

แนวคิดสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ในการบริหารทันตกรรมพร้อมมูล

Concepts of Health and Humanized Health Care in Comprehensive Dental Care

ดร.ณัฏฐ์ โอวิทยากุล², พักตร์เลขา แสงทัตถวัฒน์¹, อติศักดิ์ จิ่งพัฒน์นาเวดี²

¹กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

²ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Darunee Owittayakul², Paklekha Saenghuttawattana¹, Atisak Chuengpattanawadee²

¹Dental Department, Cha-Am Hospital, Phetchaburi

²Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม. ทันตสาร 2560; 38(2) : 53-63

CM Dent J 2017; 38(2) : 53-63

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หากจะเชื่อมโยงเข้าสู่ช่องปาก ทันตแพทย์ควรปรับมุมมองจากเดิมที่ให้การรักษาเฉพาะซี่ฟัน เป็นการพยายามสร้างสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับปัจจัยด้านกายภาพ จิตใจและสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายให้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการของการบริหารทันตกรรมพร้อมมูล โดยหนทางการนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยแบบครบทุกมิติควรเริ่มต้นจากการเรียนรู้แนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางทันตกรรม ดังนั้นบทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิดสุขภาพและความเจ็บป่วย แนวคิดแบบองค์รวม และการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: การบริหารทันตกรรมพร้อมมูล การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Abstract

The World Health Organization (WHO) defines “Health” as “a state of complete physical, mental, social and spiritual well-being.” To apply the definition of health in comprehensive dental care concepts, dentists need to change aspects of treatments that focus only on teeth to establish the optimal oral health of patients which relates to their biological, psychological and social factors. Methods to achieve the goals begin with learning the principles of holistic health care concept and humanized health care for application in dental plans and treatments. Therefore, this article provides concepts of health and disease, the holistic concept and humanized health care.

Keywords: Comprehensive dental care, Humanized health care, Holistic concept, Patient-centered care

Corresponding Author:

ดร.ณัฏฐ์ โอวิทยากุล

อาจารย์ ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Darunee Owittayakul

Lecturer, Department of Family and Community Dentistry,
Faculty of Dentistry, Chiang Mai University,
Chiang Mai 50200, Thailand
E-mail: darunee.o@cmu.ac.th

บทนำ

อริสโตเติล (Aristotle) ได้ให้นิยามคำว่ามนุษย์ไว้ 3 ประการ ได้แก่ มนุษย์คือสัตว์ที่มีเหตุผล (Man is rational animal) มนุษย์เป็นสัตว์ที่รู้จักคิด (Man is thinking animal) และมนุษย์เป็นสัตว์สังคม (Man is social animal) จากลักษณะดังกล่าวทำให้มนุษย์มีต้องการที่จะทำความเข้าใจตัวเอง และสังคมรอบข้าง ต้องการค้นหาและเข้าใจถึงความหมายของชีวิต รวมถึงมีความสามารถคิดตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง⁽¹⁾ ดังนั้นการบริบาลมนุษย์จึงควรเป็นการบริบาลที่คำนึงถึงมิติของความเป็นมนุษย์ คือมีความครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ และวิถีชีวิตในสังคม

แนวคิดการบริบาลทันตกรรมพร้อมมูล (Comprehensive dental care) หมายถึงการบริบาลอย่างครบถ้วนทุกรูปแบบตามความจำเป็นที่บุคคลควรจะได้รับ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic concept) ที่ว่าอวัยวะต่างๆ ของบุคคล เป็นส่วนสำคัญที่ประกอบขึ้นเป็นบุคคล ครอบคลุม ชุมชน สังคม ดังนั้นในการบริบาลทางทันตกรรมพร้อมมูล จึงไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะอวัยวะในช่องปากเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการให้ความสำคัญทั้งฟันและอวัยวะที่มีความเกี่ยวข้อง โดยเป็นการดูแลคนทั้งคน (whole person care) หรือเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่งต้องพิจารณาถึงปัจจัยด้านต่างๆ ร่วมด้วย เช่น ชีววิทยา จิตวิทยา และด้านสังคม (biopsychosocial factor) ดังนั้นการบริบาลทันตกรรมพร้อมมูลจึงเป็นการบริบาลที่เคารพถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย มีกระบวนการบำบัดรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับสภาวะทางจิตใจ ข้อจำกัด และบริบทที่แตกต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุลระหว่างแต่ละมิติ และเหมาะสมตามอัตภาพ⁽²⁾

บทความนี้จึงเป็นการทบทวนเสนอแนวคิดและทฤษฎีสำคัญต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีมาในอดีต ซึ่งส่วนมากมักให้ความสำคัญเฉพาะเพียงบางมิติ จนกระทั่งมีการปรับเปลี่ยนและนำมาสู่การดูแลผู้ป่วยแบบรอบด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แนวคิดสำคัญที่ใช้อธิบายสุขภาพและความเจ็บป่วย

แนวคิดแบบอิงธรรมชาติ (Naturalists) และแนวคิดแบบอิงบรรทัดฐาน (Normativist)

สองแนวคิดที่มองสุขภาพและความเจ็บป่วยผ่านมุมมองที่แตกต่างกันนี้เกิดขึ้นเมื่อประมาณ 30-40 ปีที่ผ่านมา โดยแนวคิดแบบอิงธรรมชาติ ซึ่งถูกเสนอโดยคริสโตเฟอร์ บอร์ส (Christopher Boorse)⁽³⁾ เป็นการมองว่า “โรค” เป็นสภาวะอย่างหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ตามปกติ (normal function) ของร่างกาย การนิยามการเป็นโรคของแนวคิดนี้เป็นการนิยามโรคจากพื้นฐานทางชีววิทยา เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ดำเนินไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคม ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายมนุษย์คือ “การดำรงชีพเพื่อความอยู่รอดและการดำรงเผ่าพันธุ์” ดังนั้นหากยึดถือตามนิยามนี้ อย่างเคร่งครัด กิจกรรมอื่นๆ ของมนุษย์ที่นอกเหนือการดำรงชีพเพื่อความอยู่รอดและการดำรงเผ่าพันธุ์ จึงต้องจัดว่าเป็นความผิดปกติ หรือการเป็นโรค ยกตัวอย่างเช่น ความสนใจในวิทยาศาสตร์ ดนตรี ศิลปะ หรือแม้กระทั่งพฤติกรรมรักร่วมเพศ เป็นต้น⁽⁴⁾ นอกจากนี้ การทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายมนุษย์ ยังเป็นการกำหนด “ความปกติ” ผ่านค่าของตัวเลขบางอย่าง ซึ่งในบางครั้งค่าดังกล่าวไม่สามารถสวมแทนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้อย่างแนบสนิท ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดการสูญเสียฟันไป หากยึดตามตามแนวคิดแบบอิงธรรมชาติ ก็จะถูกจัดว่าเป็นสภาวะของร่างกายที่ผิดปกติ เพราะไม่มีฟันครบตามจำนวนที่ควรจะเป็น การนิยามของการเป็นโรคตามแนวคิดนี้ จึงทำให้เกิดคำถามขึ้น อาทิเช่น แท้ที่จริงแล้วมนุษย์ควรมีฟันจำนวนกี่ซี่เพื่อรักษาการทำงานตามธรรมชาติให้ปกติ การไม่มีฟันครบตามจำนวนที่ควรจะเป็นจะสามารถถือเป็นความผิดปกติได้หรือไม่ หากมนุษย์คนนั้นยังดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหาใดๆ การกำหนดนิยามของ “ความปกติ” และ “การทำงานตามธรรมชาติ” ที่ปฏิเสธเรื่องของค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อแสดงให้เห็นว่าการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่เป็กฎเกณฑ์ตายตัวจึงเป็นแนวคิดที่ถูกตั้งคำถามถึงความเหมาะสมในการนำมาใช้อธิบายสุขภาพและความเจ็บป่วยของมนุษย์อยู่น้อย⁽⁴⁾

ขณะที่แนวคิดแบบอิงบรรทัดฐาน เชื่อว่าโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดจากความรู้สึกนึกคิดของบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับบริบททางสังคม ดังนั้นจึงมีค่านิยมการเกิดโรคที่หลากหลายและตรงข้ามกับแนวคิดแบบอิงธรรมชาติ เพราะยอมรับว่าค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค⁽⁴⁾ โดยคำจำกัดความของ “โรค” ในแนวคิดบรรทัดฐาน ได้แก่ การที่สังคมหนึ่ง ๆ ลงความเห็นตามประสบการณ์ที่สั่งสมกันมา หรือการที่บุคคลเกิดความรู้สึกเจ็บปวดหรือทรมานภายในใจที่เบี่ยงเบนไปจากสภาวะปกติที่สังคมกำหนด⁽⁵⁾ บางมุมมองมองว่า “โรคเป็นภาวะที่มนุษย์สร้างขึ้นเอง⁽⁶⁾ หรือเป็นภาวะที่มนุษย์ใช้เพื่ออธิบายสถานการณ์เชิงลบของตน⁽⁷⁾ ทั้งนี้แนวคิดแบบอิงบรรทัดฐานได้ถูกโต้แย้งว่าไม่สามารถครอบคลุมในกรณีที่บุคคลรู้สึกปวดป่วย โดยที่ไม่มีความผิดปกติที่ทำให้สังคมรับรู้ (illness)⁽⁴⁾ ทำให้ทั้งสองความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และบรรทัดฐานทางสังคมต่างมีความไม่แน่นอนในการที่จะใช้ตัดสินความเจ็บป่วย เพราะโดยเนื้อแท้แล้วความเจ็บป่วย ไม่ได้ถูกกำหนดจากมิติใดมิติหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดการเกิดโรคจาก 3 มุมมอง (The three dimensions of human ailment) ที่นำแนวคิดแบบอิงธรรมชาติมารวมกันกับแนวคิดแบบอิงบรรทัดฐาน

มุมมอง 3 แบบของความเจ็บไข้ได้ป่วย (The three dimensions of human ailment)^(4,8,9)

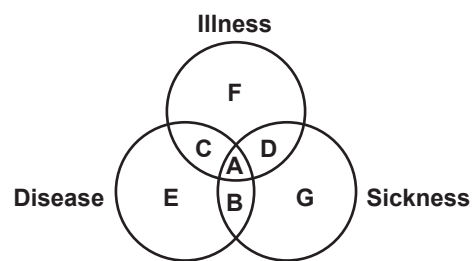
แนวคิดนี้พัฒนาต่อเนื่องมาจากแนวคิดแบบอิงธรรมชาติและแนวคิดแบบอิงบรรทัดฐาน โดยเป็นการอธิบายว่าความเจ็บไข้ได้ป่วยของมนุษย์ สามารถมองได้แตกต่างกันจากมุมมองสามระดับ คือ มุมมองจากตัวบุคคล มุมมองทางวิทยาศาสตร์หรือมุมมองทางการแพทย์ และมุมมองจากสังคม มุมมองแรก คือมุมมองจากตัวบุคคล โดยบุคคลจะรู้สึกปวดป่วย เมื่อเกิดความเจ็บปวด อ่อนล้าหรือไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งอาการป่วยในลักษณะนี้เรียกว่า “ไม่สบาย” (illness)

มุมมองที่สอง เป็นมุมมองที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ อาศัยการตรวจวินิจฉัยกลไกของร่างกายตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาการป่วยจากมุมมองนี้ เรียกว่า “โรค” (disease) โดยสามารถจำแนกเป็นอาการป่วยทางกายและอาการป่วยทางจิต

มุมมองที่สาม เป็นมุมมองความเจ็บป่วยที่ถูกกำหนดจากสังคม จากเหตุการณ์ที่ทำให้ สมรรถภาพของบุคคลที่

แสดงออกทางสังคมลดลง เช่น การลางาน การขาดเรียน เป็นต้น ซึ่งอาการป่วยจากมุมมองนี้ เรียกว่า “ความเจ็บป่วย” (sickness)

จากคำจำกัดความของทั้ง 3 มุมมองข้างต้น ทำให้สามารถครอบคลุมปรากฏการณ์ของความเจ็บไข้ได้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ทั้งโรคที่เกิดกับร่างกายที่อธิบายผ่านมุมมองทางวิทยาศาสตร์ ความไม่สบายที่เป็นมิติของความรู้สึกนึกคิดจิตใจของบุคคล และความเจ็บป่วยที่ถูกนิยามและรับรู้โดยสังคม โดยแต่ละมุมมองต่างมิได้ดำรงอยู่อย่างแยกขาดจากกัน แต่มีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรค ความไม่สบาย และความเจ็บป่วย (ดัดแปลงจาก Twaddle A., 1993)⁽⁸⁾

Figure 1 Relationship between disease, illness, and sickness (Modified from Twaddle A., 1993)⁽⁸⁾

ยกตัวอย่าง เช่น

A เป็นพื้นที่ของความเจ็บไข้ได้ป่วยที่มุมมองทั้งสามเห็นตรงกันว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีการปรากฏของโรคทั้งในมุมมองทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ บุคคลมีความรู้สึกไม่สบาย และสังคมรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้น ยกตัวอย่างเช่น โรคเมะเร็งหรือ การเกิดฝีที่รูขุมขน อาจเกิดเป็นฝี (abscess) หรือ ไบหน้ำบวม เป็นต้น

F เป็นพื้นที่ที่บุคคลรู้สึกถึงปัญหาของตนเอง โดยที่แพทย์ไม่ได้มองว่าเป็นโรคและสังคมไม่รับรู้ความเจ็บป่วยนั้นยกตัวอย่าง ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาเรื่องของความสวยงาม เช่น การมีสีฟันที่เหลืองเข้ม เป็นต้น ซึ่งความสวยงามนั้นเป็นมุมมองส่วนบุคคล ความไม่สบายที่ปราศจากโรค (illness without disease) จึงเป็นพื้นที่ที่อาจเกิดความขัดแย้งระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยได้ เนื่องจากความคิดเห็นหรือมุมมองที่ไม่สอดคล้องกัน

E เป็นพื้นที่ที่มีเพียงความเห็นของแพทย์ฝ่ายเดียวที่เห็นว่าบุคคลเกิดโรคขึ้น โดยที่บุคคลนั้นและสังคมไม่สามารถรับรู้ถึงความเจ็บป่วยในรูปแบบนี้ได้ เช่น ฟันที่มีวัสดุบูรณะขนาดใหญ่ ฟันผุในระยะเริ่มแรก การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี การอักเสบของอวัยวะปริทันต์ รวมไปถึงการจัดฟันแฟชั่นที่กำลังเป็นที่นิยมอยู่ในขณะนี้ เป็นต้น จากการที่บุคคลไม่สามารถรับรู้หรือยังไม่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยในรูปแบบดังกล่าว โรคที่ปราศจากความไม่สบาย (disease without illness) จึงเป็นพื้นที่ที่อาจส่งผลให้บุคคลไม่ใส่ใจต่อมุมมองหรือคำแนะนำของแพทย์ และทำให้การแก้ไขปัญหาคความเจ็บไข้ได้ป่วยที่เป็นโรคตามมุมมองของแพทย์ ประสบปัญหาไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยได้

G เป็นพื้นที่ที่มีเพียงความคิดเห็นของสังคมเท่านั้นที่เห็นว่าบุคคลมีความเจ็บป่วย เช่น บางสังคมอาจจะมองว่าคนที่มีการเจาะลิ้นหรือเจาะหูเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง หรือการเจาะลิ้นร่างกาย รวมถึงการเจาะปาก (piercing) ที่อาจจะถูกมองว่าเป็นความผิดปกติในบางสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตามในพื้นที่นี้ซึ่งหมายถึงปรากฏการณ์ที่เป็นความเจ็บป่วยในมุมมองทางสังคมที่ปราศจากการตระหนักของบุคคลและไม่ปรากฏการมีอยู่ของโรคตามนิยามทางการแพทย์นั้น มักไม่พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากโดยตรงที่ชัดเจน ส่วนพื้นที่ C, B, D คือ พื้นที่ที่มีมุมมอง 2 มุมมองที่เห็นตรงกันว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ตัวอย่างมุมมองความเจ็บป่วยในพื้นที่ C ซึ่งเป็นมุมมองความเจ็บป่วยที่เห็นตรงกันระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยสูญเสียฟันหลัง จนทำให้รู้สึกว่าการเคี้ยวอาหารไม่สะดวก และภาวะปากแห้ง (xerostomia) ทั้งนี้มุมมองความเจ็บป่วยที่มักเป็นประเด็นปัญหาในการรักษา คือ พื้นที่ E และ F ซึ่งเป็นมุมมองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังนั้นในการให้รักษาแพทย์จึงควรให้ความสำคัญในการอธิบายข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อลดความขัดแย้งจากมุมมองที่ต่างกันและเพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะหากการรักษานั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ กล่าวโดยสรุปความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่สามารถทำความเข้าใจผ่านมุมมองที่แตกต่างกันได้ 3 มุมมอง ได้แก่ มุมมองจากตัวบุคคล มุมมองทางการแพทย์ และมุมมองจากสังคม ซึ่งแต่ละมุมมองให้ความหมายต่อความเจ็บไข้ได้ป่วยในแง่มุมมองที่ต่างกัน ซึ่งอาจทั้งมีความสอดคล้อง

หรือแตกต่างกันก็เป็นได้ และประเด็นสำคัญคือแต่ละมุมมองล้วนแล้วแต่มีความสำคัญด้วยกันทั้งสิ้น

เพราะความเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นมนุษย์จะหาทางในการเยียวยาให้ตนเองฟื้นหาย (healing) บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยในการเยียวยาความเจ็บป่วยนั้น ดังนั้นการที่บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในมุมมองที่แตกต่างที่ใช้ทำความเข้าใจความเจ็บป่วยของมนุษย์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้การรักษาเยียวยาผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างเข้าใจในความเป็นมนุษย์ได้มากขึ้น

แนวคิดวิทยาศาสตร์แบบกลไกและแนวคิดแบบองค์รวม

มุมมองหรือแนวคิดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อวงการแพทย์ในปัจจุบัน ได้แก่ แนวคิดวิทยาศาสตร์แบบกลไก (mechanical scientific) และแนวคิดแบบองค์รวม (holism)

แนวคิดวิทยาศาสตร์แบบกลไก⁽¹⁰⁻¹²⁾ เป็นแนวคิดที่กระบวนทัศน์หลักของวิทยาศาสตร์มาตั้งแต่คริสต์ศักราชที่ 17 และส่งผลต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดของเรเน่ เดการ์ตส์ (Rene Decartes) และเซอร์ไอแซค นิวตัน (Issac Newton) ทั้งนี้แนวคิดวิทยาศาสตร์แบบกลไกเชื่อว่าธรรมชาติมีกระบวนการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องเหมือนเครื่องจักรที่ถูกควบคุมด้วยกฎอันคงที่ ทุกอย่างสามารถคำนวณค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือผลทางคณิตศาสตร์ได้ คุณสมบัติอื่นๆ ที่ไม่สามารถวัดและหาปริมาณได้จึงไม่น่าสนใจ โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

แนวคิดนี้ส่งผลให้เกิดวิธีคิดที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่

1. การมองแบบลดทอน เชื่อว่าปรากฏการณ์อันสลับซับซ้อน สามารถทำความเข้าใจได้ด้วยการลดทอน คือ ศึกษาหน่วยย่อยพื้นฐานของปรากฏการณ์นั้นๆ และมองหากลไกการทำงานของแต่ละหน่วยย่อย แล้วนำเอาปรากฏการณ์ของหน่วยย่อยมารวมกัน เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทั้งหมด ลักษณะการมองสุขภาพแบบลดส่วน จึงทำให้เกิดการลดทอนปรากฏการณ์ของชีวิตลง เหลือเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยาดังนั้นไม่ควรต้องทำความเข้าใจมิติอื่นนอกเหนือจากมิติทางชีววิทยา ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติของอวัยวะ เนื้อเยื่อ หรือขบวนการทางชีวเคมีต่างๆ⁽¹³⁾
2. การมองแบบแยกส่วน เป็นการมองแต่ละส่วน โดยไม่เห็นความสัมพันธ์ของส่วนย่อยที่แยกออกมา มองว่าชีวิต

หรือร่างกายประจุกเครื่องจักร ความเจ็บป่วยเปรียบเสมือนเครื่องจักรขัดข้อง จึงแก้ไขหรือรักษาเฉพาะในจุดที่ขัดข้องด้วยวิธีการมองเห็น ทำให้ชีวิตถูกแยกเป็นสองส่วน คือ กายและจิตที่ไม่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การศึกษาทางกายไม่จำเป็นต้องเข้าใจมิติทางจิต และการศึกษากระบวนการทางจิตนั้นไม่มีความจำเป็นต้องศึกษามิติทางกายภาพ นอกจากนั้นการแพทย์แบบแยกส่วนจะศึกษาร่างกายโดยจับแยกเป็นอวัยวะจนถึงระดับที่เล็กที่สุด เกิดเป็นผู้เชี่ยวชาญที่แตกแยกสาขาย่อยในแต่ละอวัยวะ ซึ่งอาจจะมีประสิทธิภาพสูงในการเข้าไปที่ลึกลงไป แต่กลับด้อยความสามารถในการทำความเข้าใจความเป็นทั้งหมดของชีวิต ภายใต้มุมมองแบบนี้ สุขภาพตามนิยามของวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม หรือ เศรษฐกิจ การเมือง⁽¹³⁾ แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างสูงในยุคที่ผ่านมาเพราะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ง่าย สามารถทำนายเหตุการณ์ในบางส่วนได้ แต่ปัญหาที่สำคัญของแนวคิดนี้ก็คือ การลดคุณค่าทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และไม่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกของบุคคล เพราะยึดมั่นแต่สิ่งที่จับต้องได้^(11,12)

แนวคิดวิทยาศาสตร์แบบกลไกนี้ มีอิทธิพลต่อวงการแพทย์อย่างมาก ทำให้เกิดแนวคิดที่ว่าโรคหรือการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกลไกการทำงานของร่างกายและสารเคมีที่ผิดปกติโดยไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก หรือมิติอื่นๆ ที่มองไม่เห็น พิสูจน์ไม่ได้ แพทย์จึงละเลยต่อความรู้สึก ไม่คำนึงถึงบริบทตลอดจนความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถชี้วัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ จึงเน้นการจัดการผ่านการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน การผ่าตัดและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นหลัก ดังนั้นแพทย์จึงอยู่ในฐานะผู้ทรงอำนาจในการรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

แพทย์ลดทอนการมองเห็นชีวิตของผู้ป่วยด้วยการมองเห็นอวัยวะที่ผิดปกติเป็นส่วนๆ จึงเกิดเป็นรูปแบบการแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ซึ่งหากขาดความระมัดระวังในการมองเหตุปัจจัยและความสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้นแล้ว อาจกลายเป็นการแก้ไขปัญหานี้ในระยะสั้น แต่เกิดผลกระทบในระยะยาว หรือมีผลโดยรวมได้^(10,14,15) ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากความกดดันทางจิตใจ การรักษาด้วยการให้ยาระงับประสาทและยาต้านอาการซึมเศร้า เพื่อควบคุมอาการและพฤติกรรม ถือเป็นการรักษาที่บั่นปลายของปฏิกริยาทางชีวเคมีของสารเคมีต่างๆ ในสมอง ซึ่ง

เป็นการลดทอนปรากฏการณ์ทางจิตของชีวิตมนุษย์ จึงมิได้เป็นการแก้ไขที่สาเหตุอย่างแท้จริง หรือการติดเชือบางชนิดจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำที่มีสาเหตุจากความเครียดหรือการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การรักษาโดยการให้ยาด้านจุลชีพเพียงอย่างเดียว อาจทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาเกินขนาดและภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ ดังนั้นการรักษาจึงควรรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กัน

จากข้อจำกัดของแนวคิดวิทยาศาสตร์แบบกลไกนั้น ทำให้เกิดการนำแนวคิดองค์รวมเข้ามาใช้ในวงการต่างๆ รวมถึงวงการทันตแพทย์ในปัจจุบันมากขึ้น

แนวคิดแบบองค์รวม เป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงมากในคริสต์ศักราชที่ 19 มีการให้ความหมายของคำว่า “องค์รวม” ที่หลากหลาย แต่มีพื้นฐานไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ องค์รวมเกิดจากหลายองค์ประกอบที่แตกต่าง ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมีความเกี่ยวข้องกัน คุณสมบัติของความเป็นองค์รวมไม่ใช่ผลบวกของคุณสมบัติของส่วนย่อยแต่ละส่วน แต่เป็นคุณสมบัติใหม่ที่เกิดขึ้นจากการรวมกันของส่วนย่อย^(10-12,16) เช่น ออกซิเจนและไฮโดรเจนต่างเกิดการติดไฟ แต่เมื่อมารวมกันกลายเป็นน้ำ ก็ได้คุณภาพใหม่ที่สามารถดับไฟได้⁽¹⁷⁾

แนวคิดองค์รวมสอดคล้องกับปรัชญาโบราณของจีน อินเดียและหลักอภิปัจจยตาในศาสนาพุทธ ที่มองว่าสรรพสิ่งเชื่อมโยงกันอย่างเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง ทุกสิ่งเกิดขึ้นตั้งอยู่ และเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุตามปัจจัย ไม่ได้เป็นเพียงเหตุและผลในทิศทางเดียวแต่ต่างมีผลต่อกัน การเข้าใจระบบความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ เหล่านี้เชื่อมโยงจะทำให้เข้าใจธรรมชาติได้อย่างถูกต้องเห็นสภาพตามความเป็นจริงได้ เกิดจิตที่เป็นอิสระและเป็นมิตรกับสรรพสิ่ง บรรลุความงามตามความเป็นจริงและเกิดสุขภาวะขึ้นได้⁽¹⁸⁾ องค์รวมนั้นไม่ได้ปฏิเสธการแยกส่วน แต่แทนที่จะเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจองค์ประกอบย่อยแล้วนำมารวมกันเป็นภาพรวม แนวคิดแบบองค์รวมคือการเสนอให้การเริ่มต้นทำความเข้าใจจากภาพรวมก่อน แล้วจึงค่อยศึกษาลึกลงไปขององค์ประกอบย่อยที่อยู่ภายใต้บริบทของภาพรวมนั้น ตัวอย่างเช่น ในแง่ของสุขภาพแนวคิดองค์รวมเป็นการมองเห็นความเป็นทั้งหมดของชีวิตมนุษย์ แล้วจึงค่อยแยกทำความเข้าใจส่วนย่อยของระบบร่างกายภายใต้พื้นฐานของความเข้าใจชีวิต ไม่ใช่เริ่มต้นจากการแยกศึกษาแต่ละอวัยวะ แต่ละอารมณ์ แล้วจับสิ่งต่างๆ มา

สัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพระพรหมคุณาภรณ์⁽¹⁹⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าองค์รวมไม่ได้หมายถึงการมองสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้าง ๆ คลุมเครือ ไม่ได้เป็นการรวมทุกสิ่งทุกอย่างหรือเป็นเพียงการศึกษาหรือนำองค์ประกอบย่อยมารวมเข้าด้วยกัน เป็นภาพรวมที่ขาดความสัมพันธ์ แต่เป็นการเข้าใจทั้งองค์รวมและองค์ประกอบย่อย หมายความว่ามีความสามารถในการแยกแยะ วิเคราะห์ เห็นความชัดเจนในแต่ละส่วนภายใต้ความเข้าใจและการสังเคราะห์เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยเหล่านั้นที่มีความหมายหรือคุณค่าในบริบทหนึ่ง ๆ

แท้จริงแล้วความเป็นมนุษย์และมิติทางจิตวิญญาณนั้น เป็นคุณสมบัติที่เกิดมาจากองค์รวมของชีวิตที่มีมากไปกว่าเรื่องของชีววิทยา ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ “สุขภาพ” คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งอาจแปลความได้ว่า ภาวะที่ปราศจากโรค มีความสุขทางใจ ไม่เครียด ปลอดภัยจากการบีบคั้นทางสังคม การกดขี่ข่มเหง การถูกเหยียดหยาม และการดำรงชีวิตด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของชีวิต ยกตัวอย่างเหตุการณ์ เช่น คนโดยทั่วไปมักนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ว่าเป็น “คนป่วย” เพราะมีเชื้อไวรัสอยู่ในร่างกายและมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อเชื้อไวรัส แต่เมื่อพิจารณาไปถึงมิติด้านอื่น หากคนเหล่านี้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดี จะช่วยทำให้คนกลุ่มนี้สามารถก้าวผ่านพ้นความโกรธ ความกลัว ความเกลียด ไปพบกับอิสรภาพที่ไม่หวั่นไหวต่อคำพิพากษาของสังคม สามารถทำใจอยู่ร่วมกับอาการเจ็บป่วย เกิดประสบการณ์ชีวิตและเรียนรู้ถึงคุณค่าและความหมายของการมีชีวิตอยู่ ช่วยปลดปล่อยให้เป็นอิสรภาพจากความทุกข์และมีสุขภาวะ แม้ว่าในร่างกายจะยังมีพยาธิสภาพ แต่พยาธิสภาพก็ไม่ใช่อะไรที่จะเป็นตัวชี้ขาดถึงการมีสุขภาพที่ดี⁽¹³⁾

สรุปแล้วแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวมคือการนำเอามิติของจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์มาผนวก รวมเข้ากับมิติของร่างกายที่เป็นวิทยาศาสตร์ ภายใต้บริบททางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เป็นระบบความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน มีความสมดุลระหว่างแต่ละมิติตามเหตุปัจจัยและมีความหมายหรือคุณค่าตามการตระหนักรู้ของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เป็นแนวคิดที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

เนื่องจากผู้ป่วยนั้นเป็นมนุษย์ที่ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ กาย ใจ สังคม

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ท่ามกลางการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย จึงอาจทำให้การแพทย์สมัยใหม่ละเลยในบางประเด็นไป เช่น มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมีการคำนึงถึงมิติของความเป็นมนุษย์น้อยลง

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) นี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีของ ดร.จิน วัตสัน (Dr. Jean Watson) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 ภายใต้อิทธิพลทางด้านมานุษยวิทยา เป็นทั้งปรัชญาและศาสตร์ของการดูแลมนุษย์ (Human Caring Science) ที่เน้นการดูแล (caring) โดยเข้าถึงจิตใจผู้ป่วย⁽²⁰⁾ ความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้เชื่อว่าองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต้องพัฒนาจากศิลปะ (art) บนพื้นฐานของแนวคิดมนุษยนิยม (humanism) มากกว่าการพัฒนาจากความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ (science) และความรู้ทางการแพทย์ (medical) เพียงอย่างเดียว เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยให้มนุษย์ค้นพบภาวะดุลยภาพ (harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อันเป็นองค์รวมแห่งสุขภาพของผู้ป่วยรายนั้น ๆ ให้มีความสำคัญกับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และประสบการณ์ของบุคคล⁽²¹⁾ โดยขจัดเส้นแบ่งและลดอัตตา (ego) ของแต่ละฝ่าย และให้ความสำคัญกับความรู้สึกของอีกฝ่าย เพื่อให้เกิดยอมรับในตนเองและยอมรับผู้อื่นเกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นฟู (healing relationship) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังกาย พลังใจในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม^(20,21) นำไปสู่บรรยากาศที่เอื้อต่อการฟื้นฟู (caring occasion) การดูแลจึงไม่ใช่สิ่งที่เป็นนามธรรมและไม่ได้เป็นเพียงปรัชญา แต่การดูแลคือสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้⁽²¹⁾ ส่วนการทำหัตถการหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการรักษาถือเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ไม้อาจยึดเป็นศูนย์กลางของการดูแลผู้ป่วยได้⁽²²⁾ นอกจากนี้ ดร.จิน วัตสัน ยังนำเสนอปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสรุปรายละเอียดได้ดังนี้⁽²¹⁾

สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ปลูกฝัง การปฏิบัติด้วยรัก และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์

บุคลากรทางการแพทย์ต้องหมั่นสำรวจความคิดและความเชื่อของตน เพื่อฝึกให้เป็นคนที่ไม่เห็นแก่ตัว ฟังพอใจ ในการเป็นผู้ให้ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความ เข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองที่ผู้ป่วยเป็น เคารพใน ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และคำนึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วย คือ เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือและความรัก

ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น

บุคลากรทางการแพทย์ควรรู้จักความรู้สึกของตนเองและ ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น เพื่อจะได้รับรู้และเข้าใจความรู้สึกทั้ง ของตนเองและผู้ป่วย แล้วนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย โดยหนทางการพัฒนาให้ตนเองให้ไวต่อความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่นคือ การรู้ตัวอยู่เสมอ (มีสติ) รับรู้ตนเองตามสภาพที่ เป็นจริง และทำความเข้าใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

การสร้างสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือและความไว วางใจ

สัมพันธภาพที่ดีประกอบขึ้นจากองค์ประกอบ 4 ประการ คือ การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ ความสามารถเข้ากันได้กับผู้ป่วย การมีความเห็นอกเห็นใจ และการสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจ องค์ประกอบทั้ง 4 ประการนี้จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพ ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้

ส่งเสริมการแสดงออกและการยอมรับความรู้สึกทางบวก และทางลบ

เมื่อมนุษย์เจ็บป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนถูก คุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน บางคนสามารถยอมรับได้ว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ในขณะที่ บางคนโกรธ ฉุนเฉียว ปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือในการ ดูแลรักษา และตำหนิตัวตน ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องการระบาย ความรู้สึก บุคลากรทางการแพทย์จึงควรยอมรับการแสดงออก ของผู้ป่วยทั้งทางบวกและลบได้อย่างจริงใจ สามารถให้อภัย และเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิตัวตน หรือตัดสิน ไม่ทอดทิ้งขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรม ที่ก้าวร้าว

ใช้วิธีการแก้ปัญหาและการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ

การนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ประกอบการแก้ ปัญหา (scientific problem solving) เป็นเรื่องสำคัญเพราะ วิธีการทางวิทยาศาสตร์มีความเป็นระบบ เริ่มต้นประเมิน

ปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยซักถาม พุดคุยและสังเกตจากตัวผู้ป่วยและญาติ จากนั้นนำข้อมูลต่างๆ มาใช้วางแผนการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลด้าน จิตใจ สังคม ความเชื่อและความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจสำหรับผู้ป่วย

ส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างบุคลากรทาง การแพทย์และผู้ป่วย

ประสบการณ์ของผู้ป่วยคือสิ่งสำคัญที่บุคลากรทาง การแพทย์ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ ดังนั้นบุคลากร ทางการแพทย์จึงอยู่ที่ทั้งในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน เพื่อ ที่จะทราบปัญหาของผู้ป่วยทั้งโดยการสังเกตและเรียนรู้จาก ผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์ของ ผู้ป่วย (empathy) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับรู้ในความ รู้สึกของผู้ป่วยจะทราบว่าจะสอนและบอกผู้ป่วยอย่างไรและ เวลาใดที่จะเหมาะสม

มุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล

จากทฤษฎีของมาสโลว์ที่ว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่คู่ กับมนุษย์เสมอมาไม่มีที่สิ้นสุดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่พยายามให้ บรรลุถึงความต้องการนั้น⁽²³⁾ ความต้องการของผู้ป่วยก็ เช่นเดียวกับมนุษย์ทั่วไป สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควร ปฏิบัติ ได้แก่ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้าน ร่างกาย เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ เพื่อให้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การที่จะตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงนั้น บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องหลอมรวมประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ากับประสบการณ์ ของตน และสร้างแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบริบททาง สังคมของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการ วิจัยที่ใช้ทฤษฎีการดูแลของวัตสันเป็นกรอบแนวคิด⁽²⁴⁾ พบว่าสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การดูแลสัมฤทธิ์ผล ได้แก่ ความมี เกียรติศักดิ์ศรี (dignity) ความรัก (love) ความปลอดภัย (security) การมีตัวตน (presence) การยอมรับ (respect)⁽²⁵⁾ ซึ่งวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าไม่สามารถสะท้อนให้เห็น ถึงการดูแลอย่างเข้าถึงจิตใจคนได้⁽²⁴⁾

ทันตแพทยศาสตร์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Dentistry)

หากพูดถึงการรักษาทางทันตกรรมแล้ว คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงความเจ็บปวดและอารมณ์หวาดกลัว เนื่องจากกระบวนการของการเรียนการสอนของหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ที่เน้นย้ำความถูกต้องและแม่นยำตามหลักวิชาการ หรือแม้แต่การที่ทันตแพทย์ต้องทำงานแข่งขันทันทีกับเวลาจากปริมาณผู้ป่วยที่มาก เหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่ทำให้ทันตแพทย์ลืมเลือนมิติของความเป็นมนุษย์ มุ่งเน้นให้การรักษาเฉพาะ “ฟัน” อย่างเดียว ละเลยหรือลืมใส่ใจกับอารมณ์ความรู้สึกหวาดกลัวของผู้ป่วย การจัดการกับความกังวลของผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมในมุมมองของด้านวิชาการถูกลดทอนเหลือเพียงเรื่องของเทคนิควิธีการ (anxiety management and control) โดยไม่ได้ถูกนำมาพูดถึงในแง่ของอารมณ์ความรู้สึกที่ทันตแพทย์ควรจะใส่ใจ ทำความเข้าใจ รู้สึกร่วม และเห็นใจผู้ป่วยในฐานะของการเป็นเพื่อนมนุษย์⁽²⁶⁾ แม้กระทั่งการซักประวัติอาการปวดของผู้ป่วยซึ่งเป็นอารมณ์ความรู้สึกทันตแพทย์บางคนยังให้ผู้ป่วยบรรยายอาการปวดให้อยู่รูปของตัวเลขเชิงปริมาณ (0 ถึง 10) โดยไม่ได้ใส่ใจกับเสียงร้องโอดครวญและความรู้สึกที่ผู้ป่วยบรรยายออกมา ทั้งที่ตัวเลขนั้นเป็นตัววัดเชิงปริมาณที่ไม่อาจทดแทนอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเป็นมิติเชิงคุณภาพได้⁽²⁷⁾

ตัวอย่างเรื่องเล่าเรื่องหนึ่งซึ่งเป็นประสบการณ์ในการทำฟันในเชิงของทันตแพทยศาสตร์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized dentistry) ที่แสดงให้เห็นถึงเรื่องราวชีวิตและความซับซ้อนของมิติความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยชายขนาด 2 ข้างจากอุบัติเหตุ ซึ่งได้รับการดูแลจากทันตแพทย์ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญเฉพาะการพยายามลดความเจ็บปวดสูงมากเกือบจะหนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ให้ลดลง โดยแสวงหากันใกล้ตัวของผู้ป่วยมาช่วยทำความสะอาดช่องปาก แต่ละเลเยอร์การดูแลจิตใจที่กำลังอ่อนแอ และสิ้นหวังของชายรายนั้น เนื่องจากอดีตเคยเป็นเสาหลักหาเลี้ยงครอบครัว แต่กลับต้องมารู้สึกว่าตนเองเป็นภาระที่ต้องให้ผู้อื่นมาดูแล แม้กระทั่งการทำความสะอาดภายหลังจากการถ่ายอุจจาระยังต้องพึ่งพาภรรยา ในเวลาต่อมาชายผู้นี้ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่รับฟังความรู้สึกและเข้าใจถึงจิตใจ โดยพยายามดัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถพึ่งพาในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้มากที่สุด

แม้ว่าจะไม่ใช่วิถีที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดการเจ็บปวดและชะล้างทำความสะอาดได้ดีมากนัก แต่ทำให้ชายผู้นี้กลับมารู้สึกดีกับตนเองและฟันตัวได้อีกครั้ง⁽²⁸⁾ เรื่องราวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการที่ทันตแพทย์พยายามให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวดไม่ได้มีความหมายสำคัญไปกว่าการเยียวยาชีวิตและจิตใจของมนุษย์

ปัจจุบันหลายมหาวิทยาลัยได้นำแนวคิดแบบองค์รวมมาบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน ทันตแพทยศาสตร์ระดับปริญญาตรี โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแทนการเรียนการสอนรูปแบบเดิมที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student-centered instruction) ซึ่งเน้นการฝึกทำหัตถการและปริมาณงานในการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะ (skill) และความสามารถของผู้เรียน (student competency) มีการจัดการเรียนการสอนแยกส่วนเป็นแผนกต่างๆ ตามสาขาวิชา (subdiscipline) โดยไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยและความต้องการของผู้ป่วยในการรักษา⁽²⁹⁾

สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น เริ่มต้นจากการสื่อสารที่ดี จริใจ มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย ทันตแพทย์ควรทำความเข้าใจถึงความต้องการผู้ป่วยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยก่อโรคทั้งหมด รวมถึงจุดเด่น-ข้อจำกัดของผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับใช้และผนวกเข้ากับความรู้ทางทันตแพทยศาสตร์โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based dentistry) ในการให้การรักษาทันตแพทย์จึงต้องอธิบายข้อมูลสำคัญต่างๆ เช่น สาเหตุของโรค การพยากรณ์โรค ความจำเป็นในการรักษา ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด นอกจากนั้นยังควรอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติและดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพช่องปากที่ดีด้วยตนเองในระยะยาว⁽²⁾

ในปี ค.ศ. 1998 มหาวิทยาลัยแบร์เกน (University of Bergen) ประเทศนอร์เวย์ ได้ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนใหม่ มีการปรับลดจำนวนชั่วโมงฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมประดิษฐ์ และนำชั่วโมงคลินิกทันตกรรมประดิษฐ์บางส่วนไปรวมอยู่ในวิชาทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dentistry) เพื่อฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและเมื่อจบการศึกษาทางมหาวิทยาลัยได้ส่งแบบสอบถามทาง

ไปรษณีย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของนักศึกษาทันตแพทย์ระหว่างสองหลักสูตร คือ หลักสูตรเก่าที่เน้นการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานคลินิกแยกตามสาขาวิชา (subject-specific approach) และหลักสูตรใหม่ที่เน้นการสอนแบบองค์รวม (holistic teaching) มีการเรียนการสอนที่ผนวกความรู้พื้นฐานทางทฤษฎีเข้ากับวิชาคลินิกแบบสหสาขา เน้นการรักษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าการเรียนการสอนของหลักสูตรใหม่ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมไม่ได้เพิ่มความพึงพอใจของผู้เรียนเมื่อเปรียบเทียบกับหลักสูตรเก่า⁽³⁰⁾ ทั้งนี้การเรียนการสอนสองแบบนี้จะทำให้เกิดผลดีต่อการบริการผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งอาจทำโดยใช้แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคาดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจมิติทางใจและสังคมของผู้ป่วย และเป็นเสียงสะท้อนกลับสู่ทันตแพทย์ผู้ให้บริการ เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาให้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม และพัฒนาคุณภาพการบริการให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สำหรับผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบองค์รวมไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงการทำให้นักศึกษาเกิดพัฒนาการในเรื่องของทักษะในการรักษา แต่เป็นกระบวนการที่ผู้เขียนเชื่อว่าจะช่วยให้นักศึกษาค้นถึงมิติของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ซึ่งได้เลือนรางไปเรื่อยๆ ในระบบการศึกษาที่เน้นวิธีการคิดแบบชีวกลไก จนทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานทางชีววิทยา ไม่ใช่บนพื้นฐานของการเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เหมือนกับการที่ทันตแพทย์ส่วนมากมองเห็นเฉพาะ “ฟัน” แต่ไม่ได้มองเห็น “คน” นอกจากนั้นการมองชีวิตให้พ้นจากกรอบเรื่องชีววิทยา จะทำให้มองเห็นมิติของความเป็นมนุษย์ที่มีมิติทางจิตวิญญาณ ทำให้บ่มเพาะจิตสำนึกที่ดี รู้จักข้อดีและยอมรับในข้อจำกัดของผู้ป่วย สามารถทำความเข้าใจอย่างรู้เท่าทัน ไมโมโห เกรี้ยวกราด หรือทุกข์ร้อนใจ เมื่อได้พบเห็นผู้ป่วยแสดงออกในสิ่งที่ไม่ตรงตามใจ รวมถึงพร้อมที่จะเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อร่วมกันแสวงหาหนทางในการดำรงอยู่อย่างดุลยภาพ⁽¹³⁾

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และความปรารถนาอันนำไปสู่พฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออก เพื่อจะได้ให้การดูแลที่มีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ในแง่มุมเหล่านี้ได้อย่างสมบูรณ์

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นกระบวนการการดูแลที่ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เน้นการเข้าถึงจิตใจ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นด้วยสัมพันธภาพระหว่างสองฝ่าย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพอันดี นำไปสู่การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนสองคน จนก่อให้เกิดขั้นตอนต่อไปของกระบวนการดูแล คือการใช้ปัจจัยการดูแลผนวกกับแนวคิดศีลธรรมและความรัก เพื่อนำไปปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เอื้อต่อการฟื้นหาย จนทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ก้าวผ่านความทุกข์และปัญหาต่างๆ เกิดการฟื้นหายซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี^(20, 21)

การบริหารจัดการทันตกรรมพร้อมมูลซึ่งเป็นการบริหารทางทันตกรรมที่ใช้แนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือคำนึงถึงมิติของความเป็นมนุษย์ จึงเป็นการบริหารที่ใช้หลักการของการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยเป็นการบริหารที่ผสมผสาน “การให้บริการทางการแพทย์” เข้ากับ “ชีวิตและความเป็นมนุษย์” หรือเป็นการบริหารที่การผนวกเอามิติด้าน “ความสามารถ (competence)” และ มิติด้าน “ความใส่ใจ (caring)” ของทันตแพทย์เข้าไว้ด้วยกัน⁽²⁶⁾ ซึ่ง “ความสามารถ” ของทันตแพทย์เป็นเรื่องของวิชาหรือศาสตร์ มีความสำคัญในการตรวจทางคลินิก การวินิจฉัยย่อยโรค วิธีการรักษาซึ่งโดยมากเน้นที่วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยี และทักษะในการทำหัตถการของทันตแพทย์ที่ต้องถูกต้องตามหลักมาตรฐานของวิชาชีพ ส่วน “ความใส่ใจ” ของทันตแพทย์เป็นการเคารพถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องของศิลปะ ในการทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งเป็นมนุษย์ที่มีความแตกต่างกัน จึงไม่มีแบบแผน รูปแบบขั้นตอนที่แน่นอน แต่เป็นการกระทำที่ออกมาจากใจซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง การให้บริการด้วยความเอาใจใส่ มอบความรัก ความเมตตา และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย จะทำให้ทันตแพทย์สามารถเข้าถึงและเข้าใจผู้ป่วย

อย่างถ่องแท้ นำไปสู่การเข้าถึงปัญหา เชื้อนไข ข้อจำกัด และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ป่วย เกิดการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การคงสภาพสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ซึ่งเป็นเป้าหมายของการบริหารทันตกรรมพร้อมมูล^(2,31)

เอกสารอ้างอิง

1. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). *พุทธศาสตร์กับการแนะแนว: พระธรรมปิฎก*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศูนย์แนะแนวการศึกษาและอาชีพ กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ; 2545.
2. การุญ เลี้ยวศรีสุข. *การบริหารทันตกรรมพร้อมมูลในบริบทพฤติกรรมศาสตร์ สุขศึกษา และจริยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2556.
3. Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philos Public Aff* 1975; 5: 49-68.
4. Hofmann BM, Eriksen HM. The concept of disease: Ethical challenges and relevance to dentistry and dental education. *Eur J Dent Educ* 2001; 5(1): 2-8.
5. King L. What is a disease? *Philos Sci* 1954; 21: 193-203.
6. Kendell RE. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1975.
7. Canguilhem G. *The normal and the pathological*. New York: Zone Books; 1991
8. Twaddle A. Disease, illness and sickness revisited. In: Twaddle A, Nordenfelt L, editors. *Disease, Illness and Sickness: Three central concepts in the theory of health*. Linköping: University SHS; 1993: 1-18.
9. Twaddle A. Disease, illness, sickness and health: A response to Nordenfelt. In: Twaddle A, Nordenfelt L, editors. *Disease, illness, sickness and health: Three central concepts in the theory of health*. Linköping: University SHS; 1994: 37-53.
10. Capra F. *The turning point*. New York: Bantam Books; 1982.
11. วีระ สมบูรณ์. *แบบแผนและความหมายแห่งองค์รวม*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง; 2550.
12. พิพัฒน์ พสุธารชาติ. *องค์รวม บทวิพากษ์ว่าด้วยวิทยาศาสตร์ และศาสนาในสังคมไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม; 2552.
13. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. จิตวิญญาณกับสุขภาพ. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ดรจรัสศิลป์, พจน์กริชไกรวรรณ, บรรณาธิการ. *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545. 41-75.
14. รุจินาด อรรถดิษฐ์. *สู่เส้นทางสร้างสุขภาพชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์; 2548.
15. ชัยณรงค์ สังข์จ่าง. แยกส่วน-องค์รวม: ทรรศนะแม่บทพื้นฐานเบื้องหลังการแพทย์. *วารสารหมออนามัย*. 2544; 11:18-23.
16. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). *สุขภาพขององค์รวมแนวพุทธ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548.
17. พระไพศาล วิสาโล. *สุขภาพขององค์รวมกับสุขภาพสังคม*. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มิ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.visalo.org/article/healthsukapabOngRuam.htm>
18. ประเวศ วะสี. *วิถีมนุษย์ในศตวรรษที่ 21 ศูนย์ หนึ่ง เก้า*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา; 2550.
19. พระพรหมคุณาภรณ์. *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก; 2551.
20. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder: Colorado Associated University Press; 1985.
21. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. 2nd rev. ed. Boulder, Colorado: University Press of Colorado; 2008.
22. Parse RR. Again: what is nursing? *Nurs Sci Q* 1995; 8(4): 143.

23. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943; 50: 370-396
24. Smith M. Review of research related to Watson's theory of caring. *Nurs Sci Q* 2004; 17(1): 13-25.
25. Beauchamp CJ. Qualitative approaches in nursing research. The centrality of caring: a case study. *NLN Publ* 1993; (19-2535): 338-358.
26. Chuengpattanawadee A. Humanized Dentistry. *J Dent Assoc Thai* 2009; 59(1): 63-73. (in Thai)
27. โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์. แพทย์ศึกษากับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์. ใน: วรพงษ์ เวชมาลีนนท์, บรรณาธิการ. *อุดมคตินักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพฯ: แผนพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์; 2550: 25-50.
28. วราพร วันไชยธนวงศ์. ชีวิตที่สองของมนัส. ใน: โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ และคณะ, บรรณาธิการ. *ความดีที่เยียวยา: เรื่องเล่ากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2549: 25-50.
29. Eriksen HM, Bergdahl J, Bergdahl M. A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice. *Eur J Dent Educ* 2008; 12(3): 170-175.
30. Berge ME, Berg E, Ingebrigtsen J. A critical appraisal of holistic teaching and its effects on dental student learning at University of Bergen, Norway. *J Dent Educ* 2013; 77(5): 612-620.
31. Tuongratanaphan S, Kanchanakamol U. Comprehensive dental care concept. *CM Dent J* 2000; 21(2): 7-24. (in Thai)



Faculty of Dentistry
Chiang Mai University

Cleft Center

Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University



From Cleft to **Sm:)e**

by our hearts



*For more information or donation please contact
Department of Orthodontics and Pedodontics
Faculty of Dentistry, Chiang Mai University
Tel. 053-944464-65*