

แบบจำลองคำอธิบายโรค

ระหว่างหมอกับคนไข้



ผมเคยลองไม่เป็นหมอนามัย พยายามทำตัวเป็นคนใน (emic view) ในโลกของชาวบ้านให้มากที่สุดอยู่ช่วงหนึ่ง (ซึ่งทำได้ไม่ตื้นัก) ตอนที่เก็บข้อมูลภาคสนามทำวิจัย

ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งทางภาคอีสาน เมื่อชาวบ้านไม่รู้ว่าผมเป็นหมอนามัย หลายครั้งก็มักจะเปิดเผยความรู้สึกที่มีต่องานสาธารณสุขในพื้นที่ให้ฟัง ซึ่งหลาย ๆ เรื่องที่ได้ฟังก็ทำให้ผมถูกคิดอะไรขึ้นมาได้บ้าง รู้สึกละเอียดใจในการกระทำของตัวเองที่ผ่านมาก็หลายครั้ง

วันหนึ่งขณะสัมภาษณ์ชาวบ้าน สายตาผมเหลือบไปเห็นของยามั้ดรวมกันท่อนใหญ่ถูกเหน็บไว้บนรองเสาบ้าน ผมถามด้วยความสงสัยว่าไม่-

ได้กินยาตามที่หมอจ่ายให้เธอ ชาวบ้านตอบว่า กินอยู่
พักหนึ่ง พอดีมีเพื่อนบ้านแนะนำให้ลองไปรักษากับหมอ-
สมุนไพร ตอนนี้เลยกินยาสมุนไพรทุกวัน ไม่ได้กินยาจาก
สถานอนามัยอีกเลย คำตอบของชาวบ้านสะท้อนความ-
เชื่อเรื่องอำนาจที่ผมนึกคิดว่าตัวเองมีอยู่ ซึ่งอิงอยู่กับ
อำนาจของความรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพอีกทีหนึ่ง ผมเชื่อว่า
เมื่อจ่ายยาให้คนไข้แล้ว คนไข้จะกินยาที่จ่ายให้อย่างไม่
บิตพลั่ว แม้บางครั้งจะไม่ครบขนาดก็ตาม เพราะไม่นั้น
จะมารักษาที่สถานอนามัยทำไม แม้ผมจะไม่เคยตามไป
ดูว่าเป็นจริงตามที่คิดไว้ไหม แต่อนุมานจากความเป็นเหตุ
เป็นผล ก็ไม่น่าจะผิดพลาด จนมาได้ยินคำตอบจากชาว-
บ้าน ความเชื่อในหลาย ๆ เรื่องของผมก็เริ่มสั่นคลอน

เรื่องที่สั่นคลอนความเชื่อของผม ก็ไม่ใช่ว่าไม่เคย
มีใครตั้งคำถามหรืออธิบายเรื่องที่เกิดขึ้นได้เลย อาร์เธอร์
ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการ-
แพทย์คนสำคัญ มองว่า ระบบการแพทย์นั้นเป็นระบบ
วัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งมีสัญลักษณ์ ความหมาย และ
ตรรกะภายในของตนเอง ดังนั้น วัฒนธรรมสุขภาพมิใช่
เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและ
การเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง
“ความเป็นจริง” (medical reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพ
ของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกัน โลกแห่งความเป็นจริง
ในแต่ละวัฒนธรรมสุขภาพจึงเป็นโลกคนละแบบกัน โลก
ของความเป็นจริงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ หรือแยก
ออกจากโลกของภาษาและความหมายในทางตรงกันข้าม
โลกแห่งความจริงนั้นถูกอุปโลกนขึ้นด้วยน้ำมือของภาษา
และสัญลักษณ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง โลกแห่งความเป็น
จริงมีอยู่และรับรู้ได้โดยผ่านการแปลและตีความเชิง
สัญลักษณ์เท่านั้น ซึ่งรวมทั้งโลกสุขภาพของผู้คนใน
แต่ละวัฒนธรรม¹

ไคลน์แมน² ได้เสนอแนวคิดเรื่อง “แบบจำลองคำ
อธิบาย” (Explanatory Model) หรือ EM ซึ่งเป็นแนว-
ทางในการค้นหามุมมองเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บแบบคนใน
(Emic หรือ Native's point of view) เป็นวิธีการมองหา
กระบวนการที่ความเจ็บป่วยได้รับการตีความเชิงสัญลักษณ์

ถูกให้ความหมายและเยียวยารักษา ไคลน์แมน อธิบาย EM
ว่า หมายถึงความคิดเกี่ยวกับการป่วยไข้ (sickness) และ
การเยียวยารักษาในแต่ละวัฒนธรรม นอกจากนี้ EM ยัง
แสดงให้เห็นความหมายส่วนบุคคลและของสังคมที่มีต่อ
ประสบการณ์ความป่วยไข้ที่เกิดขึ้น องค์ประกอบ
พื้นฐานของ EM มีอยู่ 5 ประการ คือ

1. สาเหตุของโรคเกิดจากอะไร
2. ระยะเวลาที่อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น
3. พยาธิวิทยาหรือลักษณะอาการของโรค
4. ความรุนแรงของโรค
5. การรักษาที่เหมาะสม

ในขั้นตอนการรักษาทางคลินิกการแพทย์ คนไข้
และหมอต่างก็ใช้ EM ของตัวเองในการอธิบายการป่วยไข้
ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่ทางเลือกหลาย ๆ ทางของการ
เยียวยารักษา อย่างไรก็ตาม การใช้ EM ในการอธิบาย
ความป่วยไข้ระหว่างคนไข้กับหมอก็มักจะได้ออกมาที่
แตกต่างกัน สำหรับคนไข้ ความป่วยไข้มีความหมายที่
หลากหลายสิ้นโหล่นยามไปตามบริบทต่าง ๆ ได้รับอิทธิพล
จากปัจจัยส่วนบุคคลและวัฒนธรรม ที่สำคัญ แยกไม่
ออกว่าการให้ความหมายต่อการป่วยไข้ที่เกิดขึ้นของคนไข้
เป็นแนวคิดหรือประสบการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จะตรง
ข้ามกับหมอ ที่เชื่อว่าอาการป่วยไข้เกิดจากสาเหตุเดียว
(เชื้อโรคแต่ละตัว) และมีความหมายตายตัว ซึ่งเป็นไป
ตามหลักตรรกะทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ร่ำเรียนมา
ที่สำคัญ หมอมักจะหลอมรวม EM ของคนไข้ ให้เข้ากับ
EM ทางการแพทย์ของโรคที่ตัวเองยึดถือ มากกว่าที่จะ
ให้คนไข้มีมุมมองต่อโรคเอง

แนวคิดเรื่องแบบจำลองคำอธิบาย เมื่อใช้ควบคู่
กับแนวคิดที่แยกแยะระหว่างโรค (disease) ซึ่งเป็น
ความผิดปกติของกระบวนการและกลไกทางร่างกายของ
ผู้ป่วย (แบบจำลองคำอธิบายของหมอ) กับความเจ็บป่วย
(illness) ซึ่งเป็นความผิดปกติตามการรับรู้หรือประส-
บการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง (แบบจำลองคำ
อธิบายของผู้ป่วย) ถือว่าเป็นแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้
เราเข้าใจความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของ



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทำการล้างท้องเสร็จเรียบร้อยแล้ว เดินออกมาจากห้องฉุกเฉินเจอแม่ของคนไข้เดินกังวลอยู่หน้าห้องฉุกเฉิน เมื่อพูดคุยกันเจ้าหน้าที่รู้ว่าแม่ของคนไข้ไม่ได้ท้วงเรื่องที่ลูกต้องล้างท้อง แต่เชื่อว่า ที่ลูกกินยาฆ่าแมลงเพราะชอบพูดจา ดุด่าคนเฒ่าคนแก่ ฝึบ้านจึงตั้งใจให้กินยาฆ่าแมลง แม่จึงท้วงว่า ถ้าไม่ไปแก้ที่สาเหตุซึ่งก็คือต้องขอขมาลาโทษฝึบ้าน ฝึบ้านจะโกรธและจะทำอันตรายแก่ลูกสาวอีก จากกรณีตัวอย่าง แยกเป็น ตารางเปรียบเทียบ EM ของหมอกับญาติคนไข้ ดังนี้

หมอผู้รักษาโรคกับผู้ป่วยได้มากขึ้น

เช่น คำว่า “ป่วย” ในภาคอีสาน “ป่วยลม” “ป่วยงู” ที่ชาวบ้านพูดกันนั้น มีความหมายอย่างไรในโลกสุขภาพของวัฒนธรรมคนอีสาน หรือคำว่า “มะเร็ง” สำหรับชาวบ้านหมายถึงแผลเรื้อรังแต่ในโลกของหมอ “มะเร็ง” คือ เนื้อร้าย เนื้องอก การใช้แบบจำลองคำอธิบายในการทำความเข้าใจโลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรม จึงมีความจำเป็นสำหรับบุคลากรสุขภาพแต่ข้อพึงระวังก็คือว่า เราต้องไม่รีบด่วนสรุปให้คนไข้ต้องเข้าใจความหมายของอาการป่วยใช้ตรงกันกับเรา และไม่ยึดเอาคำอธิบายของเรา หรือชุดความรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นเกณฑ์หลัก หากต้องร่วมกันสร้างความเข้าใจในชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยร่วมกัน ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของทั้งเรากับคนไข้ อาจจะตกลงหรือยอมรับกันชั่วคราวก่อนก็ได้ เพื่อให้คนไข้ร่วมมือในการรักษาต่อไป

กรณีตัวอย่าง มีคนไข้กินยาฆ่าแมลง จนกลืนยาเห็บคูลูกตัว เมื่อ

องค์ประกอบ EM	EM ญาติคนไข้	EM หมอผู้รักษา
1. สาเหตุของการป่วยไข้	ลูกสาวชอบพูดจา ดุด่าคนเฒ่าคนแก่ ฝึบ้านจึงตั้งใจให้กินยาฆ่าแมลง	คนไข้มีเรื่องไม่สบายใจ เครียด
2. ระยะเวลาของการป่วยไข้	เริ่มตั้งแต่ที่ลูกสาวได้พูดจา ดุด่าคนเฒ่าคนแก่	เริ่มตั้งแต่คนไข้กินยาฆ่าแมลง
3. พยาธิวิทยา หรือลักษณะอาการ	หมดสติ กลืนยาฆ่าแมลง เห็บคูลูกตัว	อาเจียน วิงเวียนศีรษะ
4. ความรุนแรง	หากไม่ขอขมาฝึบ้าน ฝึบ้านจะทำอันตรายแก่ลูกสาวอีก	คนไข้อาจเสียชีวิต
5. การรักษาที่เหมาะสม	ทำพิธีเช่น ไห้วขอขมา-ฝึบ้านตามความเชื่อ	ล้างท้อง รักษาทางการแพทย์

เรื่องนี้สะท้อนให้เห็นถึงคำอธิบายต่ออาการเจ็บป่วยของชาวบ้านที่เป็นคนละชุดกับของหมอ หากเจ้าหน้าที่เข้าใจและยอมรับในคำอธิบายของญาติคนไข้ โดยให้ญาติกลับไปทำพิธีเช่น ไห้วขอขมาฝึตามความเชื่อ แต่ขอให้ลูกสาวยังคงอยู่รักษาที่หมอ การตกลงเบื้องต้นร่วมกันเช่นนี้จะทำให้ญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรักษา แต่จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ เราเข้าใจระบบสัญลักษณ์และการให้ความหมายของการป่วยไข้ในวัฒนธรรมของคนไข้เสียก่อน

กรณีตัวอย่าง คนไข้รายหนึ่งเป็นแผลเรื้อรังที่เท้า มาทำความสะอาดแผลที่ห้องฉุกเฉิน หมอจ่ายยาปฏิชีวนะให้ ขณะจะกลับบ้านคนไข้เจอคนงานเปลซึ่งเป็นคนบ้านเดียวกัน เมื่อรู้ว่าเป็นแผลเรื้อรังที่เท้าคนงานเปลบอกว่าที่เป็นแผลเรื้อรังรักษาไม่หายสักทีเพราะมันมี “ตัวแม่” อยู่ในแผล ถ้าไม่เอาตัวแม่ออก แผลก็จะไม่หาย หลังจากฟังคนงานเปลแนะนำคนไข้มีท่าที่เห็นด้วย ขณะเดียวกัน หมอซึ่งยืนอยู่ใกล้ ๆ ได้ยินที่คนไข้กับคนงานเปลคุยกัน ทำให้คิดว่าคำอธิบายความป่วยไข้ของคนไข้กับตัวเองเป็นคนละชุดกัน และไม่แน่ใจว่าคนไข้จะยังยอมกินยาปฏิชีวนะที่จ่ายให้หรือไม่ คนไข้คนนี้อาจจะไปหาสมุนไพร มาพอกที่แผล และไม่เชื่อตามคำแนะนำของหมอทั้งหมด ดังนั้น ในกรณีเช่นนี้ หากบุคลากรสุขภาพไม่ได้พูดคุยหรือเจรจาต่อรองกับคนไข้ ไม่ได้ประเมินว่าชาวบ้านคิดอย่างไรกับความป่วยไข้ของเขาเอง ก็อาจจะทำให้ชาวบ้านไม่มั่นใจ ในการวินิจฉัยของหมอ และอาจจะไม่ยอมรับการรักษา

จากกรณีตัวอย่าง หากหมอปรับความเข้าใจกับคนไข้ แบ่งปันชุดคำอธิบายการป่วยไข้ (EM) ร่วมกัน ด้วยการพูดคุยต่อรอง เช่น ทำแผลพร้อมกับกินยาที่ให้ไปก่อนอย่างน้อย 5 - 7 วัน ถ้าไม่ดีขึ้นก็ค่อยหาซื้อดกกลงกันอีก ภายหลัง อาจจะไปหาหมอสมุนไพรหรือการรักษาพื้นบ้านก็ได้ แต่เบื้องต้นต้องหาซื้อดกกลงร่วมกันให้ได้อย่างน้อยชั่วคราว หากดกกลงกันไม่ได้ ชาวบ้านก็จะไม่ยอมรับการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือ ข้อสำคัญหากบุคลากรสุขภาพไม่สนใจที่ทำความเข้าใจคำอธิบายการป่วยไข้ในโลกวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้าน อาจทำให้เกิดผลตามมา คือ

1. ชาวบ้านไม่เชื่อ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเยียวยา เพราะชาวบ้านมีคำอธิบายความป่วยไข้อีกชุดหนึ่ง
2. บุคลากรสุขภาพจะให้การรักษาเยียวยาโดยยึดกรอบคิดของตัวเองเป็นหลัก ผลที่ตามมาคือ ชาวบ้านจะปฏิบัติตามความเชื่อของตนร่วมด้วย ไม่เชื่อตามคำแนะนำหรือการรักษาเยียวยาของหมอไปทั้งหมด เพราะเข้ากันไม่ได้กับชุดคำอธิบายที่ชาวบ้านเชื่อ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาได้ทั้งแง่บวกและแง่ลบ

ในบางกรณี ความเชื่อของชาวบ้านก็อาจทำให้เกิดผลทางลบ เช่น ต้องเสียเงินเสียทองจำนวนมากจากการไปหาหมอสมุนไพรโดยกินยาลูกกลอนที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ ซึ่งอาจส่งผลข้างเคียงต่อยาแผนปัจจุบัน และเกิดโทษต่อร่างกายตามมาภายหลัง ดังนั้น หากบุคลากรสุขภาพไม่สนใจที่จะเข้าไปเรียนรู้โลกทางวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้าน เราก็จะไม่สามารถผสมผสานการรักษาเยียวยาที่ถูกต้องและสอดคล้องกับทั้งคำอธิบายทางการแพทย์ของเรา และคำอธิบายตามความเชื่อของท้องถิ่น

การเข้าใจโลกทางสัญลักษณ์ของชาวบ้าน และการให้ความหมายต่ออาการป่วยไข้ตามภูมิหลังของแต่ละสังคมวัฒนธรรม นอกจากจะช่วยในการเจรจาต่อรองหาข้อตกลงในการรักษาที่เหมาะสมร่วมกันได้แล้ว ยังจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับชาวบ้านดำเนินไปอย่างราบรื่น ด้วยการเคารพ ให้เกียรติ ซึ่งกันและกัน

เอาเข้าจริง ๆ เราก็ต้องยอมรับว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่ก็เป็นเพียงระบบย่อยหนึ่งในวัฒนธรรมสุขภาพของชาวบ้าน และไม่ได้มีอำนาจเหนือกว่าระบบสุขภาพแบบอื่น ๆ ในวัฒนธรรมชาวบ้านแต่อย่างใด การทำงานสุขภาพชุมชนจึงเป็นการแสวงหาความร่วมมือร่วมกันอย่างเคารพให้เกียรติระหว่างเรากับชาวบ้าน ไม่ใช่ด้วยการใช้อำนาจความรู้เข้าไปบังคับบงการ 

เอกสารอ้างอิง

¹ Kleinman, A., Leon Eisenberg and Byron Good. (1978). Culture, Illness, and Care : Clinical Lessons from Anthropologic and Cross - Cultural Research. Annals of Internal Medicine. vol. 88 pp. 251 - 8.

² Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley, LA and London : University of California Press. pp. 104 - 18.