

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจถือเป็นปัญหาทางสุขภาพ ที่วงการสาธารณสุขทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว ต่างให้ความสนใจกันอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตาย อันดับหนึ่งหรือในอันดับต้นๆ และมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Fleury, 1992; Czar & Engler, 1997) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1996 พบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.1 ล้านคนต่อปี และยังมีความชุกสูงถึง 12.0 ล้านคน (American Heart Association, 1996) ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการเกิดโรคที่สูงมาก สำหรับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดหนึ่งยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา (Arnold & Jairath, 1998) พบว่าผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 24 และผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 42 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังจากเริ่มมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (American Heart Association, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 5 ล้านคนที่มาแผนกฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในจำนวนนี้มี 2 ล้านคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและจำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (Kirk, Turnipseed, Lewis, & Amsterdam, 1998)

สำหรับประเทศไทย นับแต่ได้ทำการสำรวจอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 จนถึงปี พ.ศ. 2534 ในประชากรหลายกลุ่ม พบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้นจาก 4.5 คนต่อประชากร 1,000 คนในปี พ.ศ. 2519 เป็น 19 คนต่อประชากร 1,000 คนในปี พ.ศ. 2528 และเพิ่มมากขึ้นเป็น 36 คนต่อประชากร 1,000 คนในปี พ.ศ. 2534 (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, วิเชียร ทองแดง, เกียรติชัย ภูมิปัญญา, ปิยะมิตร ศรีธรา, ถาวร สุทธิไชยากุล, และประสาธน์ เหล่าถาวร, 2541) นอกจากนี้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2534-2540) รายงานว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และอัตราการตายนี้สูงเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 58.5 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2536 เป็น 62.5 , 69.2 และ 77.4 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2537 2538 และ 2539 ตามลำดับ แต่ในปี พ.ศ. 2540 มีอัตราการลดลงเป็น 72.1 คนต่อประชากรแสนคน สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งมีศูนย์โรคหัวใจที่เป็นแหล่งรองรับผู้ป่วยโรคหัวใจในเขต

ภาคเหนือและเป็นแหล่งที่จัดได้ว่ามีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยร่วมกับมีแพทย์เฉพาะทางที่มีความสามารถในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ พบว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มจาก 15.1 คนต่อจำนวนผู้ป่วย 1,000 คนที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดในปี พ.ศ. 2538 เป็น 15.8 คนต่อจำนวนผู้ป่วย 1,000 คนในปี พ.ศ. 2539 และ 16.4 คนต่อจำนวนผู้ป่วย 1,000 คนในปี พ.ศ. 2540 แต่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงจาก ร้อยละ 22.3 เป็น 13.7 และ 12.9 ในปี พ.ศ. 2538, 2539 และ 2540 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2538-2540) ซึ่งทั้งนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการรักษา

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีอัตราการตายที่ลดลงซึ่งอาจเป็นผลมาจากความก้าวหน้าและการใช้วิทยาการสมัยใหม่เข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลรักษา แต่ในขณะเดียวกันจำนวนของผู้ป่วยกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ, 2541) โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา การเพิ่มอัตราป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้มีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นี้เพิ่มมากขึ้นทั้งจากการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (World Health Organization, 1998) ส่วนประเทศไทยที่เป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาและมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมากในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบเกษตรกรรมสู่ระบบอุตสาหกรรม ทำให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีการปรับเปลี่ยนและมีการแข่งขันกันมากขึ้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2534 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าว ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงมีร้อยละ 5.4 ภาวะไขมันในเลือดสูงมีร้อยละ 11.3 ภาวะเบาหวานมีร้อยละ 2.3 การสูบบุหรี่มีร้อยละ 20.6 และภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจนถึงภาวะอ้วนมีร้อยละ 20.8 นอกจากนี้ยังมีความเครียดจากการแข่งขันในสังคมที่สูงกว่าสมัยก่อนอีกด้วย (อมรรัตน์ โพธิ์พรรค, 2540) ซึ่งถ้าหากภาวะต่างๆเหล่านี้ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนแก้ไขย่อมทำให้โรคทวีความรุนแรงขึ้นหรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย (Fleury, 1992)

ผลกระทบจากการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น พบว่าในระดับบุคคลทำให้มีสมรรถภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ได้รับความทุกข์ทรมานหรือไม่สุขสบายจากการมีอาการเจ็บหน้าอก (Bennett, 1992) ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีความรู้สึกต้องพึ่งพาคือคนอื่นทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความเครียด

วิตกกังวลและซึมเศร้าได้ในที่สุด (Martensson, Karlsson, & Fridlund, 1997; Griego, 1993) นอกจากนี้ยังส่งผลให้การใช้เวลาและมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมลดน้อยลง เกรงว่าตนเองจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น สูญเสียในด้านบทบาทการทำหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคม (จริยา ตันติธรรม, 2536; Griego, 1993) และการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสียด้านการงาน จากการมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ สูญเสียรายได้ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาจำนวนมาก รวมถึงการเสียค่าใช้จ่ายในการใช้เทคนิคพิเศษที่ทันสมัยในการวินิจฉัยและรักษาโรค ทำให้ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจ (จริยา ตันติธรรม, 2536; Bennett, 1992) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการของโรคกลับเป็นซ้ำ หากยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นอีก 10-13 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Tatum, et al., 1997)

เพื่อลดผลกระทบและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งแนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด ลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจและให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอตลอดเวลา (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์ และคณะ, 2537) โดยมีการรักษาด้วยการใช้ยา เพื่อควบคุมอาการของโรค ทำให้อาการทุเลาลงหรือสงบ มักจะใช้ในกรณีที่มีการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจไม่มากนัก (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536) หากการรักษาไม่ได้ผล หรือมีการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจอย่างรุนแรง แพทย์อาจให้การรักษาด้วยวิธีการใส่สายเข้าไปขยายหลอดเลือดหรือการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) หรือการรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) และในปัจจุบันมีวิธีการรักษาโดยใช้โครงตาข่ายมาใส่ในหลอดเลือดหัวใจ (coronary stent) เพื่อใช้ค้ำยันผนังหลอดเลือดส่วนที่ตีบแคบให้ขยายใหญ่ขึ้นและใช้ในกรณีที่มีการหดกลับของผนังหลอดเลือดภายหลังทำการขยายด้วยบอลลูน (Schaer, 1995)

จะเห็นได้ว่าแนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มีการพัฒนาให้ก้าวหน้าทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการใช้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ในการรักษาเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างสูง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ทำให้ภาวะสุขภาพรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Bliley & Ferrans, 1993; กุสุมา กุรวัดณสัทธ, 2539) แต่จากแนวทางการรักษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 20-55

ยังคงมีโอกาสของการเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำภายหลังการรักษา ซึ่งเป็นเหตุให้มีอาการของโรคกลับเป็นซ้ำได้อีก (Califf, 1995) และในผู้ป่วยที่ทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ยังมีโอกาสการเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำถึงร้อยละ 30-50 ภายในระยะเวลาเฉลี่ย 6 เดือน (Grienes, 1996) ส่วนในประเทศไทยมีการสำรวจเฉพาะอัตราการกลับเป็นซ้ำหลังทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนพบร้อยละ 20-30 (สมชาติ สุพันธุ์วิช, 2540) จากการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาด้วยวิธีการเดิมหรือได้รับแนวทางการรักษาใหม่เพื่อลดความรุนแรงและมีชีวิตอยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ยาวนานที่สุด จึงทำให้ต้องสูญเสียหรือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Califf, 1995)

นอกจากการควบคุมและป้องกันการดำเนินของโรคไม่ให้มีความรุนแรงมากขึ้นหรือลดโอกาสของการเกิดอาการของโรคซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรักษา ทั้งในด้านารรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรม การควบคุมและการจัดการกับอาการและความเครียด (Turton, 1998) แต่จากการศึกษาของแมคมาฮอน และคณะ (MaMahon, et al., 1986) ที่ทำการศึกษาสถานการณ์ชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีความตั้งใจอย่างมากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล ที่บ้าน ที่ทำงาน แต่การปฏิบัติจริงในช่วง 6-9 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลปฏิบัติได้น้อยกว่าความตั้งใจ ซึ่งในงานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้การปฏิบัติได้น้อยกว่าความตั้งใจ และจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับการดำเนินชีวิตได้ตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์หรือตามแบบแผนที่บุคลากรทางสุขภาพกำหนดให้ได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว แต่สามารถปฏิบัติได้เฉพาะในช่วงแรกของการพักฟื้นหรืออย่างมากที่สุดเพียง 3 เดือนเท่านั้น (Miller, Wikoff, McMahon, Garrett, & Ringel, 1989; Miller, Wikoff, Garrett, McMahon, & Smith, 1990) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้คำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์หรือตามแบบแผนที่บุคลากรทางสุขภาพกำหนดอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเชิงชีวการแพทย์ (biomedical) โดยไม่ได้คำนึงถึงระบบความคิดความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Chrisman, 1990) ซึ่งผู้ป่วยจะมีวัฒนธรรมความเชื่อและความคิดเห็นต่อความเจ็บป่วยที่อาจจะแตกต่างจากแนวคิดทางชีวการแพทย์ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536) ในบางครั้งจึงอาจเป็นการยากที่จะให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่เคยปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานานได้สำเร็จและต่อเนื่อง

การวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยการให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นในบางกรณีจำเป็นที่จะต้องให้มีความสอดคล้องกับระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย การที่จะทำได้มาซึ่งทัศนคติที่เป็นมุมมองของผู้ป่วย (emic view) จำเป็นจะต้องประยุกต์การ

ศึกษาวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจะทำให้ได้มุมมองที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ที่ซับซ้อนและลึกซึ้งมากขึ้น (Holloway & Wheeler, 1996) เข้าใจถึงระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการให้ความหมายและพฤติกรรมในการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้และการจัดการกับความเจ็บป่วยของชนกลุ่มใดๆขึ้นอยู่กับ การอธิบายความเจ็บป่วยของบุคคลตามเหตุผลตามความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในสังคมและวัฒนธรรมของชนกลุ่มนั้นๆ โดยสังคมจะมีบรรทัดฐานในการกำหนดพฤติกรรม แนวคิดเกี่ยวกับการเลือกและการประเมินผลการรักษา (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978)

จากการที่พฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคลเป็นพฤติกรรมในลักษณะที่สะท้อนถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤติการณ์ของชีวิตที่มนุษย์กำลังเผชิญอยู่ โดยมีการแสดงออกที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรมของตนเอง (Mechanic, 1968 อ้างใน อมรรัตน์รัตนสิริ, 2541) ดังนั้นการอธิบายความเจ็บป่วยของบุคคลในแต่ละสังคมย่อมมีมุมมองที่แตกต่างกันออกไปตามความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สั่งสมหรือถ่ายทอดกันมา ดังเช่นการอธิบายเกี่ยวกับการป่วยไข้ (sickness) ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีความแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการป่วยไข้คือการเจ็บป่วย (illness) ที่เป็นการประสพกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองและในการทำหน้าที่ทางสังคม (Chrisman & Kleinman, 1986) หรือเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงปฏิกิริยาของบุคคล กลุ่มบุคคลและวัฒนธรรมต่อโรคหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้น (Mauksch & Roesler, 1990) ส่วนในทางการแพทย์รับรู้ว่าการป่วยไข้คือการเป็นโรค (disease) หมายถึงความผิดปกติในโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะและระบบของร่างกาย ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษา (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978)

นอกจากนี้เมื่อบุคคลเริ่มตระหนักถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะมีการตีความมีการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เริ่มแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งมีเพียงร้อยละ 10-30 เท่านั้นที่จะรับความช่วยเหลือหรือรักษากับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพที่อยู่ในระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (professional sector) (Chrisman, 1990) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการแพทย์แผนปัจจุบัน มีจุดเน้นหรือเป้าหมายที่คำนึงถึงการกำจัดโรค โดยมุ่งค้นหาสาเหตุหรือต้นเหตุของโรคในด้านกายภาพ เช่น การค้นหาเชื้อโรคหรือความผิดปกติในร่างกาย แต่คำนึงถึงองค์ประกอบในด้านสภาพแวดล้อมหรือสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นส่วนน้อย (พระเทพเวที, 2533) ดังนั้นระบบการดูแลสุขภาพที่สำคัญที่ผู้ป่วยคำนึงถึงเป็นอันดับแรกจึงอยู่ที่ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk sector) เช่น ผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (religious practitioner) หรือผู้เชี่ยวชาญนอกศาสนา (heterodox healers) และระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน (popular sector) เช่น การรักษาตนเอง

(self-treat) การดูแลจากครอบครัว (family care) การช่วยเหลือภายในกลุ่มของตน (self-help group) เป็นต้น (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978) ซึ่งเป็นกลุ่มที่สำคัญในการกำหนดระบบความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความเข้าใจในตัวผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 70-90 เข้าถึงระบบดูแลสุขภาพภาคสามัญชนและภาคพื้นบ้านมากกว่าภาควิชาชีพ (Chrisman, 1991)

หากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มหนึ่ง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นผู้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ไม่ได้ทำความเข้าใจในระบบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมไปถึงระบบการดูแลสุขภาพในสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย จะทำให้เกิดช่องว่างในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน นำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการดูแลรักษา ไม่รวมมือในการปฏิบัติตามการรักษา หรือเกิดความไม่พึงพอใจในการดูแล (Salimbene, 1999) ดังนั้นการอาศัยรูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วย จึงมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความหมายของผู้ป่วยและสังคมที่มีต่อความป่วยไข้ของตนเอง ความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกับสิ่งที่แพทย์จะกระทำ และเป้าหมายของการบำบัดรักษา (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978) ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเชื่อวัฒนธรรมทางสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อประสบการณ์และการกระทำของผู้ป่วย สามารถเข้าใจถึงกลไกและวางแผนการรักษาความเจ็บป่วยให้เหมาะสมตามพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (McSweeney, Allen, & Mayo, 1997) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเองย่อมต้องเกิดการเรียนรู้ มีประสบการณ์และสร้างวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยตามอิทธิพลที่ได้รับจากประสบการณ์ในอดีตหรืออิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม สังคมวัฒนธรรมรอบข้างของผู้ป่วย

ในการศึกษาของอูมา จันทวิเศษ (2539) ที่ศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ โดยอาศัยรูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พบว่าผู้ป่วยได้อธิบายลักษณะของโรคว่าเป็นการมีแผลที่หัวใจ หัวใจพิการ หัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและป้องกันได้ และในการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยได้ให้ความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตว่าเป็นโรคร้ายแรงและน่ากลัว อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว จะทำให้หายใจไม่ออกและไม่มีความแข็งแรง อาจทำให้ตายได้ง่าย เมื่ออาการเจ็บป่วยหายไปให้ความ

หมายว่า เป็นโรคที่รักษาให้หายขาด และให้ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำเนินชีวิตว่าเป็นโรคที่รักษายาก ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่มีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานที่ระบุว่าความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรมนั้นจะทำให้มีการรับรู้หรือมีแนวความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ซึ่งเวเนเกอร์ (Wenger, 1993) ได้กล่าวไว้ว่าอาการของโรคทั้งหมดนั้นมีความหมายทางวัฒนธรรม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้รับรู้อาการที่ผิดปกติด้วยตนเองจึงให้ความหมายที่เป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของตนเอง โดยสะท้อนถึงพฤติกรรมที่มีความเป็นบุคคลของพวกเขาเองและสะท้อนถึงความเชื่อและคุณค่าทางวัฒนธรรมนั้นๆ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรมของสังคมไทย ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันของไทย (ปรีชา อุปโยคิน, 2533) ทำให้การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความโน้มเอียงหรือเป็นไปตามแนวคิดทางชีวการแพทย์

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือซึ่งมีลักษณะของภูมิภาคและวัฒนธรรมแตกต่างจากภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร่วมกับมีภาษาท้องถิ่นเป็นของตนเองและภาษาเขียนดั้งเดิมที่เป็นอักษรภาษาไทยล้านนา (สนิท สมัครการ, 2534) และยังมีวัฒนธรรมความเชื่อทางด้านความเจ็บป่วยว่าเกิดจากผีทำ หรือเป็นผลมาจากอำนาจของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่งที่มีผลเข้ามากระทำกับตนเอง ดังนั้นวิธีการบำบัดจึงเกี่ยวข้องกับการทำพิธีส่งผีหรือทำเครื่องพิธีเช่นไหว้ผี หรือในบางกรณีต้องทำพิธีไล่ ตัด ขับ หรือข่มทำให้ผีกลัวจนต้องออกจากร่างหรือหยุดการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น (ฉลาดชาย รมิตานนท์ และอนันท์ กาญจนพันธุ์, 2534) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลได้อาศัยความเชื่อเหล่านี้เป็นสิ่งที่ปกป้องคุ้มครองตนเอง และเป็นพลังในการจูงใจให้เห็นคุณค่าหรือความหมายของสิ่งรอบตัว (สิทธิ บุตรอินทร์, 2534) ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าการมีแบบแผนการดำเนินชีวิต ภาษา ความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะที่แตกต่างกันนั้นจะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบความคิดความเชื่อที่มีผลต่อการให้ความหมายและพฤติกรรมในการจัดการกับความเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือขึ้น และได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแนวทางการศึกษา เพื่อให้ได้มาซึ่งทัศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรู้และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย

## คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างไร
2. ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างไร

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ไม่จำกัดเพศและระดับการศึกษา มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่นอนพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยกึ่งผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด (sub CCU) หรือหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง (ห้องตรวจเบอร์ 22) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่