

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยเรื่อง การปฏิบัติตามแผนการดูแล
สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
2. ความแตกต่างของแนวคิดการเกิดโรคและแนวคิดความเจ็บป่วย
แนวคิดการเกิดโรคทางการแพทย์
แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ
ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
ระบบการดูแลสุขภาพ
กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

การพัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งในแง่ทฤษฎีการแพทย์ และระบบบริการ
สาธารณสุข มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมให้เกิดความเชื่อ หรือความเข้าใจว่าความจริงที่แท้จริง
เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยมีอยู่เพียงหนึ่งเดียว นั่นคือ ทฤษฎีหรือความรู้แบบการแพทย์
สมัยใหม่ที่มีนักวิชาชีพชั้นสูงเป็นผู้รับผิดชอบ ความเข้าใจหรือความเชื่อนี้เองที่ทำให้นักวิชาชีพทาง
การแพทย์ดำเนินความพยายามให้คนในสังคมคิด เชื่อ และปฏิบัติตาม หรือคิดว่าประชาชนน่าจะมี
ความคิดต่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย ในกรอบที่คล้ายกับแนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่ง
ในปัจจุบันความรู้และการปฏิบัติแบบการแพทย์สมัยใหม่ ได้แพร่หลายอย่างกว้างขวาง และมีระบบ

บริการสาธารณสุข เป็นโครงสร้างรองรับ แต่มิได้หมายความว่าคนในสังคมจะมีความคิด ความเชื่อ หรือพฤติกรรมตามทฤษฎีการแพทย์สมัยใหม่ทั้งหมด หากยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในความเจ็บป่วยตามแนวคิด “ดั้งเดิม” หลากหลายในแต่ละสังคม (เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์, 2533)

ในสังคมไทย แบบแผนทางความคิดที่ประชาชนใช้ทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยมีอยู่หลายลักษณะตาม โครงสร้างทางสังคมที่เป็นพหุลักษณะ กล่าว คือ มีระบบวิธีคิดที่แตกต่างหลากหลาย อันเป็นผลจากการที่สังคมไทยได้รับเอาวัฒนธรรมหลายกระแสเข้ามาผสมกลมกลืนกับแบบแผนวัฒนธรรมของสังคมไทย จึงมีการคละเคล้ากันระหว่างคติความเชื่อเรื่องผีตามลัทธิวิญญูณนิยม วัฒนธรรมความเชื่อตามศาสนาพราหมณ์ และอิทธิพลของพุทธศาสนา วัฒนธรรมความเชื่อเหล่านี้เป็นรากเหง้าที่กำหนดแบบแผนทางความคิดของสังคมไทย รวมทั้งแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ไปตามความคิดความเชื่อที่ตนมี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

การให้ความหมายของสุขภาพ มีความหลากหลาย และแปรเปลี่ยนไปตามลักษณะเฉพาะของกลุ่มวัฒนธรรม โดยส่วนใหญ่ประชาชนมองว่าสุขภาพ หมายถึง การที่ปราศจากอาการที่ไม่สุขสบาย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็น ความสมบูรณ์ด้านร่างกายและจิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมมิใช่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ส่วนในกลุ่มสังคมที่ไม่ใช่สังคมอุตสาหกรรมเชื่อว่า สุขภาพคือ ความสมดุลของความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติใด ๆ ในโลก ความแปรปรวนหรือ ไม่สมดุลของสิ่งเหล่านี้จะปรากฏออกมาเอง เป็นอาการทางร่างกายหรืออารมณ์ (Helman, 1994) ฮิปโปเครติส กล่าวว่า สุขภาพ คือ ภาวะสมดุลอันบอบบางของของเหลว 4 อย่างในร่างกาย คือ เลือด น้ำเหลือง น้ำดี และเสมหะ สมดุลน้ำจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีสมดุลระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศ ทิศทางของลม และอาหาร เป็นต้น (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนศิริ, 2541) ทางด้านทฤษฎีทางการแพทย์ได้กำหนดความหมายของสุขภาพไว้อย่างหลากหลายตามแต่ละทฤษฎีที่กล่าวถึง ฟลอเรนซ์ในดิงเกล ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็น ความเป็นอยู่ที่ดีและใช้แรงกำลังอย่างเต็มที่ที่บุคคลนั้นมี รอยกล่าวว่า มุมมองแรกของสุขภาพคือ ระยะของการปรับตัว และเป็นส่วนหนึ่งของความต่อเนื่องของความตายของคนหนึ่งและความเป็นอยู่ที่ดีของคนอื่น นิเวินให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่ทุกส่วนของระบบร่างกายของมนุษย์มีความสอดคล้องกันทั้งหมด (Jones & Meleis, 1993) จะเห็นได้ว่าแม้แต่ทฤษฎีทางการแพทย์เองก็ยังกำหนดความหมายของสุขภาพ ตามมุมมองของแต่ละทฤษฎีที่มีแนวทางของแต่ละทฤษฎีไว้ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันอยู่ สำหรับแนวคิดของสังคมไทยในการให้ความหมายของสุขภาพ ดังเช่น วิธีคิดแบบชีววิทยาของการแพทย์สมัยใหม่ ที่ใช้ทัศนะแบบจุลภาคแยก

ระบบร่างกายออกเป็นอวัยวะย่อย ๆ แต่ละชนิด โดยถือว่าสุขภาพที่เป็นผลมาจากการทำงานที่เป็นไปตามปกติของแต่ละอวัยวะ หากเกิดความเจ็บป่วยใด ๆ ขึ้น การแก้ไขจึงจำเป็นต้องวินิจฉัยหาอวัยวะที่ผิดปกติและทำการแก้ไขหรือเขยวการรักษาเฉพาะที่อวัยวะนั้น ๆ แต่ทว่าแนวคิดของสังคมไทยที่มองว่าร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่คูกกันเป็นร่างกายมนุษย์ ธาตุเหล่านี้มีคุณสมบัติและมีบทบาทที่แตกต่างกัน และทำหน้าที่คูกกันไว้ให้ระบบร่างกายมีความเป็นไปตามปกติ แนวคิดเรื่องธาตุจึงถือว่า สุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีธาตุทั้ง 4 ที่สมดุลกัน ความผิดปกติจะเกิดขึ้นกับอวัยวะใด ๆ ส่วนแต่ต้องมีรากเหง้ามาจากการสูญเสียสมดุลของธาตุในระบบ ความผิดปกติที่อวัยวะหนึ่ง ๆ นั้นเป็นเพียงปรากฏการณ์อันเกิดจากการปฐมเหตุคือสมดุลของธาตุแปรปรวนไป การเขยวรักษาจึงมุ่งไปที่การปรับให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นมาใหม่ และเมื่อระบบร่างกายกลับสู่สมดุล ความเจ็บป่วยจึงจะถูกรักษาให้หายไ้อย่างแท้จริง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้ความหมายของสุขภาพจากหลาย ๆ ทศนะ ทั้งจากทศนะทางการแพทย์สมัยใหม่ และทศนะทางสังคม จะเห็นได้ว่ายังมีความแตกต่างกันอยู่ตามกลุ่มวัฒนธรรมและสังคม จึงทำให้มุมมองของการตอบสนองต่อสุขภาพที่มีความเบี่ยงเบนไปแตกต่างกันด้วย รวมทั้งมุมมองที่แตกต่างกันในเรื่องการเป็นโรคและความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป

ความแตกต่างของแนวคิดการเกิดโรคและแนวคิดความเจ็บป่วย (Disease- Illness Distinction)

ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นบุคคลที่มาจากพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรมที่ต่างกัน ดังนั้นแนวคิดของภาวะสุขภาพที่เกิดการเจ็บป่วยจึงแตกต่างกัน ซึ่งแต่ละแนวคิดมีพื้นฐานมาจากความแตกต่างกันของการตั้งสมมติฐานและการประเมินความสามารถของการให้การรักษาพยาบาล ซึ่งแต่ละแนวคิดย่อมจะมีทั้งข้อดีและข้อด้อย (Helman, 1994) บุคคลที่มาจากเผ่าพันธุ์หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีมุมมองหรือทศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้หรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น ดังนั้นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ก็ตามย่อมมีความแตกต่างกันโดยแบ่งออกเป็น การอธิบายตามมุมมองภายนอก (etic view) และการอธิบายตามมุมมองภายใน (emic view) ซึ่งการอธิบายตามมุมมองภายนอกหรือมุมมองจากคนนอก (outsider's perspective) เป็นมุมมองหรือการอธิบายจากบุคคลที่ไม่ได้รับประสบการณ์ต่างๆ โดยตรงหรือเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระบบความคิดความเชื่อ โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพ ส่วนการอธิบายตามมุมมองภายในหรือมุมมองคนใน (insider's perspective) เป็นการอธิบายจากบุคคลที่

ได้รับประสบการณ์โดยตรงเป็นมุมมองตามพื้นบ้าน (the native's view) ที่สะท้อนถึงภาษา ความเชื่อและประสบการณ์ตามกลุ่มวัฒนธรรมของตนเอง (Streubert, & Carpenter, 1995) ซึ่งมุมมองจากคนในนี้จะมีส่วนช่วยในการค้นหาความรู้เชิงเหตุผลว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงมีการปฏิบัติเช่นนั้น โดยเป็นการอธิบายเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากจุดที่เป็นมุมมองของสมาชิกในวัฒนธรรมนั้นๆ (Holloway, Wheeler, 1996)

แนวคิดการเกิดโรคทางการแพทย์

แนวคิดของการเกิดโรคทางการแพทย์เป็นการอธิบายความป่วยไข้ (sickness) ตามมุมมองภายนอกในทัศนะของบุคคลที่ไม่ได้ประสบกับปรากฏการณ์การป่วยไข้โดยตรง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีมุมมองในเชิงชีวการแพทย์ (Chrisman, 1991) เจอร์เมน (Germain, 1982) มองความป่วยไข้ว่าเป็น “โรค” (disease) หมายถึง ความผิดปกติของการทำหน้าที่หรือการปรับตัวทางชีววิทยาหรือจิตสรีรวิทยาของบุคคล แพร์รี (Parry, 1984) กล่าวว่า โรค เป็นความเบี่ยงเบนจากมาตรฐานการวัดตัวแปรทางชีววิทยา โรคแต่ละโรคได้ถูกสันนิษฐานว่ามีสาเหตุเฉพาะและมีลักษณะเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันไป โรคจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้ปรากฏออกมาภายนอกและได้ถูกแยกออกจากบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ เจอร์เมน (Germain, 1982) ยังมองว่าโรคสามารถวินิจฉัยได้โดยผ่านกระบวนการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ซึ่งเป็นการตรวจทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องในเชิงทฤษฎีเพื่อทำการจัดระดับหรือจัดประเภทของโรคต่างๆตามระบบ เหตุที่ทำให้มองความป่วยไข้ว่าเป็นโรค อาจเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาและการปฏิบัติโดยการถ่ายทอดแนวความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับหลักทางชีวทางการแพทย์ มุ่งเน้นการรักษาและวินิจฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์จึงทำให้มีการอธิบายความป่วยไข้ตามทัศนะของคนนอกดังกล่าว (Leininger, 1981) ซึ่งแนวคิดของการเกิดโรคนี้มีพื้นฐานจากการมองความเจ็บป่วยโดยวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ อธิบายการเกิดโรคตามวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวกับพยาธิวิทยาของร่างกายหรือจิตใจที่สามารถอธิบาย ยืนยันหรือพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางชีววิทยาที่เป็นวิทยาศาสตร์ ผู้ให้บริการทางสุขภาพมองว่า ความเจ็บป่วยเป็นการเกิดโรค การรักษาความเจ็บป่วยนั้นจะอยู่ภายใต้หลักการที่เป็นชีวการแพทย์ ซึ่งแนวคิดของการเกิดโรคนี้ก่อให้เกิดการมีอำนาจและความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ทำให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพละเลยความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในแนวคิดอื่น ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจในแนวคิดของความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ หรือบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่

บุคลากรทางการแพทย์ (Chrisman, 1983) การขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมทางการแพทย์ของผู้รับบริการ ทำให้เกิดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เมื่อไม่สามารถสื่อสารกันอย่างเข้าใจ ผู้ให้บริการโดยทั่วไปจึงมีแนวโน้มที่จะ “บอก” หรือ “ออกคำสั่ง” มากกว่าที่จะ “ฟัง” และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการแต่ละคน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน

แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน เป็นการอธิบายความป่วยไข้ตามมุมมองภายในเป็นการอธิบายในทัศนะของผู้ป่วยที่มีมุมมองตามวัฒนธรรม (Chrisman, 1991) แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจึงเป็นประสบการณ์ ชุดความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความป่วยไข้ที่อธิบายไว้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และ/หรือครอบครัว (Chrisman, 1983) และมองความป่วยไข้ว่าเป็น “ความเจ็บป่วย” (illness) ที่เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือภาระกิจของตนเองตามปกติได้เต็มที่ โดยที่บุคคลอาศัยการรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นตัวตัดสินซึ่งอาจจะตัดสินด้วยตัวผู้ป่วยเอง จากครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย (มัลลิกามัตติโก, 2530) ความป่วยไข้ หมายถึงการประสบกับความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือความผิดปกติทางจิตสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นภายในบุคคล กลุ่มบุคคล และมีมิติทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี (Germain, 1992) ซึ่งความเจ็บป่วยเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงปฏิกิริยาของบุคคล กลุ่มบุคคลและวัฒนธรรมต่อโรคหรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Mauksch, & Roesler, 1990) จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้นๆต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งอาจสัมพันธ์กับโรคหรือไม่ก็ได้ บุคคลบางคนอาจจะมีโรคเกิดขึ้นโดยปราศจากความรู้สึกเจ็บป่วยหรืออาจจะรู้สึกเจ็บป่วยโดยไม่พบว่ามีโรค ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 ที่มาพบแพทย์มักจะปราศจากปัญหาทางชีววิทยา (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978 cited in Helman, 1994) พฤติกรรมในการตอบสนองความเจ็บป่วยตามแนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจะมีลักษณะไม่คงที่แน่นอนตามลักษณะของ “ทฤษฎี” กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยไม่เที่ยงตรง (inconsistency) ไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตายตัวและไม่แน่นอนสมเหตุสมผล ความไม่คงที่แน่นอนของแนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชน เกิดขึ้นเนื่องจากรากฐานแนวคิดความเจ็บป่วยพัฒนามาจากประสบการณ์ในการต่อสู้กับความป่วยไข้ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า รวมไปถึงการได้รับแนวคิดมาจากระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ ทั้งจากการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจึงเป็นการสังเคราะห์จากชุดความรู้ความเชื่อที่แตกต่างกัน ชุดความรู้ความเชื่อ

เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต่างกันนี้ จะถูกคัดแปลงปรับให้เข้ากับสถานการณ์ และกลายเป็นแนวคิด ความเจ็บป่วยของประชาชนจนบางครั้งไม่สามารถจำแนกได้ว่าชุดความรู้ความเชื่อชุดนี้มีที่มาจาก แหล่งใด แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนจึงมีลักษณะแปรเปลี่ยนเป็นพลวัตรอยู่ตลอดเวลา นอกจากจะมีลักษณะไม่คงที่แน่นอน และดูไม่สัมพันธ์เป็นเหตุเป็นผลกันแล้ว แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนยังมีลักษณะซับซ้อนและยืดหยุ่นต่อเหตุการณ์ (Fitzpatrick, 1984 อ้างใน เทพินทร์ พัทธานุกรย์, 2533)

แนวคิดความเจ็บป่วยของประชาชนมาจากความเชื่อหรือชุดความคิด ซึ่งได้รับอิทธิพล มาจากวัฒนธรรม อันเป็นวิถีทางการดำรงชีวิตทั้งหมดที่รวมสาระของแบบแผนความเชื่อและ พฤติกรรมทั้งหมดที่เกิดจากการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และถ่ายทอดกันในกลุ่ม ตลอดจนวิธีการ แก้ไขปัญหา และการดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วย ผู้ป่วยทุกคน มีรูปแบบพื้นฐานทางวัฒนธรรมสำหรับการตีความหรืออธิบายอาการความเจ็บป่วยต่างๆ (Kleinman, 1980) ตามทัศนคติของผู้ป่วยเช่นเดียวกับบุคลากรผู้ให้การดูแลสุขภาพต่างมีความรู้ เฉพาะสาขาวิชาชีพของตนในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการตอบสนองต่อ ความเจ็บป่วยของบุคคล และมีวิธีการดูแลรักษาหรือให้การพยาบาลตามแนวทางของวิชาชีพหรือ ทัศนะทางการแพทย์ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาจะช่วยให้เห็นความแตกต่างของ 2 ทัศนะ ทัศนะทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและ การทำหน้าที่ของร่างกายที่ปรากฏ และสามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่บ่งชี้ถึงการ เกิดโรคต่างๆ ได้ตามลักษณะอาการทางคลินิก ประวัติความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและให้การ รักษาที่เหมาะสม ในทางตรงข้ามทัศนะของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ บอกกล่าวได้ด้วยวาจาและได้รับการยอมรับจากบุคคลแวดล้อม ทั้งครอบครัวและชุมชน ทำให้มี การแสวงหาการดูแลสุขภาพสุขภาพเกิดขึ้น ความแตกต่างในการให้ทัศนะเกี่ยวกับความป่วยไข้ ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดช่องว่างในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางใน การดูแลหรือการบำบัดรักษาเป็นผลให้การเข้าไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไป ด้วยความล่าช้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ เกิดความไม่พึงพอใจ มีการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและได้รับการดูแลที่ไม่ดี (Germain, 1982) เนื่องจากในทางการแพทย์ นั้นจะทำการวิเคราะห์เพื่อรักษาโรคไม่ใช่รักษาความเจ็บป่วย จึงทำให้การบำบัดรักษาไม่ได้ครอบคลุมถึงความต้องการของผู้ป่วยและการบำบัดรักษานี้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย ยกตัวอย่างเช่นถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวมองว่า ความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงน้อยกว่าตามมุมมอง ของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยไม่ติดตามผลการรักษาต่อหรือถ้าบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแบบแผนการปฏิบัติตัว ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย

และครอบครัวได้ทำให้พฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ของผู้ป่วยรวมทั้งความคิดเห็นของครอบครัว ตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำความเข้าใจในโลกทัศน์ของผู้ป่วยจะช่วยให้การช่วยเหลือหรือการให้คำแนะนำนั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพต่อไป (Mauksch & Roesler, 1990) ดังนั้นวัฒนธรรมจึงกำหนดความแตกต่างในการอธิบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับความปกติและผิดปกติของสุขภาพตามกลุ่มวัฒนธรรม การทำความเข้าใจการเจ็บป่วยลึกลงเข้าไปรับรู้ถึงรูปแบบพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย จะส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ตลอดจนความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

แนวคิดเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

การอธิบายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนั้น ในทัศนะทางการแพทย์สมัยใหม่มีแนวคิดว่าการวินิจฉัยว่าผู้ใดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าความดันโลหิตที่สูงจากค่าความดันโลหิตปกติเป็นตัวกำหนด ความดันโลหิตสูงคือ ความดันโลหิตที่สูงเกิน 140/90 มม.ปรอท (Kaplan, 1998) ส่วนการแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (Guideline Subcommittee of WHO/ISH, 1993 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ทั่วไปเป็นการพิจารณาระดับความดันจากทั้งค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก (Mixed หรือ Combined hypertension) ที่สูงกว่าปกติทั้งคู่จัดว่าเป็นความดันโลหิตสูงโดยวินิจฉัยว่า

ค่า SBP / DBP	การวินิจฉัยระดับความดันโลหิต
140 / 90 มม.ปรอทหรือต่ำกว่า	ระดับความดันโลหิตปกติ
สูงกว่า 140 / 90 ถึง 160 / 95 มม.ปรอท	ระดับความดันโลหิตสูงกำลัง
สูงกว่า 160 / 95 มม.ปรอท	ระดับความดันโลหิตสูง

ส่วนการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในทัศนะของผู้ป่วยนั้นในการศึกษาเรื่องกระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ได้สรุปการอธิบายการให้ความหมายความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้ป่วยไว้ 4 ลักษณะคือ 1) ความดันโลหิตสูงเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับ “เลือด” และ “ประสาท” 2) ความดันโลหิตสูงกับการเป็นอัมพาต 3) ความดันโลหิตสูงจากโรคที่รักษาหายสู่วโรค

ที่รักษาไม่หาย และ 4) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุที่ก่อให้เกิด ส่วนการศึกษาของปฏิกิริยา พรรณ-
 ราช (2540) ที่ทำการศึกษาระบบการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิง โรคความดันโลหิตสูงใน
 ภาคใต้ พบว่า การให้ความหมายของผู้ป่วยจะเป็นความผสมผสานของ แนวคิดดั้งเดิมและแนวคิด
 ของการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือ ผู้ป่วยให้ความหมายต่อความดันโลหิตสูงและอาการที่เกิดขึ้นเป็น
 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) ให้ความหมายว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติ ได้แก่ โรคลม / โรคคนแก่ ซึ่งอาจ
 มีน้ศีรษะหรือเวียนศีรษะธรรมดา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อ 2) ให้ความหมายว่าเป็นโรคความ
 ดันโลหิตสูง 3) ให้ความหมายว่าไม่ใช่โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เครียด โรคประสาท ไข้/ไข้หวัด
 เป็นโรคตามอาการที่ปรากฏ เช่น คิดว่าแพ้ท้อง โรคอ้วน โรคทางหู โรคทางสายตา โรคหัวใจ
 และเป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาท 4) ไม่สามารถให้ความหมายได้หรือไม่ทราบว่าอาการที่
 เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคอะไร และ 5) ไม่ได้ให้ความหมายเพราะไม่มีอาการผิดปกติ

จะเห็นได้ว่าในการอธิบายถึงโรคความดันโลหิตสูงนั้น ในทางการแพทย์สมัยใหม่ได้
 อธิบายในลักษณะของความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยา ส่วนผู้ป่วยได้อธิบายถึงความป่วยไข้ตาม
 ความรู้สึกที่รับรู้และเข้าใจในสถานการณ์หรืออาการที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ตามประสบการณ์
 ความเจ็บป่วยที่ตนเองได้รับ ซึ่งทัศนะหรือความคิดเห็นที่มีความแตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากบุคคล
 ได้รับอิทธิพลทางระบบความคิดความเชื่อมาจากวัฒนธรรมประเพณีในเผ่าพันธุ์ของตน ดังนั้นการ
 อธิบายความเจ็บป่วยจึงมีมิติทางสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้การอธิบายความป่วยไข้มี
 ความแตกต่างไปจากการอธิบายตามทัศนะทางการแพทย์สมัยใหม่ (Kleinman, 1978)

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ (Compliance with health regimens) เป็นทัศนะของ
 การแพทย์สมัยใหม่ที่ใช้ประเมินการรักษาโรคโดยอาศัยหลักทฤษฎีทางชีวการแพทย์ โดยทัศนะ
 การแพทย์ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการรับ
 ประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิตที่สอดคล้อง
 กับคำแนะนำสุขภาพหรือคำแนะนำทางการแพทย์ (Haynes, 1983 ; Hentinen & Kyngas, 1992 ;
 McCord, 1986 อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532) และให้ความหมายการปฏิบัติตามแผนการ
 ดูแลสุขภาพ โดยมีพื้นฐานในการอธิบายมาจากระบบความเชื่อตามวัฒนธรรมอาจมีความแตกต่าง
 จากทัศนะทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยอาจมองว่าการที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานยาเป็นบางเวลา แต่ใน
 ขณะเดียวกันก็ควบคุมการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัดนั้นเป็นการให้ความร่วมมือในการรักษา
 (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ดังนั้นจากความแตกต่างของทั้งสองทัศนะที่มีพื้นฐานมาจากระบบ

ความเชื่อ หรือภูมิหลังทางด้านวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีมุมมองหรือทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้หรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ (Lea, 1994)

สำหรับแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือแนวทางในการรักษาโรคตามระบบการดูแลสุขภาพโดยทีมสุขภาพหรือการแพทย์สมัยใหม่ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเลี้ยงปิ้งจี้เลี้ยง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมาพบแพทย์ผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอตามนัด (Kaplan, 1998) เป็นแนวทางการรักษาและแนวทางการปฏิบัติตัวที่ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพให้คำแนะนำให้ยึดถือปฏิบัติ นั้น เป็นสิ่งที่มุ่งเน้นเพื่อแก้ไขที่พยาธิสภาพและสาเหตุของการเกิดโรคเป็นสำคัญ ส่วนในทัศนะทางการแพทย์พื้นบ้านนั้นเชื่อว่าปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นทั้งรูปแบบของความเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทางวัฒนธรรม (Kleinman, 1978) โดยที่พฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุขของคนในสังคมหนึ่ง ๆ เป็นบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติกันภายในครอบครัวและสมาชิกในสังคมของผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพเยียวยาตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าการไปพบแพทย์ในทันที (Kleinman, 1980)

ดังเช่นการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ของปฎิญา พรณราย (2540) พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 4 ลักษณะคือ 1) รักษาตนเองโดยรับประทานยา (ชาลม, ยาแก้ปวด/ไข้, ยาสมุนไพร) มากที่สุดถึงร้อยละ 66.5 2) รอสั่งเกตอาการเฉย ๆ มีจำนวนร้อยละ 17 3) รักษาตนเองโดยไม่รับประทานยา (การพักผ่อน, ไข้ชาหม่อง/ประคบเย็น, เปลี่ยนการรับประทานอาหาร) มีจำนวนร้อยละ 14.5 และ 4) ไปแหล่งบริการที่เป็นวิชาชีพทันที มีจำนวนน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2 เห็นได้ว่าผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือ เนื่องจากพยายามที่จะรักษาตนเอง รวมทั้งการรอสั่งเกตอาการของตนเองก่อน และพบว่าการปรึกษาขอคำแนะนำของผู้ป่วยนั้น จะมีการปรึกษานุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 74.5 รองลงมาคือ เพื่อนบ้านร้อยละ 17 และมีการปรึกษานุคกลางทางสาธารณสุขเพียงร้อยละ 3

นอกจากนั้นในการศึกษาเรื่องกระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของอรสา พันธุ์กักดี (2542) พบว่าการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาในระยะแรกที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงหลังจากรับประทานยาที่แพทย์ให้ไปครั้งแรกหมดแล้ว ผู้ป่วยรับ

รู้ว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วย จึงเลิกรับประทานยาไม่ไปพบแพทย์อีก และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อทำไปได้ระยะหนึ่ง การรับรู้เกี่ยวกับอาการและความดันโลหิตสูงเปลี่ยนไป ให้การปฏิบัติตามแผนการรักษาเปลี่ยนไปเป็นการใช้วิธีบำบัดทางเลือก คือ ปรับแก้การทำกิจกรรมที่เคยได้รับจากแพทย์แนะนำหรือรักษา รวมถึงการเลือกใช้การรักษาวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ โดยมีพฤติกรรม 3 ลักษณะคือ

- 1) การจัดการเรื่องยา ประกอบด้วย การรับประทานยาเป็นครั้งคราว และการเลิกรับประทานยา
- 2) การใช้วิธีบำบัดทางเลือกอื่น ประกอบด้วย การใช้ยาสมุนไพร ยาจีน ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ร่วมกับการออกกำลังกาย ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน การทำวีปัสสนาร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน และ 3) การประเมินผลการกระทำประกอบด้วย การประเมินว่า ได้ผลดีและการประเมินว่าไม่ได้ผล

ในด้านการมาตรวจตามนัดผู้ป่วยให้ความหมายว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์สำหรับตัวเอง รู้สึกปลอดภัยเนื่องจากแพทย์ได้ประเมินภาวะสุขภาพ ควบคุมความดันโลหิตและค้นพบความผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกอายที่จะถูกแพทย์ตำหนิเรื่องไม่ตรวจตามนัด ในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การลดการรับประทานอาหารเค็มพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามในเรื่องนี้อย่างจริงจัง จนกระทั่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองว่าเมื่อรับประทานเค็มแล้วมีอาการบวม ผู้ป่วยใช้วิธีไม่รับประทานอาหารที่เห็นว่าเค็มชัดเจน เช่น ปลาเค็ม น้ำปลา ทำอาหารเค็มให้เจือจาง เช่น การล้าง เติมน้ำตาล บีบมะนาวใส่ ในด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว หรือไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ ไม่มีเพื่อน อีกทั้งการออกกำลังกายทำให้อ่อนเพลีย ง่วงนอน เป็นการกระทบต่อการทำงาน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการยึดหยุ่นในการปฏิบัติตาม เช่น การจัดการกับอาการความดันโลหิตสูงที่เกิดจากอากาศร้อน, การอดนอน, ความเครียด มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยการเลื่อนการรับประทานยา การปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น การใช้สมุนไพร ในด้านการจัดการเรื่องอาหาร ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ว่าต้องระวังการรับประทานอาหารเค็ม และอาหารที่ทำให้อ้วนขึ้น แต่การรับประทานอาหารเป็นกิจกรรมทางสังคมที่ทำให้มีความสุข การแยกรับประทานอาหารหรือจำกัดอาหารอย่างเคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยซึม ไม่มีความสุข ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นตามปกติ และรับประทานอาหารที่ชอบเป็นบางครั้ง แม้จะรู้ว่าป็นอาหารที่ไม่ควรรับประทาน

การศึกษาที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หรืออาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยนั้น สามารถแสดงออกได้หลายลักษณะแตกต่างกันและมีความยืดหยุ่น โดยปรับให้เข้ากับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งให้ความสอดคล้องกับระบบความคิดความเชื่อตามวัฒนธรรมในสังคมซึ่งพฤติกรรมบางอย่างในทัศนะ

ของการแพทย์ก็อาจมองว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพหรือคำแนะนำทางการแพทย์ และผู้ป่วยอาจถูกประเมินผลของการรักษาในลักษณะของการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Belief Systems)

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในด้านสาเหตุ ระยะเวลาและการรักษา ซึ่งระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนี้เป็นการรวบรวมความเชื่อในด้านความเจ็บป่วยที่ปรากฏอยู่ในหลายกลุ่มเผ่าพันธุ์ นำมาจัดกลุ่มจัดประเภทของความเจ็บป่วยตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค เพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจในความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Chrisman, 1991) และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคนี้อาจมีบทบาทสำคัญในการอธิบายถึงสาเหตุของโรคของผู้ป่วย (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ซึ่งคริสแมนได้ให้หลักในการทำความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยไว้ 4 ประการดังนี้

1. ทฤษฎีจุดกำเนิด (germ theory) ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของทฤษฎีจุดกำเนิดนั้น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิวิทยาของกายวิภาคและสรีรวิทยาของบุคคล ยกตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมาก รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า (junk food) หรือกรรมพันธุ์ การรักษาก็คือ การปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารและการใช้อินซูลินในการลดระดับน้ำตาล

2. ความสมดุล (equilibrium) เป็นความเชื่อในความสมดุลของสิ่งต่าง ๆ เมื่อทุกสิ่งมีความสมดุล ผลลัพธ์ก็คือความเป็นอยู่อย่างปกติสุข เมื่อไรก็ตามที่ขาดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ตัวอย่างของความเชื่อในเรื่องของความสมดุล ได้แก่ ความเชื่อในเรื่องของความกลมกลืน (harmony) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีความเป็นไปได้อย่างดีสำหรับทุกสิ่งในโลกที่อยู่ภายใต้ความกลมกลืนระหว่างภายในและภายนอก ถ้าไม่มีความกลมกลืนจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้เช่น ความเชื่อในเรื่องความร้อน-ความเย็น หากขาดความสมดุลหรือขาดความกลมกลืนกันระหว่างความร้อน-ความเย็นในร่างกายก็จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ยกตัวอย่างเช่น ในเรื่องของการใช้อาหารร้อน-เย็นในการเยียวยาดูแลสุขภาพ กรณีเป็นไข้ ผู้ป่วยต้องงดอาหารเย็น เช่น ผักตำลึง โดยเชื่อว่าอาหารเย็นนี้จะทำให้มีอาการเหน็บชา แต่ให้ใช้ผักตำลึงหรือใบบัวบกตำแล้วหมกที่ศีรษะเป็นการลดไข้ได้ (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2530)

นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในเรื่องของหยิน-หยาง (yin-yang) ซึ่งเป็นหลักปรัชญาเบื้องต้นของวิถีแห่งเต๋า กล่าวถึงทวิสัมพันธ์ระหว่างสองสิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกันและกลมกลืนกันในสากลจักรวาล (บรรจบ ชุณหวัดดีกุล, 2541) โดยความเชื่อในทางการแพทย์แผนโบราณของจีน เชื่อว่าในร่างกายของมนุษย์ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความสมดุลระหว่างหยินและหยาง โดยที่ภายในร่างกายคือ หยาง ผิวนอกของร่างกาย คือ หยิน ด้านหลังคือหยาง ด้านหน้าคือหยิน อวัยวะต่างๆ ก็มีทั้งที่เป็นหยินและที่เป็นหยาง เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็เชื่อว่าเกิดจากสมดุลของหยินและหยางนี้เสียไป (พริตจอฟ คาปรา, 2536)

3. พระเจ้าและจิตวิญญาณ (god and spirit-causal illness) เป็นความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากการกระทำของพระเจ้าและจิตวิญญาณ รวมไปถึงการใช้ความเชื่อนี้ในทางการรักษา ซึ่งถือเป็นแหล่งที่พึ่งทางศาสนาและเป็นความเชื่อในแต่ละบุคคล เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องการที่พึ่งทางจิตใจ การเข้าร่วมในพิธีกรรมทางศาสนาถือเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

4. วิชาหมอผีและแม่มด (sorcery and witchcraft) เป็นความรู้ลึกลับที่บุคคลเชื่อว่ามิสาเหตุมาจากการที่บุคคลถูกคุกคามจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำของหมอผีหรือแม่มด ซึ่งในบางครั้งอาจมองว่าเป็นความเชื่อมงาย หรือมีปัญหาด้านจิตใจ ดังนั้นการรับฟังผู้ป่วยและมีความรู้สึกไวต่อสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า นั่นถือเป็นสิ่งที่ควรให้การสนับสนุนและควรรับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องของสาเหตุของความเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล ย่อมมีความเชื่อที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้และความเข้าใจของแต่ละบุคคล โดยส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวผู้ป่วยหรือแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ทำให้การอธิบายถึงสาเหตุเป็นไปตามความเชื่อที่สั่งสมหรือยึดถือสืบทอดกันมา ซึ่งระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น เป็นเพียงแนวทางหลักที่ใช้ในการทำความเข้าใจในความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งในสังคมวัฒนธรรมบางแห่งอาจมีความเชื่อที่สอดคล้องหรืออยู่นอกเหนือจากความเชื่อทั้ง 4 ประการนี้ เช่นเดียวกับในวัฒนธรรมล้านนาหรือวัฒนธรรมภาคเหนือของประเทศไทย ก็มีระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับระบบความเชื่อดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ สังคมล้านนามีคำอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วย 2 ประเภท ซึ่งเกิดจากการผสมผสานระหว่าง ความเชื่อดั้งเดิม ความเชื่อแบบพราหมณ์ และ ความเชื่อในพุทธศาสนา (บุญมาส สินธุประมา และ เจนศิริ จันทร์ศิริ, 2538) ดังนี้

1. ความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ที่เกิดขึ้นตามสภาพอากาศในแต่ละฤดูกาล เช่น การผิดปกติของธาตุลมในท้อง ทำให้เกิดความแปรปรวนของธาตุลมในร่างกาย อาจรักษาโดยยาแก้โรคลม หรือความผิดปกติของการหมุนเวียนของเลือดลมในสตรีก็จะมีอาการบวม เลือด เป็นต้น

2. พลังอำนาจภายนอกที่เป็นสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งมีพื้นฐานความคิดความเชื่อ และวิธีการรักษา ดังนี้

2.1 ความเชื่อเรื่องการนับถือผี ประกอบด้วย ผีดี และผีร้าย จะถือกันว่าผีดี เป็นผีอารักษ์ ผีเจ้านาย และผีปู่ย่า อาจจะทำให้ลูกหลานเจ็บป่วยได้ถ้าหากละเลยพิธีกรรมหรือข้อห้าม นั่นคือ พลังอำนาจของผีจะทำให้บุคคลหรือสังคมเสียสมดุล การแก้ไขจะทำโดยพิธีเลี้ยงผีเพื่อขอขมาและอ้อนวอนให้หายจากอาการเจ็บป่วย (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2533) ส่วนผีร้าย เช่น ผีตายโหง ผีป่า ผีกะ จะต้องใช้หมอผีซึ่งมีคาถาอาคมมาทำพิธีไล่ผี นอกจากนี้ความเชื่อเรื่องผียังมีอำนาจในการพยากรณ์ และการรักษาโรคด้วย เช่น การบ่น และการเข้าทรง (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2532)

2.2 ความเชื่อทางไสยศาสตร์ เป็นพื้นฐานของพลังอำนาจที่คอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าความเชื่อในการนับถือผี ที่มีขอบเขตการอธิบายปัญหาทุกระดับ ตั้งแต่บุคคลจนถึงชุมชนพลังอำนาจทางไสยศาสตร์ประเภท ใช้คาถาร้อนในการทำร้ายบุคคลผู้เป็นคู่ขัดแย้งให้เกิดอาการเสียดสี เรียกว่า ถูกตู่ (คุณไสย) โดยทั่วไปแล้วพลังอำนาจทางไสยศาสตร์มักจะใช้ในรูปของคาถาเย็นเพื่อปิดเป่าให้พ้นจากโรค บันดาลให้การเพาะปลูกงอกงาม ซึ่งอาจทำพิธีในรูปของการเซ็ดแหกด้วยของขลังท่องเวทมนต์คาถา และรดน้ำมนต์ เป็นต้น (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2533)

2.3 ความเชื่อทางโหราศาสตร์ ปรากฏออกมาในรูปของความเชื่อเกี่ยวกับชะตา ซึ่งมีทั้งด้านโชคและเคราะห์ร้าย เพราะเคราะห์อาจเป็นที่มาของความเจ็บป่วย ดังนั้นคนที่เจ็บป่วยจะไปหา หมอเมื้อ (หมอดู) เพื่อดูดวงชะตาว่าโรคนั้นเกิดจากเคราะห์ประเภทใด

2.4 ความเชื่อดั้งเดิมของชาวล้านนาที่ประกอบด้วยความเชื่อหลัก ๆ เช่น ความอุดมสมบูรณ์ในการผลิตที่เชื่อมโยงกับความเป็นครอบครัว ด้วยการนับถือผีบรรพบุรุษ และการนับถือผู้อาวุโส ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการควบคุมธรรมชาติและ การเข้าใจคน ความเชื่อเหล่านี้จะแสดงออกมาในรูปของจารีต (ฮีตคอง) และ ซิด ซึ่งถือเป็นข้อห้าม ถ้าหากมีการละเมิดข้อห้ามจะส่งผลกระทบต่อความสมดุลของบุคคลชุมชนในรูปของเสนียดจัญไร รวมทั้งการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วย (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2533)

ในการอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น หากอธิบายในเชิงชีวการแพทย์จะเห็นได้ว่าได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีจุลชีพกำเนิด (germ theory) เป็นแนวทางในการอธิบายโดยกล่าวว่า โรคความดันโลหิตสูงนั้นสามารถแบ่งตามสาเหตุออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ (เกษม วัฒนชัย, 2532) ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension) ความดันโลหิตสูงประเภทนี้ไม่อาจระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ เชื่อกันว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมิได้มีเพียงปัจจัยเดียว แต่เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยผสมผสานกัน ได้แก่ สภาพแวดล้อม อาหารและแร่ธาตุบางอย่าง เช่น เกลือ (โซเดียม)

2. ความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ (secondary hypertension) สาเหตุได้แก่ ภาวะไตวายเรื้อรัง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคต่อมไทรอยด์ โรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง มักพบในหญิงที่กินยาคุมกำเนิด ซึ่งเมื่อสาเหตุเหล่านี้ได้ถูกแก้ไขแล้วก็จะทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นหายไป

ส่วนการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เป็นการอธิบายจากความคิดความเชื่อของผู้ป่วย การศึกษาของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) เรื่องกระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยให้สาเหตุของความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของตนเองเป็น 5 ลักษณะ คือ 1) สาเหตุจากกรรมพันธุ์ 2) สาเหตุจากความเครียด 3) สาเหตุจากการติดเชื้อโรค เช่น เชื่อว่าเกิดจากเชื้อโรคที่แฝงเข้าไปในร่างกาย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมา 4) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เช่น เชื่อว่าการสูดดมกลิ่นแก๊ซที่เกิดจากน้ำเน่ารอบ ๆ ที่พักอาศัยทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และ 5) สาเหตุจากการทำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาตอนใต้ พบว่าผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองมีอาการ “เลือดมาก” (high blood) เป็นเพราะว่าปริมาณเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งขึ้นกับชนิดของอาหารที่รับประทาน โดยเชื่อว่า “เลือดมาก” เกิดจากการรับประทานเนื้อที่มีสีแดง ผู้ป่วยจะมีการรักษาตัวเองด้วยการลดการรับประทานเนื้อที่มีสีแดง และยังเชื่อว่า การเพิ่มรสเค็มในอาหารจะเป็นการรักษาอาการ “เลือดมาก” (Snow, 1976 cited in Helman, 1994)

จากความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วยดังกล่าว เห็นได้ว่าถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมตามกลุ่มสังคมนั้น ๆ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมในการตอบสนองความเจ็บป่วย นอกจากนี้การแสดงออกของพฤติกรรมในการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนในสังคมที่มีความหลากหลายยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพในสังคมนั้นด้วย

ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System)

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980 อ้างใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) มีแนวคิดในการมองระบบการดูแลสุขภาพในสังคมว่า เปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ ระบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ซึ่งหมายรวมถึงการเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษา ดูแลเยียวยาสุขภาพ รวมทั้งสถานภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้รวมเรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบคือ 1) ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพ ในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูง มีการจัดองค์กรเป็นทางการ เช่น ระบบแพทย์ของจีน และระบบแพทย์แผนตะวันตก 2) ระบบการแพทย์พื้นบ้านได้แก่ การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปธรรมของวิชาชีพประกอบด้วยการใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า เป่าน้ำมันตัก ลงคาถา เป็นต้น และประเภทที่ไม่ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพร หมอนวด เป็นต้น และ 3) ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชนเป็นการตีความและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยและสังคม เพื่อตัดสินใจถึงวิธีการรักษา โดยทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการอธิบายและจัดการกับความเจ็บป่วยตามวิธีที่เป็นเอกลักษณ์ของตน ความแตกต่างในลักษณะความเชื่อ การยึดมั่นและวิธีการปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าวนี้เป็นความแตกต่างของความเป็นจริงทางสังคม (social reality)

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ (Professional Sector) เป็นส่วนของการปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มุ่งเน้นการรักษา (cure) มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่ใช้วิทยาการขั้นสูง วินิจฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ เน้นการปฏิบัติการรักษาเฉพาะแต่ละบุคคล อธิบายความเจ็บป่วยและปัญหาในเชิงค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค เน้นการประเมินปัญหาด้านร่างกาย กำไรใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และแหล่งที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมีอยู่อย่างจำกัด ในประเทศไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนตามลักษณะของการดำเนินงาน คือ ระบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาครัฐ (public sector) และระบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาคเอกชน (private sector)

ระบบการดูแลสุขภาพของภาครัฐ เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนในเรื่อง

สุขภาพอนามัย การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทยเป็นภาระหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ บริการสาธารณสุขมูลฐาน บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง บริการสาธารณสุขระดับสอง บริการสาธารณสุขระดับสาม (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534 และ สายใจ โกศลสิทธิ์, 2534)

1. บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เป็นการให้บริการระดับต้น โดยมุ่งให้ประชาชนช่วยเหลือตนเอง ในด้านความต้องการพื้นฐานของชีวิต ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินงานเอง โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งตั้งอยู่ตามตำบล ชุมชนต่างๆไป ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่วนใหญ่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

3. บริการสาธารณสุขระดับสอง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ ความชำนาญสูงปานกลาง คือ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดทุกจังหวัด หรืออำเภอใหญ่ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการบริการจากสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรงต้องการการรักษาที่จำเพาะเจาะจงตามโรคหรือได้รับการติดต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างลงไป โรงพยาบาลในระดับนี้มีขีดความสามารถในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สามารถให้บริการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนหรือต้องการการรักษาเฉพาะทางได้

4. บริการสาธารณสุขระดับสาม เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติโดยมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีหน่วยบริการคือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่เฉพาะทาง หรือด้วยวิธีการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง สถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ส่วนมากให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพที่มีศักยภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาล

ระบบการดูแลสุขภาพภาคเอกชน เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ สถานบริการในภาคเอกชนมีหลายประเภทดังนี้

ร้านขายยา เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาได้ มีกระจายอยู่ทั่วไปตามชุมชน สะดวกในการส่งเสริมบริการมาก จัดแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ประเภท ก ประเภท ข และประเภท ค โดยจัดแบ่งตามขอบเขตความรับผิดชอบของบุคลากรที่ควบคุม

คลินิก โพลีคลินิก เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ความชำนาญ มีการกระจายอยู่ตามสังคมเมืองที่มีระดับเศรษฐกิจค่อนข้างดีสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและสะดวก ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริมและป้องกันโรคได้ดีพอควร แต่มีศักยภาพจำกัด ไม่สามารถให้บริการ การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนได้ จำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) หรือการแพทย์แผนไทยเป็นอีกระบบการดูแลหนึ่งของระบบวัฒนธรรมของสังคมที่มุ่งเน้นการดูแล (caring) และการปฏิบัติในกระบวนการรักษาเยียวยาทั้งกลุ่มบุคคล ซึ่งในวัฒนธรรมของสังคมไทยอาจแบ่งออกเป็นส่วนใหญ่เป็นบ้าน หรือที่เรียกว่า การรักษาแผนโบราณ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่มีการคิดค้นพัฒนา สังคมและถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ วิธีการวินิจฉัยและการรักษาโรคจึงมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์ ศาสนาและไสยศาสตร์ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2538) รวมทั้งมุ่งเน้นที่ความเป็นมนุษย์ที่ต้องอาศัยการสร้างควมคุ้นเคยและสัมพันธ์ภาพในชุมชน มีการป้องกันความเจ็บป่วยและความพิการ โดยอาศัยข้อห้าม (taboo) ทางวัฒนธรรม ใช้การอธิบายเพื่อแปลความหมายระหว่างความเจ็บป่วยและความเป็นปกติสุข โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติสุข ซึ่งอาศัยวิธีการทางพื้นบ้าน มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่ำ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม สังคม การเมือง และเศรษฐกิจ (Leininger, 1981) หมอแผนโบราณมักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบท ส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมใกล้เคียงกับชาวบ้านมาก จึงมีความเข้าใจสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดี เป็นกันเอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ; 2536 และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536) จากการศึกษาของ แสงทอง แห่งมงาม (2533) พบว่าสาเหตุที่สำคัญของการรับบริการกับหมอพื้นบ้าน คือ บริการดี เป็นกันเอง รอไม่นาน นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้าน ไปให้บริการถึงบ้านพักของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงยังมีผู้ป่วยไปปรึกษากับหมอพื้นบ้าน การรักษา ในส่วนนี้แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือจากธรรมชาติ เช่น หมอยา หมอสมุนไพร หมอตำแย หรือผดุงครรภ์โบราณ หมอนวด หมอเมะ หมอจับเส้น หมอฝังเข็ม เป็นต้น

ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษาด้วยหมอพระ หมอผี หมอน้ำมนต์ หมอทรง หมอคุณไสย หมอขวัญ หมอเสกเป่า หมอรำผีฟ้า หรือเรียกโดยรวมว่า หมอไสยศาสตร์

สำหรับการแพทย์แผนโบราณทั้ง 2 ชนิดนี้ บางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้เนื่องจาก การรักษาด้วยยาสมุนไพรจะรักษาคู่กับการกำกับคาถาอาคมร่วมด้วยเสมอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน (Popular Sector) หมายถึง ส่วนของการดูแลตนเองของประชาชนซึ่งถูกปลูกฝังถ่ายทอดสืบต่อกันมาตามวัฒนธรรม ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน กล่าวได้ว่า เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดและเป็นส่วนที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย ตีความ และวินิจฉัยเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก ในส่วนนี้ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวของผู้ป่วย 3) เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน การปฏิบัติการด้านสุขภาพอนามัยในระบบนี้หมายรวมถึงทางด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยา จะได้รับการจัดการโดยผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่เขาสัมพันธ์ด้วย ตามการรับรู้และประสบการณ์ มีการตีความเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยตามระบบความเชื่อและวัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอด โดยทางสังคม และวิถีการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติมา (บำเพ็ญ แสงชาติ, 2540) ซึ่งภายในระบบสามัญชนนี้ บุคคลจะประเมินและตัดสินใจจัดการกับการเจ็บป่วยโดยรักษาตนเองหรือปรึกษาหารือกันในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมก่อน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 ; Kleinman, 1980) ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนนั้น ได้รับการถ่ายทอดมาจากระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านและภาควิชาชีพ โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และวิธีการรักษาการรักษา ระหว่างระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนกับภาคพื้นบ้านและภาควิชาชีพ โดยสามัญชนเรียนรู้ที่จะรักษาโรคจากทั้งวิธีของแพทย์พื้นบ้านและวิชาชีพจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาซึ่งเขาเลือกวิธีการรักษาแบบนั้นๆ นอกจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสามัญชนกับแพทย์พื้นบ้าน และสามัญชนกับแพทย์ภาควิชาชีพแล้ว การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกันยังเกิดระหว่างบุคคลต่างๆที่อยู่ในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเอง ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลใดในชุมชนประสบความสำเร็จในการรักษาโรคกับหมอคนใดหรือวิธีการใด ก็มักจะเล่าสู่กันฟังในชุมชนและเมื่อผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกันก็จะได้รับการบอกเล่าและแนะนำให้ไปหา

หมอหรือใช้วิธีการรักษานั้นอีก หรือผู้ป่วยเองเมื่อเลือกรักษากับหมอแผนปัจจุบันหรือหมอพื้นบ้าน ก็ตาม ย่อมจะได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้และวิธีการรักษาในแบบนั้นๆ มากก็มักจะแนะนำต่อญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันต่อไป (พิมพ วัลย์ ปรีคาสวัสดิ์, 2530)

ระบบดูแลสุขภาพสามัญชนนี้มีความสำคัญและมีลักษณะเด่นอยู่ 2 ประการ คือ

1. เมื่อเกิดอาการผิดปกติ บุคคล ครอบครัว หรือ เครือข่ายทางสังคม จะเป็นบุคคลแรกที่ได้รับรู้และตีความอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้และตีความนี้จะนำไปตามระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านการอบรมทางสังคม บุคคลจะมีระบบความคิด ความรู้ ความเชื่อต่อสุขภาพไม่เฉพาะแต่ในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะมีกรอบความเชื่อในด้านส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การงดอาหารบางชนิดหรือการรับประทานอาหารพิเศษตามกาลวาระโอกาสต่างๆ การใช้สมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน การนวด การออกกำลังกาย การใช้ยาแผนตะวันตก ตลอดจนการรักษาด้วยสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น เครื่องรางของขลัง การสวดพิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น

2. ระบบความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยในส่วนของสามัญชนจะมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการหรือวิธีการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนในการรักษา คือ

2.1 บุคคลจะทำการตัดสินใจเริ่มทำการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเมื่อใด เช่น เมื่อเป็นหวัด บุคคลอาจรอดูอาการ 1-2 วัน เพื่อให้หายเอง แต่ถ้าวันที่ 3 ยังไม่หายเขาจะต้องทำการรักษา เป็นต้น

2.2 เมื่อบุคคลทำการตัดสินใจว่าทำการรักษาก็จะตัดสินใจต่อว่าจะทำการรักษาด้วยใคร วิธีการใด เช่น ความเจ็บป่วยลักษณะนี้ ซื้อยากินเองได้ หรือต้องไปหาผู้รักษา ซึ่งผู้รักษา จะหมายรวมถึงผู้รักษาแผนโบราณและผู้รักษาแผนปัจจุบัน

2.3 เมื่อบุคคลตัดสินใจเลือกผู้รักษานั้นแล้ว ระบบความรู้ ความเชื่อที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลจะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษาหรือไม่ เขาจะรักษากับผู้ที่เขาเลือกนานเท่าใด เมื่อใดที่เขาจะเปลี่ยนวิธีการรักษา และเมื่อตัดสินใจเปลี่ยนผู้ทำการรักษา เขาจะเลือกผู้รักษาคนใหม่อย่างไร

2.4 เมื่อทำการรักษาตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกแล้ว ระบบความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะให้เกณฑ์แก่บุคคลในการประเมินผลการรักษานั้นๆ

โดยสรุประบบการดูแลสุขภาพสามัญชน จึงมีความสำคัญ ไม่เพียงแต่เฉพาะเป็นแหล่งแรกที่รับรู้ความเจ็บป่วย และให้เกณฑ์แก่บุคคลในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะให้กรอบความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพด้วย กรอบความคิด

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระบบการดูแลสุขภาพสามัญชนนอกจากจะได้รับการถ่ายทอดผ่านกระบวนการอบรมขัดเกลาทางสังคมแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงโดยผ่านการแพร่กระจายและการผสมกลมกลืนกับกรอบความคิดในระบบการแพทย์พื้นบ้านและระบบการดูแลสุขภาพโดยทิมสุขภาพหรือการแพทย์สมัยใหม่ร่วมด้วย กรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพในส่วนสามัญชนจึงดูเหมือนไม่มีกฎเกณฑ์ หรือหลักการแน่นอน สามารถเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ข้อมูลต่างๆ บุคคลซึ่งเคยเป็นผู้ป่วยอาจเป็นบุคคลผู้ให้คำแนะนำในการรักษาความเจ็บป่วย และ โดยที่บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการรักษาทั้งจากระบบการแพทย์สมัยใหม่และระบบการแพทย์พื้นบ้าน วิธีการแก้ไขปัญห ความเจ็บป่วยจึงมีได้หลากหลายนับตั้งแต่การรับประทานอาหาร การใช้ยาสมัยใหม่ การใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือสมุนไพร เป็นต้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

จากระบบการดูแลสุขภาพในสังคมโดยที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยตามต้องการ หรือ ตามความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรมนั้น การเป็นระบบวัฒนธรรมทำให้ระบบการแพทย์เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เสื่อมสลายหรือพัฒนากว้างขวางขึ้น ทั้งจากกระบวนการของการผสมผสาน การหุบยืมตลอดจนด้วยอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอื่นๆในสังคม จึงได้เกิดระบบการแพทย์ที่เรียกว่า ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) การเกิดระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะเป็นปรากฏการณ์ที่สังคมหนึ่ง ๆ มีการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบ สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนทางวัฒนธรรมในเรื่องระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและวิธีการรักษาของสังคม และอาจกล่าวได้ว่าธรรมชาติของระบบการแพทย์ในทุกสังคมและของโลกทั้งหมดมีความเป็น พหุลักษณะ (pluralistic) (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) และข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ในทุกสังคมรวมทั้งสังคมไทยก็คือ ประชาชนนิยมระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะซึ่งประกอบด้วยการแพทย์หลายระบบที่ตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนแตกต่างกันออกไป (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535) ดังนั้นจึงพบว่ารูปธรรมในการรักษาพยาบาลของชาวบ้านที่พบกันอยู่ในปัจจุบันก็คือ การผสมผสานการแพทย์แบบพหุลักษณะ ในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองที่นอกเหนือไปจากการแพทย์สมัยใหม่อันได้แก่ ไสยศาสตร์ ความเชื่อในเรื่องผีต่าง ๆ รวมทั้ง โหราศาสตร์ เช่น การดูดวง ดูเคราะห์กรรม เป็นต้น และการแพทย์พื้นบ้าน เช่น ยาสมุนไพร ยาผีบอก ควบคู่กันไปโดยมิได้ถือว่าแนวทางบำบัดรักษาหลายประการเหล่านี้จะขัดแย้งกันแต่อย่างใด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

แนวคิดเกี่ยวกับพหุลักษณะของระบบการแพทย์นั้น มีความสำคัญทางวิชาการมากขึ้น เมื่อการแพทย์แผนตะวันตกได้รับความนิยมและแผ่ขยายอิทธิพลไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก ประสิทธิภาพที่เหนือกว่าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญทำให้การแพทย์

แบบวิทยาศาสตร์ได้รับความเชื่อมั่นว่าจะเป็นระบบการแพทย์ที่สำคัญที่สุด ทั้งในประเทศตะวันตก และประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย การพยายามที่จะประยุกต์เอาความรู้และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนการจัดรูปองค์กร การให้บริการทางการแพทย์แบบใหม่ ทำให้เกิดแนวคิดที่ทันสมัยใหม่ที่ว่า ระบบการแพทย์ (Medical system) หมายถึง เพียงแค่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งประกอบด้วยสถาบันโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล สมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกิจกรรมการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการต่าง ๆ ระบบการรักษาเยียวยาอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมเป็นส่วนที่อยู่ “นอก” ระบบการแพทย์ ซึ่งหากไม่ถูกละเลยก็มักจะถูกกว่าเป็นการแพทย์เถื่อน หรือแบบไสยศาสตร์ขาดความรู้ที่ถูกต้องทางวิชาการ ความพยายามที่จะขยายขอบเขต และปรับปรุงคุณภาพการบริการของการแพทย์ในระบบที่ให้ความหมายทางการแพทย์แผนใหม่ข้างต้น ได้ทำให้เกิดการปิดกั้นหรือควบคุมระบบการแพทย์นอกระบบ (irregular practices) อย่างเข้มงวด แต่ความพยายามที่จะสร้างระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ให้เป็นการแพทย์หลักเพียงระบบเดียวของสังคมนั้น ยังไม่เคยประสบผลสำเร็จ แม้ในประเทศอุตสาหกรรมตะวันตกซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของการแพทย์สมัยใหม่ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ก็ไม่อาจครอบคลุมคนในสังคมได้อย่างครบถ้วน ตรงกันข้ามยังมีรูปแบบและการใช้บริการตามความเชื่ออื่น ๆ เช่น โยคะ หรือฟอมนคหมอผี ปรากฏอยู่ไม่น้อย และหากรัฐบาลในประเทศตะวันตกเหล่านั้นยังพยายามยึดถือแนวทางเดิมคือ นำเอาการแพทย์แผนใหม่เข้าถึงคนในสังคมได้ทั้งหมด ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นก็มากมายจนเกินกว่าที่ประเทศเหล่านั้นจะรับได้ (Leslie , 1980 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ในประเทศที่กำลังพัฒนาก็เช่นกัน ต่างก็รับเอาการแพทย์สมัยใหม่เป็นระบบการแพทย์หลักของตน โดยที่ระบบการแพทย์ที่เคยมีอยู่เดิมในท้องถิ่นถูกละเลยหรือถูกจำกัดบทบาทลงไปมาก ทำให้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นระบบการแพทย์ที่เป็นทางราชการเพียงระบบเดียว ซึ่งทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ เนื่องจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างจำกัด เกิดปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายและที่สำคัญคือ ความไม่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมเดิมของท้องถิ่น การเสื่อมสลายไปของระบบการแพทย์เดิมในท้องถิ่นยิ่งทำให้ประชาชนในชนบทของประเทศเหล่านั้นต้องตกอยู่ในภาวะลำบาก ฟุ้งตัวเองไม่ได้ ซ้ำยังตกเป็นเหยื่อของหมอเถื่อนที่มาในรูปการแพทย์สมัยใหม่ เช่น หมอฉีดยา เป็นต้น (Banerji, 1984 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541)

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบกับบทเรียนของการพัฒนาระบบการแพทย์ในประเทศไทย(ซึ่งมีการผสมผสานและพัฒนาระบบการแพทย์แบบจีนให้เป็นส่วนสำคัญของระบบการแพทย์ของประเทศ)ได้ทำให้เกิดการเสนอแนวคิดในการทำความเข้าใจกับระบบการแพทย์ใหม่ให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามสังคมวิทยามากขึ้น โดยเฉพาะการเสนอแนวคิดวาระบบการแพทย์ทุกระบบสามารถที่จะมีโครงสร้างเป็นแบบ พหุลักษณะ (pluralistic structure) โดยมีระบบการแพทย์

แบบวิทยาศาสตร์ (Cosmopolitan Medicine) เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งดำรงอยู่ในลักษณะแข่งขัน (competitive) และเกื้อหนุน (complementary) กับระบบเชี่ยวชาญรักษาอื่น ๆ (alternative therapies) (Leslie, 1980 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในลักษณะนี้ทำให้เกิดแนวคิดใหม่ในการมองระบบการแพทย์ท้องถิ่น โดยพยายามใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านั้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาแล้วมีระบบการแพทย์ท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญ ในขณะที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เหมาะสมทั้งในเชิงเศรษฐกิจและวัฒนธรรมมากมาย (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541)

การเกิดระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ยังมีความหมายในเชิงแนวคิดทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์อีกด้วย การเกิดพหุลักษณะของระบบการแพทย์ในสังคมที่มีการแพทย์แผนตะวันตกเป็นระบบการแพทย์หลักหรือทางการ เป็นเครื่องแสดงถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดในเรื่องโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ที่แตกต่างกัน โรคเป็นความจริงทางชีววิทยา (biological reality) ขณะที่ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์และเป็นความจริงทางสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural reality) บุคคลอาจเป็นโรคได้โดยไม่แสดงความเจ็บป่วย ในขณะที่อาจเจ็บป่วยโดยไม่มีโรค ซึ่งโรคและความเจ็บป่วยในความหมายจะมีความแตกต่างกัน แต่ความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองกำหนดโดยวัฒนธรรม (culturally constructed) การแพทย์สมัยใหม่ประกอบขึ้นด้วยทฤษฎี เทคนิควิธีการและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาและรักษาโรค และหัวใจสำคัญของการทำงานของระบบการแพทย์ (Medical system) อยู่ที่การเป็นระบบสังคมที่ทำหน้าที่ให้ความหมาย (meaning) และกำหนดรูปแบบในการเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ยึดเอาโรค ซึ่งเป็นความจริงทางชีววิทยาเพียงส่วนเดียวเป็นหัวใจหลักในการทำงานจึงทำให้ระบบความสัมพันธ์ในการรักษาเยี่ยงยาละเลยส่วนที่เป็นบทบาททางด้านสัญลักษณ์และเศรษฐกิจการเมืองไป และเป็นเหตุให้คนหันไปแสวงหาแหล่งบริการอื่น ๆ ที่สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาความเจ็บป่วยได้ครบถ้วนมากกว่า การเกิดพหุลักษณะของระบบการแพทย์นี้จึงสะท้อนความบกพร่องของระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่ไม่อาจตอบสนองความเจ็บป่วยได้ครบถ้วน และละเลยความเป็นจริงที่สำคัญยิ่ง คือ ความเจ็บป่วยที่แท้จริงมิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยา หากแต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม ร่วมด้วย

จากแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ามีระบบการดูแลสุขภาพหลายระบบที่บุคคลใช้ในการดูแลสุขภาพ และมีลักษณะเป็นพหุลักษณะ ทำให้ประชาชนมีโอกาสเลือกสิ่งที่สอดคล้องกับระบบความคิด ความเชื่อของตนได้เพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละระบบการดูแลสุขภาพต่างก็มีข้อดีข้อจำกัด แม้ในปัจจุบันระบบการแพทย์สมัยใหม่จะเข้ามามีบทบาทอย่างมาก แต่ก็มุ่งรักษาโรค จนบางครั้งอาจละเลยความเป็นปัจเจกของบุคคลและอีกทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการ

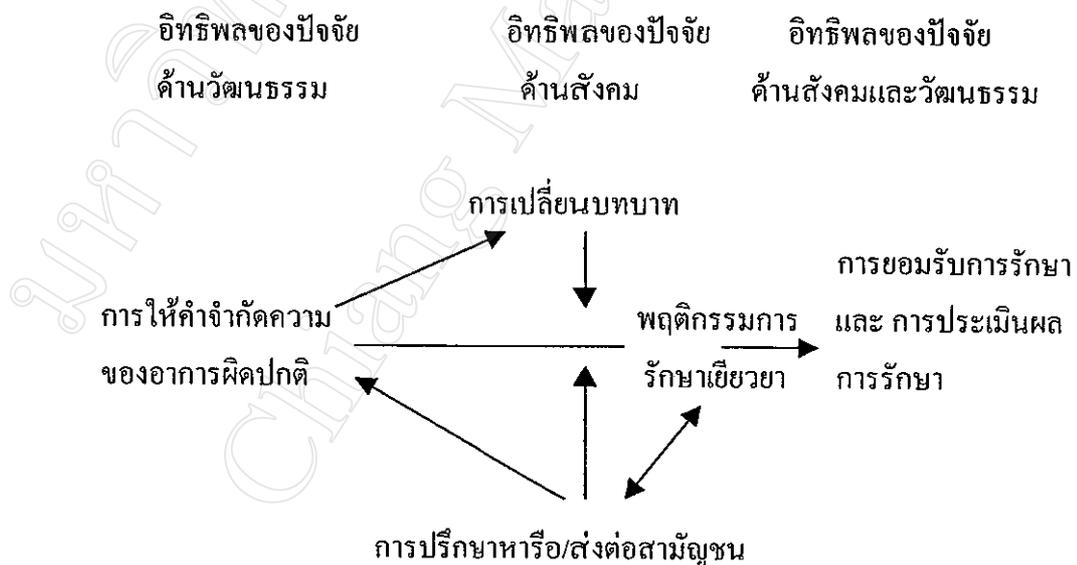
รักษาพยาบาลสูง ขณะเดียวกันระบบการแพทย์ของสามัญชนและการแพทย์พื้นบ้านที่มีความสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชนจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่า และถ้าพิจารณานโยบายในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ และรู้จักใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแล้ว จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ประชาชนเลือกใช้ระบบการแพทย์ของสามัญชนและระบบการแพทย์พื้นบ้านมีความเหมาะสมสามารถแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพได้ ดังนั้นการพัฒนาการสาธารณสุขจึงควรเน้นการผสมผสานระบบบริการสุขภาพทุกระบบไปพร้อม ๆ กัน

กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ (Health Seeking Process)

เมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการประเมินปัญหาซึ่งก็คือการให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้น (symptom definition) ซึ่งเมื่อรับรู้ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงในสภาวะทางสุขภาพบุคคลก็เริ่มที่จะตีความเกี่ยวกับอาการ โดยมักจะเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความหมายทางวัฒนธรรมที่เป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาและนำไปปรึกษากับบุคคลทั่วไป (lay consultation) ได้แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคคลในชุมชน เป็นการขอรับการยืนยันว่า บุคคลมีความเจ็บป่วยจริง และควรรับการรักษาด้วยวิธีใด มักเกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมที่มีการใช้ข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นและตัดสินใจให้กับสมาชิกกลุ่มของตน ซึ่งบุคคลจะมีการเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role-behavior shift) โดยบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา (treatment action) เป็นการรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาและ/หรือสังคมมีส่วนช่วยเหลือในการเลือกแหล่งที่ทำการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวทางการรักษาเป็นไปตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการรวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ขั้นตอนสุดท้ายคือ การยอมรับการรักษาและการประเมินผล (adherence and evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมร่วมกันประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลาว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นดีขึ้นหรือไม่ อย่างไรก็ตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วยนั้นอาจมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ได้อีกเมื่อได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (Chrisman & Kleinman, 1986)

คริสแมน (Chrisman & Kleinman, 1977 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนศิริ, 2541) ได้อธิบายว่า ปรัชญาของการรักษาเยียวยาเกิดขึ้นภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรมของผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย โดยการเจ็บป่วยของบุคคลในครั้งหนึ่งๆ กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) การประเมินปัญหาหรือการให้คำจำกัดความกับอาการผิดปกติ
- 2) พฤติกรรมการรักษาเยียวยาเพื่อการแก้ปัญหา
- 3) การประเมินผลพฤติกรรมการรักษาเยียวยาครั้งนั้น
- 4) การเปลี่ยนบทบาทซึ่งเป็นบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวันอันมีผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
- 5) การปรึกษาหารือกับสามัญชนคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย และมีคำแนะนำหรือการส่งต่อโดยสามัญชน หรือคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย



แผนภูมิที่ 1 แสดงแบบจำลอง “กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา” ของ คริสแมน (Chrisman, 1991)

ในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาไม่จำเป็นต้องหยุดอยู่เพียง 5 ขั้นตอนเท่านั้น (คูแผนภูมิที่ 1 ประกอบ) แต่ในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งสามารถมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ของกระบวนการทั้งหมดได้อีกเมื่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ด้วย ได้ข้อมูลเพิ่มเติม

1) ขั้นตอนการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับอาการผิดปกติ (symptom definition)

ขั้นตอนแรกของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ การให้ความหมายหรือคำจำกัดความต่ออาการผิดปกติว่าอาการเป็นการเจ็บป่วยหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างที่มาเยี่ยมเยียนจะประเมินว่าบุคคลนั้นป่วยหรือไม่ก็ตามความหมายทางวัฒนธรรม (cultural meaning) ที่บุคคลเหล่านั้นมีอยู่ต่อการอธิบายอาการผิดปกตินั้น ๆ ซึ่งได้มาจากกระบวนการสังคมกรรม (socialization) หรือกระบวนการอบรมถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ มาจากอดีต

ขั้นต่อไปผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะช่วยกันประเมินถึงสาเหตุของโรค (Disease etiology) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคจะมีบทบาทสำคัญในการอธิบายสาเหตุของโรค

นอกจากการประเมินถึงสาเหตุความเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างยังมีการประเมินอย่างหยาบๆว่าเป็นโรคอะไรเกี่ยวกับระบบอะไร ซึ่งเรียกว่าการจัดประเภทการเจ็บป่วย (illness category) โดยจะเป็นไปตามการสืบทอดในแต่ละสังคม ร่วมกับการใช้ประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีการประเมินว่าปวดท้องในลักษณะแน่นจุกเสียด จะประเมินโดยตนเองหรือมีผู้อื่นร่วมประเมินด้วย จากประสบการณ์ที่เรียนรู้มาว่าตนมีอาการปวดท้องเนื่องจากอาหารไม่ย่อย หรือจากการรับประทานอาหารบูด หรือเสีย เป็นต้น

ในสังคมอินเดีย มีการแบ่งประเภทของการเจ็บป่วยออกเป็น 1) โรคที่ผู้ป่วยเชื่อว่ารักษาหายได้ (curable disease หรือ self limiting illness) ซึ่งโรคพวกนี้ผู้ป่วยมักทำการรักษาเยียวยาเอง เช่น ไข้หวัด ปวดหัวตัวร้อน ซึ่งทำการรักษาเยียวยาแบบง่ายๆ ได้ ซึ่อย่าแก้ไขหวัดกินเอง 2) โรคที่ผู้ป่วยเชื่อว่ามิสาเหตุเฉพาะเจาะจง (fixed strategy disease) ซึ่งต้องรักษาด้วยเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เจาะจง เช่น ไข้ตั้งอักษะบ มะเร็ง ท้องร่วงอย่างแรง

ดังนั้น โดยสรุปการประเมินของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าผู้นั้นป่วยหรือไม่ เกี่ยวกับระบบอวัยวะใด และนำไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเจ็บป่วยตามความเชื่อนั้นล้วนเป็นปัจจัยเชื่อมโยงหรือกำหนดวิถีทางการเลือกวิธี/แหล่งการรักษาเยียวยาของบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งกระบวนการทั้งหมดมีอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านวัฒนธรรม

2) ขั้นตอนการปรึกษาหารือกับสามัญชน (lay consultation)

ภายหลังการตีความอาการผิดปกติแล้ว ขั้นตอนที่จะดำเนินต่อไปได้แก่การปรึกษากับบุคคลรอบข้างที่สัมพันธ์ด้วย กับเครือข่ายทางสังคม (social network) ของผู้ป่วย คริสแมนกล่าวว่า การเจ็บป่วยเกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ซึ่งจะต้องถูกจัดรูปแบบของการเจ็บป่วย พฤติกรรมใด ๆ ที่เกิดขึ้น ย่อมได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นภายในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เช่นเดียวกันกล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยประเมินแล้วว่าตนป่วยจะขอคำปรึกษาหารือจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง ซึ่งใช้คำว่า ระบบการส่งต่อแบบสามัญชน (lay referral system) ขณะที่นักมานุษยวิทยาใช้คำว่า เครือข่ายทางสังคมอันได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา นุ้ยย่า ตายาย เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง ๆ และช่วยประเมินว่าเป็นโรคอะไร มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากสิ่งใด และจะจัดการปัญหาเจ็บป่วยนั้นอย่างไร

3) ขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา (treatment action)

ขั้นตอนนี้สามารถแยกออกเป็น 2 ส่วน

3.1) แหล่งบริการรักษาเยียวยา ซึ่งแยกออกเป็น 1) แหล่งบริการที่เป็นทางการหรือโดยวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล 2) แหล่งบริการที่เป็นลักษณะกึ่งวิชาชีพ ได้แก่ เกษกร ผดุงครรภ์ 3) หมอพื้นบ้านต่าง ๆ เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอพระ 4) การปรึกษาหารือกับสามัญชนอื่น ๆ และ 5) การรักษาตนเอง

3.2) ชนิดของการรักษาเยียวยา ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน อาบน้ำอุ่น 2) การรักษาทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การกินยา 3) พฤติกรรมบนพื้นฐานของพิธีกรรมหรือการพุดคุย เช่น ไปหาหมอผี หรือจิตแพทย์ 4) การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การผ่าตัด เป็นต้น

การเลือกแหล่งบริการหรือชนิดของการรักษาเยียวยารับขึ้นกับการประเมินของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขาบนพื้นฐานของความต้องการ ซึ่งมาจากความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่เขารับรู้กับทรัพยากรที่มีอยู่ ดังนั้นการเจ็บป่วยในเด็กและคนชรา ซึ่งมักได้รับการมองว่ามีความรุนแรงสูง ก็มักเชื่อมโยงกับการเลือกแหล่งรักษาที่เป็นทางการมากกว่าการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

4) ขั้นตอนของการยอมรับการรักษาและการประเมินผล (adherence and evaluation)

บุคคลและเครือข่ายทางสังคมมีการประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์การประเมินผลดังนี้คือ

4.1 สภาวะของการมีสุขภาพอนามัยดีขึ้นกลับคืนมาหรือยัง

4.2 อาการผิดปกตินั้นทุเลาลง หรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมหรือไม่

4.3 การประเมินผลของผู้ป่วยบนพื้นฐานของลักษณะความสัมพันธ์และความผูกพันเอาใจใส่ของผู้ให้การรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีส่วนกำหนดให้ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขา ประเมินว่าจะยังคงรักษากับหมอผู้นั้นต่อไปหรือไม่

แนวความคิดของ คริสแมน ในการนำเสนอแบบจำลอง “กระบวนการแสวงหารักษาเยียวยา” แม้ไม่ได้เจาะจงที่จะอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรงแต่ก็ได้ชี้ให้เห็นถึงปรากฏการณ์ของกระบวนการรักษาเยียวยาว่าเกิดขึ้นภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรมของผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยเองและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยในลักษณะอย่างใดบ้าง ตั้งแต่กระบวนการของการประเมินอาการผิดปกติจนกระทั่งถึงการประเมินผลการรักษาและการสิ้นสุดของความเจ็บป่วยหรือการรักษา ซึ่งแนวคิดทั้งหมดดังกล่าวมีนัยอย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อไป เนื่องจากแนวความคิดของเขาย้ำให้เห็นอย่างเด่นชัดว่ากระบวนการแสวงหารักษาเยียวยา ถูกปฏิบัติอยู่ภายใต้บทบาทของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

นอกจากนั้น คริสแมน ยังเสนอแนวคิดที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดการเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาเยียวยา ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าทางเลือกของการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถเกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของการประเมินของผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคมของเขาในเรื่องความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่รับรู้กับทรัพยากรที่มีอยู่ แล้วประเมินถึงสาเหตุของโรคและจัดประเภทของการเจ็บป่วย ตลอดจนจนถึงขั้นของการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งปัจจัยในเรื่องความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่รับรู้และทรัพยากรที่มีอยู่มีส่วนสร้างอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกดังกล่าว

จากกระบวนการแสวงหารักษาสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พฤติกรรมการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของพฤติกรรมรักษาเยียวยา และ ขั้นตอนของการยอมรับการรักษาและการประเมินผลการรักษา จึงเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการแสวงหารักษาสุขภาพจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ความแตกต่างของแนวคิดการเกิดโรคและแนวคิดความเจ็บป่วย แนวคิดเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพ และกระบวนการ

แสวงหาการดูแลสุขภาพ ทำให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างการอธิบายความเจ็บป่วยตามทัศนคติทางการแพทย์และทัศนคติของผู้ป่วยซึ่งเป็นระบบวิธีคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมของความร่วมมือในการรักษาซึ่งได้ผ่านกระบวนการคิด ตีความ ไตร่ตรอง แล้วประเมินและตัดสินใจว่า บุคคลควรจะมีพฤติกรรมอย่างไรตามความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ประกอบกันซึ่งผู้ให้บริการทางสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึง ถ้าหากผู้ให้บริการทางสุขภาพมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของเหตุผลในการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้รับบริการแล้วทั้งนี้ย่อมนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผน แก้ไขปัญหา เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ช่วยพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเพื่อลดหรือป้องกันความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงที่จะตามมา