

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบได้ร้อยละ 90-95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Beare & Myers, 1994; Black & Matassarini-Jacobs, 1993; Douglas, 1993) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีประมาณ 50 ล้านคน (Kaplan, 1998) สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขสำรวจพบว่า ในปี พ.ศ. 2532 มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศถึง 37,386 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2534) ในปี พ.ศ. 2536 อัตราดังกล่าวเพิ่มเป็น 53,829 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) และเป็น 63,599 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539) จะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกอาจจะยังไม่ปรากฏอาการ โดยที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ถึง 10-20 ปี จึงพบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 25 ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นอัตราผู้ป่วยที่ปรากฏอาจต่ำกว่าสถานการณ์ที่เป็นจริง (Kaplan, 1998)

โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญตามมาหลายประการ ดังเช่นบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงแต่ไม่เกิน 100 มิลลิเมตรปรอท จำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากร มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจโคโรนารีและหนึ่งในสี่จะเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว สำหรับบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่างสูงระหว่าง 100-110 มิลลิเมตรปรอท จำนวนสองในสามจะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจโคโรนารี และจำนวนสามในสี่จะเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะเห็นได้ว่าเมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนก็จะมากขึ้นด้วย นอกจากโรคหัวใจแล้ว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หนึ่งในสาม จะเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง และอีกร้อยละ 10-15 จะเสียชีวิตจากไตวาย

หรือก่อให้เกิดอัมพาต หรือประสาทตาเสื่อมเกิดอาการตาบอดได้ (เกษม วัฒนชัย, 2532) นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่เนื่องจากอาการไม่เด่นชัดในขณะที่การดำเนินของโรคยังคงมีอยู่ทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะเป้าหมายคือ สมอง ตา หัวใจ และไต ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลถึงความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และทรัพยากรบุคคลก่อนถึงเวลาอันสมควร ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้นการควบคุมและรักษาโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญ โดยที่เป้าหมายของการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่สูงให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างสุขสบายสมศักดิ์ศรีและมีความสุข อย่างไรก็ตามการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต้องการการรักษาที่ต่อเนื่อง ต้องใช้ระยะเวลาอันร่วมกับการปฏิบัติของผู้ป่วยตามแผนการดูแลสุขภาพของการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ดังกล่าวที่ได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพว่ามีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การควบคุม น้ำหนัก การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ผู้รักษาตามนัด และการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น (Kaplan, 1998) มีการศึกษาที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานยาลดความดันโลหิตจะเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่าของผู้ที่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพในการรับประทานยาหรือรับประทานยาสม่ำเสมอ(ชุดิมา อรรถากรโกวิท, 2534 อ้างใน สุนีย์ วนิชชานุกร, 2536) อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพได้ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยถูกมองในลักษณะการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งลักษณะการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การรับประทานยาไม่ครบตามขนาดหรือไม่สม่ำเสมอ การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่มาตรวจตามนัดซึ่งจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้ปฏิเสธการรักษาทั้งหมดแต่ไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพเป็นบางเรื่อง เช่น ไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หรือรับประทานยาทุกมื้อยกเว้นก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ เหล่านี้เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2541 ; Thome, 1990) ผลการศึกษาของ คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1976) ที่ได้ติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลานาน 3 ปี พบว่าในระยะปีแรกผู้ป่วยไม่ไปรักษาอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 50 และในปีสุดท้ายของการติดตาม ผู้ป่วยจะขาดการรักษาถึงร้อยละ 75 ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับรายงานของ ฟอสเตอร์และเคาส์ (Foster & Kousch, 1981) และ คลีค (Clark, 1991) ที่ทำการ

ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอและรับประทานยาได้ครบตามคำแนะนำ มีเพียงร้อยละ 60 และคล้ายกับการศึกษาของสคลาร์, ดิกสันและรีดเดอร์ (Sclar, Dickson, & Reeder, 1990 cited in Sclar, Chin, Skaer, Okamoto, Nakahiro & Gill, 1991) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว ในระยะปีแรกจะขาดการไปรับยาอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 30 ถึง 50 เช่นเดียวกับที่ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดตาก พบว่าผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องมีมากถึงร้อยละ 73.7 อาจสรุปได้ว่าแผนการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องอาศัยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การมารับการรักษาตามนัด และการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

ถ้าพิจารณาถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามแนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่มีหลายประการ ได้แก่ สาเหตุด้านพยาธิสรีรวิทยา และการสื่อสาร กล่าวคือลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงเองในระยะแรกมีอาการไม่ชัดเจน ไม่มีอาการเจ็บปวดและไม่ทราบสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองมีสุขภาพดีแล้วจึงหยุดการรักษา หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538 ; Foster & Kousch, 1981 ; Hill & McCombs, 1981 ; Shea, Misra, Ehrlich, Field & Francis, 1992 ; Wissen, Litchfield & Maling, 1998) ส่วนการสื่อสารที่พบว่าเป็นสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่พบบ่อยจะเป็นการขาดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีเวลาให้ผู้ป่วยน้อย หรือผู้ป่วยมักจะเกรงใจแพทย์ทำให้ไม่กล้าถาม แม้ว่าบางครั้งจะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์ให้คำแนะนำ เนื่องจากความรู้สึกที่ต่างกันของสถานภาพ (status) ที่รับรู้ว่าคุณค่าต่ำกว่า (inferior status) โดยเฉพาะคำถามที่แสดงว่าสงสัยในประสิทธิภาพของการรักษาหรือบ่งว่าอาจทำตามที่แพทย์แนะนำไม่ได้ หรือบางรายได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านจึงเปลี่ยนการรักษาหรือไปรับการรักษาโดยวิธีอื่น (Thorne, 1990) นอกจากนี้อาจมีสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับ ปัญหาจากการรักษา โดยเฉพาะฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งทำให้มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ง่วงซึม ซึมเศร้า ปวดศีรษะตอนตื่นนอน ตาพร่า และปัญหาเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น ท้องเดิน (William, 1987 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาหรือไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา หรือได้รับยาหลายขนาน ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตามอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายเปลี่ยนการรักษา ผู้ป่วยบางรายกลัวการติดยาเมื่อรู้สึกตัวเองดีขึ้นหรือหายแล้วมักเลือกที่จะหยุดยาโดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเองเรื่อยๆ หรือผู้ป่วยบางรายกลัวว่าการรับประทานยานาน ๆ จะเกิดการสะสมของยาในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของการไม่ปฏิบัติตาม

แผนการดูแลสุขภาพเนื่องจากความจำเป็นบางประการ เช่น ความไม่สะดวกในการมารับบริการ การใช้เวลานานในการมาตรวจแต่ละครั้ง ไม่สามารถทำงานได้ จากเหตุผลหรือสาเหตุที่กล่าวมา ล้วนแต่ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องกับการรักษาหรือการควบคุมโรคซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2541 ; Thome, 1990)

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังเช่นการศึกษาของโมนานและคณะ (1996) ที่ศึกษาการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพโดยการรับประทานยา ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุสูงที่สุดตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จะมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Monane, Bohn, Gurwitz, Glynn, Levin, & Arom, 1996) ส่วนการศึกษาของเวินการ์เตนและแคนนอน (Weingarten & Cannon, 1988) ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 36 ปีขึ้นไปจำนวน 246 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 55-64 ปี เป็นกลุ่มที่มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าและกลุ่มที่มีอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศ ความรุนแรงของโรค ชนิดของยา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ นอกจากนั้นคินกาสและลาเดนเพรา (Kyngas & Ladenpera, 1999) ยังพบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ส่วนปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเลวี (Levy, 1983) และ คินกาสและลาเดนเพรา (Kyngas & Ladenpera, 1999) พบว่าเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับเฉพาะปัจจัยที่ค้นพบดังกล่าว เนื่องจากยังมีปัจจัยบางประการที่ยังไม่มีการนำไปศึกษา โดยเฉพาะ ปัจจัยด้านความเชื่อในระบบวัฒนธรรมในสังคมนั้นๆของผู้ป่วย ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในแต่ละสังคม และพฤติกรรมเหล่านี้จะสะท้อนในรูปของข้อห้าม ข้อนิยมในการดำเนินชีวิตของคนในสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จิราภรณ์ ภัทรภาณุภัทร์, 2528) ดังนั้นพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติจึงอาจสืบเนื่องมาจากความเชื่อในระบบวัฒนธรรมในแต่ละสังคมของผู้ป่วย นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านประชากร สังคม หรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา

อย่างไรก็ตามในแต่ละสังคม ระบบการดูแลสุขภาพจะถูกพิจารณาว่า เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรม และในสังคมจะประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 3 ระบบคือ 1) ระบบการแพทย์สมัยใหม่ (professional sector) 2) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (folk sector) 3) ระบบสามัญชน (popular sector) ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนนี้ต่างก็มีวิถีคิด แบบแผน ความเชื่อ และกำหนดหลักเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองความเจ็บป่วยต่างกัน (Kleinman, 1980 cited in Helman, 1994) ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยคำนึงถึงเป็นอันดับแรกจึงอยู่ที่ระบบการแพทย์พื้นบ้านและระบบสามัญชน ได้แก่ การทดลองรักษาตนเอง (self-treat) การดูแลจากครอบครัว (family care) การช่วยเหลือภายในกลุ่มของตน (self-help group) ผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (religious practioner) หรือผู้เชี่ยวชาญนอกศาสนา (heterodox healers) เป็นต้น (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978) ซึ่งเป็นกลุ่มที่สำคัญในการกำหนดระบบความคิดความเชื่อของผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความเข้าใจในตัวผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 70-90 เข้าถึงระบบการแพทย์พื้นบ้านและระบบสามัญชนมากกว่าการแพทย์สมัยใหม่ทั้งที่การแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามามีบทบาทต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวไทยมากกว่า 100 ปี แต่การยอมรับในกลุ่มชาวไทยชนบทเพิ่งเกิดขึ้นในช่วงสองถึงสามทศวรรษเท่านั้น และการยอมรับนั้นยังไม่สามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพโดยส่วนรวมของประชาชน ความรู้สึกนึกคิด ท่าทีและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ จึงยังคงถูกกำหนดจากแนวความคิดและวัฒนธรรมพื้นบ้านเป็นสำคัญ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535) ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจะไปรับการรักษาพยาบาลจากหลายแหล่งทั้งที่โรงพยาบาล ร่วมกับการดูแลของชะตาโรติ การรักษาด้วยยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร หรือ ยาผีบอกควบคู่กันไปด้วย ซึ่งลักษณะของการแสวงหาการรักษาที่ผสมผสานทั้งการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้านสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของพหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) ซึ่งหมายถึงไม่มีระบบการแพทย์ระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเองในการตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยและสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ในทุกด้าน (อมรรัตน์ รัตนศิริ, 2541) จากความหลากหลายและความเป็นพลวัตของวัฒนธรรมจะยังผลให้ระบบการดูแลสุขภาพของแต่ละสังคมมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่ที่สำคัญก็คือประชาชนหรือผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจในการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งระบบสามัญชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพโดยที่สุขภาพหรือการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งดังได้กล่าวมาแล้วว่าแนวคิดของสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้ง 3 ระบบจะมีความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะประชาชนจะมีวิถีคิดโดยมีระบบสามัญชนหรือระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นพื้นฐาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535) ทำให้พฤติกรรมต่างๆตามแนวคิดดั้งเดิมไม่เป็นที่ยอมรับและถูกมองโดยระบบการแพทย์สมัยใหม่ว่าเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพ

หรือปัญหาการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าทีมสุขภาพที่เชื่อในระบบการแพทย์สมัยใหม่ ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมและระบบวิถีคิดของประชาชนต่อสุขภาพความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อปรากฏการณ์ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ประชาชนยึดถือปฏิบัติ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ติดยึดมากับแนวความคิดดั้งเดิม อันแตกต่างจากยุคสมัยของสังคมปัจจุบัน (ประยงค์ ถิมตระกูล และคณะ, 2536) เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงย่อมมีระบบวิถีคิดของตนเองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งระบบวิถีคิดนี้จะเป็นส่วนที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ในปัจจุบัน จะมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีชีวการแพทย์เพียงด้านเดียวซึ่งมุ่งเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเลี้ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมาพบแพทย์ผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอตามนัด ตามที่กล่าวมาข้างต้น (Kapan, 1998) แนวคิดนี้ยังขาดการพิจารณาถึงสภาพปัญหาสุขภาพที่แท้จริง วิถีการดั้งเดิมที่ผู้ป่วยใช้ในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจะถูกมองในลักษณะ “ภาชนะที่ว่างเปล่า” (empty vessel) กล่าวคือ มีเพียงระบบการแพทย์สมัยใหม่ระบบเดียวที่สามารถใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ ละเอียดต่อการทำความเข้าใจในมิติทางด้านสังคม ความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และเศรษฐกิจในสังคม ที่มีผลหรือเป็นตัวกำหนดการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยซึ่งยังคงปฏิบัติตามแนวคิดดั้งเดิมหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพถูกมองในลักษณะของการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของการรักษาสมัยใหม่ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

หากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยไม่ได้ทำความเข้าใจในระบบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมไปถึงระบบการดูแลสุขภาพในสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยจะทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีผลต่อการสร้างความน่าเชื่อถือซึ่งกันและกันซึ่งถือว่ามีผลสำคัญต่อกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย นำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพ เกิดการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ และ/หรือ เกิดความไม่พึงพอใจในการดูแล (Salimbene, 1999) ดังนั้นการศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของผู้ป่วยจึงมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเชื่อวัฒนธรรมทางสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อประสบการณ์และการกระทำของผู้ป่วย สามารถเข้าใจถึง

กลไกและวางแผนการรักษาความเจ็บป่วยให้เหมาะสมตามพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (McSweeney, Allen & Mayo, 1997)

ในการศึกษาของออร์สา พันธุ์ศักดิ์ (2542) ที่ศึกษากระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้สรุปการอธิบายการให้ความหมายความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้ป่วยไว้ 4 ลักษณะคือ 1) ความดันโลหิตสูงเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับ “เลือด” และ “ประสาท” 2) ความดันโลหิตสูงกับการเป็นอัมพาต 3) ความดันโลหิตสูงจากโรคที่รักษาหายสู่โรคที่รักษาไม่หาย และ 4) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุที่ก่อให้เกิด และได้อธิบายการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาในระยะแรกที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงหลังจากรับประทานยาที่แพทย์ให้ไปครั้งแรกหมดแล้ว ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้เจ็บป่วย จึงเลิกรับประทานยาไม่ไปพบแพทย์อีก และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งปฏิบัติตนตามแผนการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อทำไปได้ระยะหนึ่ง การรับรู้เกี่ยวกับอาการและความดันโลหิตสูงเปลี่ยนไป ทำให้การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเปลี่ยนไปเป็นการใช้วิธีบำบัดทางเลือก คือ ปรับแก้การทำกิจกรรมที่เคยได้รับจากแพทย์แนะนำหรือรักษา รวมถึงการเลือกใช้การรักษาวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ การอธิบายนี้เป็นการอธิบายตามการรับรู้ตามความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารินทร์ ที่เป็นสังคมวัฒนธรรมของสังคมเมืองในภาคกลาง และในการศึกษาของ ปรวิญญา พรธรรมราช (2540) ที่ทำการศึกษาระบบการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายที่เป็นความผสมผสานของแนวคิดดั้งเดิมและแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือ ผู้ป่วยให้ความหมายต่อความดันโลหิตสูงและอาการที่เกิดขึ้นเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) ให้ความหมายว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติ ได้แก่ โรคลม / โรคคนแก่ ซึ่งอาจมีน้ศีรษะหรือเวียนศีรษะธรรมดา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อ 2) ให้ความหมายว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) ให้ความหมายว่าไม่ใช่โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เครียด โรคประสาท ไข้/ไข้หวัด เป็นโรคตามอาการที่ปรากฏ เช่น คิดว่าแพ้ท้อง โรคอ้วน โรคทางหู โรคทางสายตา โรคหัวใจ และเป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาท 4) ไม่สามารถให้ความหมายได้หรือไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคอะไร และ 5) ไม่ได้ให้ความหมายเพราะไม่มีอาการผิดปกติ การอธิบายนี้แสดงให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ที่ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตาม

การรับรู้ของผู้ป่วย ในประเด็นของการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลี อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 มีจำนวนทั้งสิ้น 156 ราย ปี พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 263 ราย ปี พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 429 ราย และในปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 738 ราย ( สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลี, 2540) เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับโรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนซึ่งเป็นทั้งคนไทยพื้นเมืองหรือคนเมืองและคนไทยภูเขาเผ่ากระเหรี่ยงในเขตพื้นที่จำนวน 8 ตำบล ซึ่งมี 74 หมู่บ้าน (คณะกรรมการสืบสานตำนานเมืองลี, 2540) รูปแบบการตั้งถิ่นฐานของชุมชนมักปลูกบ้านเรือนใกล้เคียงกันเป็นหมู่บ้านทำให้การติดต่อ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันกระทำได้สะดวก มีความรักความผูกพันต่อกลุ่มต่อชุมชน การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ยังเป็นแบบเกษตรกรรมดั้งเดิมคือพึ่งพาธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่ มีทัศนคติว่าคนต้องอยู่กับธรรมชาติ สมาชิกดำรงอยู่ด้วยการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มี ฮีตคถอง (จารีตประเพณี) และ ชีด (สิ่งที่ไม่ดี นอกกลุ่มออกทาง ไม่ควรปฏิบัติ) ซึ่งถือเป็นข้อห้าม ทำหน้าที่เป็นกฎระเบียบเป็นบรรทัดฐานและเป็นมาตรการควบคุมให้คนในสังคมประพฤติปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน อย่างเคร่งครัดโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล แต่เป็นการเรียนรู้สืบทอดกันมา โดยเฉพาะข้อห้ามหรือข้อปฏิบัติของความเจ็บป่วย ดังเช่น ข้อห้ามของการรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่กำลังรักษาโรคทางกระดูกห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ อาหารทะเล ถั่ว งา หรือผู้ป่วยที่เป็นตุ่มเม็ดโตเหมือนฝีหรือเนื้องอก ห้ามรับประทานเนื้อวัว เนื้อไก่ กะทิ ของหมักดอง เป็นต้น อีกทั้งมีระบบความเชื่อว่า การเจ็บป่วย และการป้องกันรักษาขึ้นกับสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น อำนาจของผีหรือวิญญาณ ไสยศาสตร์เวทมนต์คาถา อิทธิพลของดวงดาว ความเชื่อเรื่องบุญ กรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและกฎเกณฑ์ข้อตกลงร่วมกันของ ชุมชน และอำนาจจากธรรมชาติที่ประกอบขึ้นเป็นรูปกายของมนุษย์ (บุญมาส สันธูประมา และ เจนศิริ จันท์ศิริ, 2538 ; สุรรัตน์ ทราชตัน, ธีรวงศ์ คงทอง และวิฑูร บัวแดง, 2529) ดังนั้นชุมชนจึงมีแนวคิดที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาเยียวยา ทั้งการให้ความหมาย สาเหตุ และการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วย การจัดการกับอาการที่เจ็บป่วยจะเป็นไปตามการรับรู้ของชุมชน มีการรักษาแบบพื้นบ้านเข้ามาเกี่ยวข้อง พฤติกรรมการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนจึงมีความสลับซับซ้อนตามเงื่อนไขทางระบบความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ฉะนั้นการศึกษาเพื่อที่จะเข้าใจระบบความคิด ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย

การแปลผลความเจ็บป่วยและการแสวงหาการช่วยเหลือ ในความคิดของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ เชื่อว่าจะทำให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ระบบความคิดนั้น ๆ อาจจะดูไม่มีเหตุผลในวิชาการตามแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจถึงการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การลดช่องว่างทางความคิดระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย และได้แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะแนวทางการผสมผสานความคิดทางวิทยาการแพทย์สมัยใหม่และแนวคิดดั้งเดิมให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยอันเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2544