังคม

เกิดการเปลี่ยนแปลงต่ออัตมโนทัศน์เนื่องจากสรีระที่เปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมโต (Gynecomastia) ท้องมานน้ำ (Ascitis) เป็นต้น ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงเนื่องจากมีความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวหารายได้ให้กับครอบครัวแต่ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพา และรู้สึกหมดพลัง (Powerlessness) เนื่องจากท้อแท้ต่อการรักษาเพราะต้องใช้เวลานานและต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างซึ่งอาจกระทำได้ยาก เช่นการเลิกดื่มสุรา (อำพล จินดาวัฒนะ, 2538, หน้า 172)

นอกจากนี้โรคตับแข็งยังเป็นสาเหตุการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องขาดงาน

รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล (ชมรมเรารักสุขภาพ, 2549)

การลดผลกระทบของการเจ็บป่วยในด้วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

จากที่ได้กล่าวไป จะเห็นว่าผลกระทบของโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ ที่มีต่อผู้ป่วยนั้น มีมากมาย และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้เป็นอย่างมาก ด้วยเหตุที่โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถจะแก้ไขให้ตับกลับเป็นปกติดังเดิมได้นอกจากชะลอไม่ให้ตับมีการอักเสบหรือถูกทำลายมากขึ้น จึงจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดจากความรุนแรงของโรคได้ การดูแลรักษาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากทีมสุขภาพที่ดูแลรักษา และที่สำคัญจากตัวผู้ป่วยเองที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน เพื่อให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย เช่น งดดื่มสุรา นอกจากนั้นผู้ที่เป็นโรคตับแข็งควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และควรได้รับอาหารครบส่วน รวมทั้งอาหารประเภทโปรตีนอย่างน้อยในปริมาณ 1-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ยกเว้นในรายที่เกิดอาการทางสมอง เนื่องจากตับขจัดสารพิษไม่ได้ ในระยะนี้จำเป็นต้องลดการรับประทานอาหารโปรตีนให้น้อยลงชั่วคราวตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ดูแล (ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2549) กรณีผู้ป่วยที่มีอาการบวมหรือท้องมาน ควรงดอาหารเค็ม และห้ามดื่มน้ำเกินวันละ 2 ขวดกลม หรือ 6 ถ้วย (1,500 มล.) (ชมรมเรารักสุขภาพ, 2549)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย

1. ความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior)

พฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึงพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความเจ็บป่วย ความไม่สบายกายหรือใจ ด้วยการมีสัญลักษณ์ของอาการผิดปกติหรือโดยคำรับรองจากผู้อื่นว่า บุคคลนั้นกำลังประสบความเจ็บป่วยแม้ว่าขณะนั้นเขาไม่ได้เป็นอะไรเลย ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความหมายของการเบี่ยงเบนทางร่างกายและจิตใจที่บุคคลอื่นมีให้บุคคลนั้น จึงเป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้นิยามภาวะสุขภาพของบุคคลและกำหนดนำไปสู่การแสวงหาการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม (Wu, 1973, p. 136)

เมคานิค (Mechanic, 1963 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 48) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย คือ ลักษณะอาการของบุคคลที่สามารถรับรู้ ประเมินและกระทำต่อสิ่งที่มีความเจ็บป่วย ไม่สบายหรือมีความบกพร่องในกลไกหน้าที่การทำงานของร่างกาย พฤติกรรมความเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติของตน เมื่อบุคคลรู้สึกเกิดความรู้สึกเจ็บป่วยขึ้นมาด้วยอาการผิดปกติเขาจะมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจากสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นพฤติกรรมความเจ็บป่วยยังหมายถึง การกระทำอะไร

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่บุคคลได้ตระหนักหรือรับรู้ รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ การรักษาตนเอง การแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง (Provisional Validation) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ หมอเถื่อน หรือบุคคลอื่น ๆ หรือขั้นตอนใด ๆ ซึ่งนำไปสู่การบรรเทาอาการซึ่งบุคคลคิดว่าเป็นการเจ็บป่วย (บุษยมาส สินธุประมา, 2534, หน้า 1)

ฉะนั้นพฤติกรรมการเจ็บป่วยจึงหมายถึง การกระทำใด ๆ ที่บุคคลกระทำขึ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่บุคคลได้ตระหนัก หรือรับรู้ เช่น การซื้อยาจากร้านเภสัชกรมารับประทานเอง หรือการรักษาโรคกระดูกกับหมอน้ำมัน เป็นต้น

2. กระบวนการการเกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย

กระบวนการเกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ตามแนวคิดของแฟบรีกา (Fabrega, 1973, cited in Becker, 1990, p. 18) อธิบายไว้ว่า เป็นการเริ่มต้นจากขั้นตอนของการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย (Illness Recognition and Labeling) ด้วยการตีความอาการผิดปกติจากข้อมูล ประสบการณ์ หรือการรับรู้ข้อมูล จากบุคคลรอบข้าง แล้วนำมาตีค่าประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Illness Disvalues) หากมีความสำคัญก็จะพิจารณานำมาวางแผนการรักษา (Consideration of Treatment plans) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีตตลอดจนประเพณีวัฒนธรรมและมีการประมาณความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษาตามประสบการณ์ในอดีต (Assessment of Treatment Plans) จากนั้นจึงประมวลผลประโยชน์ของการรักษา (Computation of Treatment Benefits) ว่าจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นหรือไม่ก่อนประเมินค่าของความเจ็บป่วย (Disvalues of Illness) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งค่าเสียเวลาของบุคคลนั้นด้วย แล้วพิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ (Net Benefits of Utility) คือเปรียบเทียบผลดีของการรักษามีมากกว่าค่าใช้จ่ายหรือมีประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ทำให้บุคคลนั้นเลือกวิธีการรักษา (Selection of Treatment Plan) แต่ในขั้นตอนสุดท้ายเมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูลในทางเลือกวิธีการรักษาใหม่ หรือประเมินผลการรักษาว่าไม่ได้ผลก็จะกำหนดวิธีการหรือวงจรความเจ็บป่วยใหม่ (Set up for Recycling) เพื่อการรักษาที่เหมาะสม หรือหากมีการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ หรือภาวะแทรกซ้อนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนแรกเป็นวงจรใหม่ต่อไป

วู (Wu, 1973, pp. 137) ได้กล่าวว่า ถึงแม้การไปพบแพทย์จะเป็นพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือแต่ไม่ใช่องค์ประกอบที่จำเป็นเพียงอย่างเดียวของพฤติกรรมความเจ็บป่วยเพราะพฤติกรรมความเจ็บป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องจำกัดอยู่เพียงแค่ระยะเริ่มต้นของความเจ็บป่วยตราบใดที่บุคคลต้องการหาการรักษาที่ดีกว่า หรือแสวงหาการวินิจฉัยสำหรับภาวะสุขภาพขณะนั้นบุคคลนั้นก็ย่อมเข้าสู่กระบวนการของพฤติกรรมความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแฟบรีกา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

(Fabrega) ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในขั้นตอนสุดท้ายเมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูลในทางเลือกวิธีการรักษาใหม่ หรือประเมินผลการรักษาว่าไม่ได้ผล ก็จะกำหนดวิธีการความเจ็บป่วยใหม่ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม หรือหากมีการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่หรือภาวะแทรกซ้อนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนแรกเป็นวงจรใหม่ต่อไป

องค์ประกอบที่สำคัญต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตน ได้แก่

1. สิ่งกระตุ้นด้านภาวะสุขภาพ ที่เกิดจากประสบการณ์ของอาการเจ็บป่วยในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงระดับความสนใจด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลสนใจภาวะสุขภาพของตนตามระดับอาการนั้น

2. ภาวะคุกคามจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงการบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายทางกายภาพและการบกพร่องหน้าที่ของร่างกาย

3. การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน หรือค่านิยมของการปฏิบัติที่ลดภาวะคุกคามของโรค รวมถึงความคาดหวังที่จะประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ

4. การรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการปฏิบัตินั้น ๆ

3. ประเภทของพฤติกรรมการเจ็บป่วย

ประเภทของพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Alonzo, 1984 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 49) นักสังคมวิทยาได้จำแนกพฤติกรรมความเจ็บป่วยออกเป็น 4 ประเภทโดยใช้มิติการมองจากการปรับตัวต่อสถานการณ์เป็นแนวทางวิเคราะห์ คือ

3.1 ประเภทที่หนึ่ง บุคคลก้าวเข้ามาสู่สถานการณ์เพราะมีอาการผิดปกติขึ้นมา เช่นเกิดอาการอักเสบทางระบบทางเดินหายใจ ปวดศีรษะ มีไข้เป็นต้น ภาวะการเกิดอาการเช่นนี้เป็นพฤติกรรมความเจ็บป่วยประจำวัน อาจลดอาการผิดปกติได้โดยการรักษาตนเองเพราะเป็นความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จึงยังคงรักษาสถานภาพบทบาททางสังคมได้อย่างปกติ

3.2 ประเภทที่สอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะและอาการของความเจ็บป่วยมากขึ้นในมิติทางสังคมและจิตวิทยาบ่งชี้ภัยอันตรายในปัจจุบันหรืออนาคตมีการคาดคะเนว่าปรากฏการณ์เช่นนี้จะมีผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคมมีความจำเป็นต้องมีการป้องกันและรักษา เพราะสถานการณ์นั้นเริ่มมีความรุนแรงมากกว่าประเภทแรก

3.3 ประเภทที่สาม ในวิถีชีวิตทางสังคมบุคคลไม่อาจละเลยโดยไม่สนใจต่อร่างกายและจิตใจ ความพยายามจะออกไปจากสถานการณ์ประจำวันก็คือ การรับประทานยา การพักผ่อน ในประเภทนี้บุคคลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยมากขึ้น

3.4 ประเภทที่สี่ เป็นขั้นที่เรียกว่ามีการวินิจฉัยโดยการพบแพทย์ การใช้วิธีทางการแพทย์เพื่อแก้ไขสถานการณ์ในที่สุด

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อาลอน โซ (Alonzo) ได้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยา ในขณะที่พาร์สัน(Parsons, 1951 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 51) เสนอว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น พฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นผลผลิตและผลสะท้อนที่ได้อิทธิพลจากความคิด ความเชื่อต่าง ๆ กล่าวคือ บุคคลจะเรียนรู้ว่าเมื่อใดที่มีอาการเจ็บป่วยขึ้นมา หรือเริ่มมีความรู้สึกผิดปกติหรือสูญเสียการทำงานของระบบส่วนใดส่วนหนึ่ง จะมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเริ่มเปลี่ยนแปลง อาจปฏิเสธความผิดปกติ รั้งรอ หรือค้นหาวิธีทางแก้ไขอย่างเหมาะสมเท่าที่จะแสวงหาได้ เพื่อขจัดหรือลดภาวะความเจ็บป่วย ความไม่สบายทั้งกายและใจ สำหรับความผิดปกติที่ปรากฏจะมากหรือน้อย รุนแรงหรือไม่รุนแรง อันเป็นความตระหนักและความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์หรือไม่ก็จะมีความต้องการการยืนยันและแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง ไปจนถึงขั้นแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง การซื้อยารับประทานเอง หรือไปหาบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นผลทางอ้อมจากลักษณะทางวัฒนธรรม และมีผลโดยตรงต่อลำดับขั้นในการเลือกรับบริการสุขภาพว่าควรจะเลือกใช้บริการอะไรก่อน ซึ่งการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะรับรู้ ได้ทั้งลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ (2533, หน้า 54) พบว่าลักษณะการเจ็บป่วยนั้นเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจไปรับบริการจากแหล่งรักษาต่าง ๆ และยังเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของวไลพรรณ ชลสุข (2540, หน้า 133) ที่ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร พบว่าเหตุผลสำคัญในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เนื่องจากมีบุคคลแนะนำหรือพาไปซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้อาการป่วยและปรึกษาบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่มีส่วนในการประเมินอาการ ประเมินผลการรักษา รวมถึงการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพแหล่งใหม่และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับบริการ เหตุผลที่เลือกแหล่งบริการสุขภาพรองลงมาคือ อาการรุนแรงมากขึ้นจึงเข้ารับบริการ

4. พฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

บุคคลจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้ 4 รูปแบบดังนี้

4.1 ปฏิบัติตนเพื่อลดอาการ (Take Action to Relieve the Symptoms) โดยบุคคลที่ตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อลดอาการจะแสวงหาความช่วยเหลือจาก เพื่อน สมาชิกในครอบครัว จากแพทย์พื้นบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์

4.2 ไม่มีการปฏิบัติตน (Take No Action) บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองป่วยแต่ไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการเจ็บป่วยอาจมีเหตุผลต่าง ๆ กัน ได้แก่ ปฏิเสธอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่ให้

ความสำคัญกับอาการนั้น มีความกลัวผลที่จะตามมาจากความเจ็บป่วย (ความเจ็บปวด เป็นมะเร็ง หรือความตาย) เกรงกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความรู้ที่จะสนใจถึงอาการที่ต้องการการรักษา ไม่มีเงินค่าเดินทางหรือค่ารักษาพยาบาล หรือ ขาดความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

4.3 มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างการปฏิบัติตนและไม่ปฏิบัติตน (Remain in a State of Flux in Which He Vacillates Between Taking and Not Taking)

4.4 ปฏิบัติตรงข้ามคำแนะนำ (Take Counteraction in Opposition to the Cues) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหากับการรักษาพยาบาล เนื่องจากบุคคลที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Noncompliance) อาจเกิดจากการที่บุคคลนั้นปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเองและมีการแสวงหาคำรับรองจากแหล่งต่าง ๆ (Shopping Behavior) เพื่อยืนยันว่าตนเองไม่ป่วยหรืออาการผิดปกตินั้นไม่ต้องรักษา

โดยสรุปแล้วพฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้สภาวะสุขภาพขณะนั้น เพื่อให้ความรุนแรงของโรคลดลง ได้แก่ การแสวงหาการรักษาพยาบาล การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงการแสวงหาความจริงจากปัญหาในการวิจัย ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างความคิดกับความเป็นจริงหรือความอยากรู้ในสิ่งที่คิดกับสิ่งที่เป็นจริง ว่าจะสอดคล้องกันหรือไม่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 2) ปลายคริสต์ศตวรรษ (ค.ศ.) ที่ 18 มีการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาศึกษาปัญหาทางสังคมในอเมริกาถึงการเปลี่ยนแปลงไปสู่เมืองอุตสาหกรรม และการอพยพของชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งการสำรวจวิธีการทางสถิติหรือเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบและเข้าใจพฤติกรรมการเป็นอยู่ของคนเหล่านี้ได้ โดยใช้กลยุทธ์การเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อสังเกตปัญหาการอพยพภายในสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นการศึกษาปัญหาสังคมจากการติดต่อสื่อสารแบบเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยตรง จนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1980 มีการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาใช้ในวิชาชีพพยาบาล โดยแนะนำการใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาในการทำงานของพยาบาล (Munhall, 2001, pp. 70-71) ขณะเดียวกันใน ปี ค.ศ. 1980 ทฤษฎีทางการพยาบาลกำลังพัฒนาปรัชญาพื้นฐาน สู่ความเป็นองค์รวมโดยเปลี่ยนการมุ่งเน้นเรื่อง โรคและการรักษาทางการแพทย์ มาเน้นที่ตัวบุคคลของผู้ป่วยโดยไม่ได้มองเพียงด้านร่างกาย หรือมองแยกออกเป็นส่วน ๆ โดย มูนโฮลล์ เป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำให้นักวิจัยทางการพยาบาลได้คิดว่าวิทยาศาสตร์ด้านมนุษย์ (Human Science) มีความแตกต่างจากธรรมชาติหรือวิทยาศาสตร์สังคม

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

(The Natural หรือ Social Sciences) เพราะวิธีการเข้าถึงความเป็นองค์รวมของแต่ละบุคคลของวิทยาศาสตร์ด้านมนุษย์ ต้องอาศัยวิธีการตีความ (Interpretive Tum) ภายใต้ความเชื่อปรัชญาพื้นฐานของวิธีเชิงคุณภาพ ปัจจุบันยังคงมีการพัฒนาวิธีการเข้าถึงการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากปัญหาการวิจัยทางคลินิกการพยาบาลมีความซับซ้อนต่อการตอบคำถามวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล (Talbot, 1995, pp. 413-414)

ความเชื่อปรัชญาพื้นฐานการวิจัยเชิงคุณภาพ มีแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์ (Paradigms) ในกาวิจัยหรือกระบวนการแสวงหาความจริงแนวปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ที่มีมุมมองแตกต่างจากแนวปฏิฐานนิยม (Positivism) โดยเน้นความสำคัญของการมีมุมมองรอบด้านเป็นการมองภาพรวม (Holistic) และมีความรู้สึกร่วม (Empathy) เพื่อเข้าถึงรากเหง้าและเข้าใจพฤติธรรมมนุษย์แต่ละบุคคล รวมทั้งเข้าใจบริบทรอบข้างของบุคคล โดยไม่แยกแบ่งวิธีการศึกษาออกเป็นส่วน ๆ และตัวแปรย่อย ๆ ความแตกต่างของมุมมองหลักการเกี่ยวกับความจริงของสองกระบวนทัศน์มีดังนี้ (นิศา ชูโต, 2540, หน้า 7-10)

1. ธรรมชาติที่เกี่ยวกับความจริง การวิจัยแนวปฏิฐานนิยมเชื่อว่าความจริงเป็นหนึ่งเดียวมีตัวตนจับต้องได้ สามารถศึกษาแยกเป็นตัวแปรเหตุและผล วิธีวิจัยเชิงสาเหตุและการทดลองจึงเหมาะสมกับวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมเชื่อว่าความจริงมีหลายระดับเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นและมีตัวตนในความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์เป็นสิ่งจับต้องไม่ได้ วิธีการศึกษาจึงต้องมองภาพรวมทั้งหมด และต้องใช้หลายวิธีการจึงจะได้ความจริงทั้งหมด ซึ่งมนุษย์เป็นผู้เลือกความเป็นจริงโดยกำหนดการให้ความหมายด้วยตนเอง (Talbot, 1995, pp. 413-414) จึงเหมาะกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการตีความพฤติกรรมมนุษย์ในวิชาสังคมศาสตร์

2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับสิ่งที่ศึกษา แนวปฏิฐานนิยมพยายามแยกผู้ศึกษาออกจากสิ่งที่ศึกษา เพื่อขจัดอิทธิพลซึ่งกันและกัน ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมแนะนำให้ใช้ความสัมพันธ์ดังกล่าวเพิ่มพูนความเข้าใจและการตีความของผู้ศึกษา ให้เกิดความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาอย่างกระจ่างชัด

3. การอธิบายเกี่ยวกับความจริง แนวปฏิฐานนิยมจับสภาพความจริงโดย ไม่เกี่ยวข้องกับบริบท ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมจะค่อย ๆ พัฒนาสภาพความจริงในระดับต่าง ๆ จากหน่วยย่อยโดยสร้างสมมติฐานชั่วคราว เชื่อมโยงจากบริบทจนสภาพความจริงปรากฏ จึงไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงถึงในบริบทที่แตกต่างกันได้

4. เกี่ยวกับสาเหตุ แนวปฏิฐานนิยมมุ่งอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล สามารถบอกผลที่เกิดขึ้นมาจากเหตุ ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมเชื่อว่าความสัมพันธ์ของมนุษย์มีความซับซ้อนโยงใยซึ่งกันและกัน มักใช้การอธิบายชักจูงให้เกิดความเข้าใจมากกว่าจะแสดงความเป็น

เหตุเป็นผล

5. เกี่ยวข้องกับค่านิยม แนวปฏิฐานนิยมเชื่อว่าวิธีการวิจัยเชิงสาเหตุมีความเป็นปรนัยสูงปราศจากอคติและค่านิยม ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมยังเชื่อว่าทุกวิธีล้วนมีอคติและมีความเป็นอัตนัยทั้งสิ้น โดยเฉพาะการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสังคม

จากแนวคิดที่มีความแตกต่างกัน ลักษณะของการวิจัยคุณภาพจึงมีความหลากหลายยากแก่การกำหนดรูปแบบตายตัว แต่โดยทั่วไปแล้วมีขอบเขตเฉพาะดังนี้ (Munhall, 2001, pp. 67-68)

1. เป็นการศึกษาที่ใช้ความเป็นองค์รวมเข้าถึงปัญหาวิจัย โดยมีความตระหนักว่ามนุษย์มีความเป็นจริงที่สลับซับซ้อน

2. เป็นการศึกษาที่เน้นศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ โดยมองความรู้สึกภายในของบุคคลหรือความเป็นจริงที่มีความหลากหลายของบุคคล

3. กลวิธีที่ใช้ในการสืบหามีลักษณะเฉพาะคือ การเข้าไปสัมผัสสถานที่หรือแหล่งความเป็นอยู่ปกติของบุคคลที่จะศึกษา โดยให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคลภายใต้บริบทนั้น ๆ

4. ผู้วิจัยต้องมีวิธีของการเก็บข้อมูลที่มาจากความรู้สึกภายในตัวบุคคลระดับสูงที่สุด โดยวิธีที่นำมาใช้กันมากคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง

5. การนำเสนอข้อมูลต้องเป็นในรูปของการบรรยาย ข้อมูลต้องเป็นธรรมชาติตามความเป็นจริง และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลตามแต่ละสถานการณ์นั้น ๆ

ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแสวงหาความรู้โดยการพิจารณา ปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคล นอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ มักใช้เวลานานในการศึกษาติดตามระยะยาว ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเน้นการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 18) ด้วยลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวข้างต้น วิธีการนี้จึงต้องยอมรับว่าผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการวิจัยที่สำคัญ เพราะตัวผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต ผู้สัมภาษณ์และผู้ตีความข้อมูลที่ได้จากหลายวิธีการสืบสวนด้วยตนเอง ซึ่งเป็นขีดความสามารถในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ดีพอ (Streubert & Carpenter, 1995, p. 11) โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์สามารถฝึกฝนความตระหนักรู้ได้หลายวิธีการ ซึ่งเป็นวิธีที่ได้พัฒนาทางด้านจิตใจ และเป็นกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้มากที่สุด อีกทั้งมนุษย์มีความเข้าใจว่า ความเป็นจริงเป็นสิ่งที่จัดสร้างขึ้นจากการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างด้านอัตวิสัยและวัตถุวิสัย (Munhall, 2001, p. 84) นักวิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้นการเก็บ

รวบรวมข้อมูลต้องใช้วิธีการหลายวิธีร่วมกัน เช่น การสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดร่วมกับการบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนามในสิ่งที่สังเกต ด้านนักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องศึกษาค้นคว้าเพื่อให้มีความรู้ อ่านงานวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาก่อนลงสนามแต่ไม่ได้นำมาตีเป็นกรอบ เป็นการศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยรู้ถึงโอกาสความเป็นไปได้ของพฤติกรรมสังคมที่ศึกษา และรู้ประเด็นที่ควรสังเกตและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 18) ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมทั้งหมดจึงสามารถนำไปใช้ในการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลได้ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยควรฟังเทปบันทึกเสียงให้เร็วที่สุดเพื่อทราบข้อมูลที่ได้และทราบว่าประเด็นใดต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป สิ่งที่ควรตระหนักถึงขณะทำการสัมภาษณ์ คือ คุณค่า ความถูกต้อง และความซื่อสัตย์ของข้อมูล ซึ่งตัวผู้วิจัยต้องเคารพและมีความจริงใจให้กับผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้จะดำเนินไปจนผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว คือ ไม่มีประเด็นหรือสาระสำคัญเพิ่มขึ้นจากข้อมูลที่มีอยู่เดิม (Streubert & Carpenter, 1995, pp. 43-45) เมื่อเก็บข้อมูลได้แล้วต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจะเริ่มกระทำพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล และยังทำต่อไปหลังการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงผู้วิจัยจะไม่ด่วนสรุปปรากฏการณ์จากมุมมองของคนนอก (Etic) ควรมองด้วยสายตาของคนใน (Insider's View) และตระหนักรู้ว่ามนุษย์เราสร้างระบบคุณค่าและความหมายส่วนตัวเองเขา ซึ่งผู้วิจัยต้องสืบแสวงหาให้พบ โดยการลองสร้างสมมติฐานชั่วคราว (Working Hypothesis) สะสมไว้ตั้งเป็นข้อสงสัยสำหรับเกิดความคิดเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยหลักต้องเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองเนื่องจากเป็นผู้รู้คำถามวิจัยที่ศึกษา การเข้าไปสัมผัสกับปรากกฏการณ์โดยตรงนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดทฤษฎีและการจินตนาการประกอบกัน ทำให้รู้ทิศทางของการเก็บข้อมูลเพื่อหาคำตอบของปัญหาการวิจัยของตนเองได้ ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพถือเป็นการสั่งสมองค์ความรู้ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงหรือก่อรูปใหม่อยู่เรื่อย ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ๆ กระบวนการวิจัยเน้นเกณฑ์ด้านการเป็นที่ไว้วางใจ (Trustworthiness) ดังนั้นผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นว่าข้อมูลความรู้ของตนมีคุณภาพเพราะเกิดจากความไว้วางใจที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อผู้วิจัย ความรู้ที่ผู้วิจัยได้มาเป็นความรู้ที่แท้จริงที่สุดแล้ว (สุภางค์ จันทวานิช, 2540, หน้า 5-15)

จะเห็นได้ว่า ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้มองเห็นกระบวนการของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของปรากฏการณ์ในบริบทที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นแนวทางการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่เป็น โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจความคิดที่ซ่อนอยู่ในพฤติกรรมของบุคคลได้ลึกซึ้ง สามารถแปลความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริงและครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคลได้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University