บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย

- ความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย
- รูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วย
- ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย

- แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย
- กระบวนการแสวงหาทางสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย

ความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย (Disease-Illness Distinction)

ความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคนโดยสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ ทุกสังคม โดยที่ระบบความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุและผลของการเกิดความเจ็บป่วยเป็นไปตามพื้นฐาน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ซึ่งบุคคลที่มาจากเผ่าพันธ์หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีมุมมองหรือทัศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้หรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ (Lea, 1994) ดังนั้นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใดก็ตามย่อมมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น การอธิบายตามมุมมองภายนอก (etic view) และการอธิบายตามมุมมองภายใน (emic view) ซึ่งการอธิบายตามมุมมองภายนอกหรือมุมมองจากคนนอก (outsider's perspective) เป็นมุมมองหรือการอธิบายจากบุคคลที่ไม่ได้รับประสบการณ์ต่างๆโดยตรงหรือเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระบบความคิดความเชื่อ โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพ ส่วนการอธิบายตาม

มุมมองภายในหรือมุมมองจากคนใน (insider's perspective) เป็นการอธิบายจากบุคคลที่ได้รับประสบการณ์โดยตรง เป็นมุมมองตามพื้นบ้าน (the native's view) ที่สะท้อนถึงภาษา ความเชื่อและประสบการณ์ตามกลุ่มวัฒนธรรมของตนเอง (Streubert & Carpenter, 1995) ซึ่งมุมมองจากคนในนี้จะมีส่วนช่วยในการค้นหาความรู้เชิงเหตุผลว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงมีการปฏิบัติเช่นนั้น โดยเป็นการอธิบายเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากจุดที่เป็นมุมมองของสมาชิกในวัฒนธรรมนั้นๆ (Holloway & Wheeler, 1996)

ถ้าพิจารณาการอธิบายความป่วยไข้ (sickness) ตามมุมมองของบุคคลภายนอกที่ไม่ได้มีปรากฏการณ์การป่วยไข้โดยตรง ดังเช่น บุคลากรทางสุขภาพ ที่มักจะมีมุมมองในเชิงชีวการแพทย์ (Chrisman, 1991) โดยมองความป่วยไข้ว่าเป็น "โรค" (disease) หมายถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่หรือการปรับตัวทางชีววิทยาหรือจิตสรีรวิทยาของบุคคล (Germain, 1982) เป็นความเบี่ยงเบนจากมาตรฐานการวัดตัวแปรทางชีววิทยา โรคแต่ละโรคได้ถูกสันนิษฐานว่ามีสาเหตุและมีลักษณะเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันไป โรคจึงกลายเป็นสิ่งที่แสดงให้ปรากฏออกมาภายนอกและได้ถูกแยกออกจากบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Parry, 1984) โรคสามารถวินิจฉัยได้ โดยผ่านกระบวนการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ซึ่งเป็นการตรวจสอบทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องในเชิงทฤษฎี เพื่อทำการจัดระดับหรือจัดประเภทของโรคต่างๆตามระบบ (Germain, 1992) เหตุที่ทำให้มองความป่วยไข้ว่าเป็นโรคอาจเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาและการปฏิบัติโดยการถ่ายทอดแนวความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับหลักทางชีวการแพทย์ มุ่งเน้นการรักษาและวินิจฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ จึงทำให้มีการอธิบายความป่วยไข้ตามทัศนะของคนนอกดังกล่าว (Leininger, 1981)

ส่วนการอธิบายความป่วยไข้ตามมุมมองภายในนั้น เป็นการอธิบายในทัศนะของผู้ป่วยที่มีมุมมองตามวัฒนธรรม (Chrisman, 1991) โดยมองความป่วยไข้ว่าเป็น "ความเจ็บป่วย" (illness) ที่เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือภาระกิจของตนเองตามปกติได้เต็มที่ โดยที่บุคคลอาศัยการรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นตัวตัดสิน ซึ่งอาจจะตัดสินด้วยตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย (มัลลิกา มัติโก, 2530) ความป่วยไข้ หมายถึงการประสบกับความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือความผิดปกติทางจิตสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นภายในบุคคล กลุ่มบุคคล และมีมิติทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี (Germain, 1992) ซึ่งความเจ็บป่วยเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงปฏิกิริยาของบุคคล กลุ่มบุคคลและวัฒนธรรมต่อโรคหรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Mauksch & Roesler, 1990) จะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้นๆต่อความรู้สึก

ไม่สุขสบาย ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับโรคหรือไม่ก็ได้ บุคคลบางคนอาจจะมีโรคเกิดขึ้นโดยปราศจากความรู้สึกเจ็บป่วยหรืออาจจะรู้สึกเจ็บป่วยโดยไม่พบว่ามีโรค ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 ที่มาพบแพทย์มักจะปราศจากปัญหาทางชีววิทยา (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978)

ความแตกต่างในการให้ทัศนะเกี่ยวกับความป่วยไข้ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพทำให้เกิดช่องว่างในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลหรือการบำบัดรักษา เป็นผลให้การเข้าไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความล่าช้า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดความไม่พึงพอใจ มีการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและได้รับการดูแลที่ไม่ดี (Germain, 1982) เนื่องจากในทางการแพทย์นั้นจะทำการวิเคราะห์เพื่อรักษาโรคไม่ใช่รักษาความเจ็บป่วย จึงทำให้การบำบัดรักษาไม่ได้ครอบคลุมถึงความต้องการของผู้ป่วยและการบำบัดรักษานี้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย ยกตัวอย่างเช่นถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวมองว่า ความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงน้อยกว่าตามมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยไม่ติดตามผลการรักษาต่อ หรือถ้าบุคลากรทางสุขภาพต้องการให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแบบแผนการปฏิบัติตัว ที่อาจส่งผลทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ ก็จะทำให้พฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยรวมทั้งความคิดเห็นของครอบครัวตามมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าหากบุคลากรทางสุขภาพสามารถทำความเข้าใจในโลกทัศน์ของผู้ป่วย จะช่วยให้การช่วยเหลือหรือการให้คำแนะนำนั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาต่อไป (Mauksch & Roesler, 1990)

สำหรับการอธิบายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ในทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพมองว่าเป็นภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเป็นระยะเวลานาน จนทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและตายในที่สุด โดยอาจมีสาเหตุมาจากการสะสมของไขมันและการเกิดการทำลายของผนังด้านในหลอดเลือดแดงโคโรนารี รวมทั้งมีไฟบรินและเกล็ดเลือดรวมตัวกันทำให้ผนังหลอดเลือดมีการหนาตัวและหลอดเลือดแดงตีบแคบลง (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ส่วนการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในทัศนะของผู้ป่วยนั้นในการศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายของอุมา จันทวิเศษ (2539) ได้สรุปการอธิบายลักษณะของโรคตามการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยไว้ 5 ประการ คือ หัวใจเป็นแผล หัวใจพิการ หัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่รุนแรง และเป็นโรคที่ป้องกันได้ ส่วนการศึกษาของชวนพิศ ทำนอง (2541) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอกในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง แสดงความหมายที่สะท้อนถึง

ความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตว่า เป็นโรคร้ายแรงและน่ากลัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออกและไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่าย เมื่ออาการเจ็บป่วยหายไปให้ความหมายว่า เป็นโรคที่รักษาให้หายขาด และให้ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำเนินชีวิตว่า เป็นโรคที่รักษายาก

จะเห็นได้ว่าในการอธิบายถึงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น บุคลากรทางสุขภาพได้อธิบายในลักษณะของความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยา ส่วนผู้ป่วยได้อธิบายถึงความป่วยไข้ตามความรู้สึกที่รับรู้และเข้าใจในสถานการณ์หรืออาการที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ตามประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนเองได้รับ ซึ่งทัศนะหรือความคิดเห็นที่มีความแตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากบุคคลได้รับอิทธิพลทางระบบความคิดความเชื่อมาจากวัฒนธรรมประเพณีในเผ่าพันธุ์ของตน ดังนั้นการอธิบายความเจ็บป่วยจึงมีมิติทางสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้การอธิบายความป่วยไข้มีความแตกต่างไปจากการอธิบายตามทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพ (Kleinman, 1978)

รูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วย (The Explanatory Model of Illness)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นรูปแบบทางวัฒนธรรมในความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ มีประสบการณ์และจัดการกับโรคหรือการบาดเจ็บ ได้อาศัยพื้นฐานการอธิบายประสบการณ์ของตนตาม "รูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วย" (the explanatory model of illness) (Kleinman, 1978) ซึ่งจะช่วยให้ได้ความรู้พื้นฐานที่มาจากวัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล โดยสะท้อนถึงวัฒนธรรมในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการให้ความหมายความเจ็บป่วย ทำให้เข้าใจในระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการตีความของบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในระบบดูแลสุขภาพ (McSweeney, Allan, & Mayo, 1997)

การทำความเข้าใจในตัวบุคคล ครอบครัว สังคม และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นในการให้การดูแลช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ดี ซึ่งสิ่งสำคัญคือการทำความเข้าใจในหลักการดูแลที่มีความรู้สึกไวต่อวัฒนธรรม (culture-sensitive care) เพื่อให้บริการการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและสอดคล้องกับระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการค้นหาความรู้ (knowledge) เป็นสิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมไปถึงพฤติกรรมต่างๆของบุคคล โดยทำการศึกษาในจุดที่เป็นวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทั้งวิธีการคิดความเชื่อและการกระทำภายใต้บริบททางวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวผู้ป่วย ซึ่งความรู้นี้สามารถสืบค้นได้จากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงานและการสืบค้น

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจในโลกทัศน์ของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้นและในบางครั้งความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่ได้มานั้นอาจมีข้อขัดแย้งหรือไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพ แต่การเปิดใจยอมรับในทัศนคติและโลกทัศน์ของผู้ป่วย หรือการแสดงถึงการเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect) ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำความเข้าใจในความเป็นพลวัตรที่แตกต่าง (dynamics of difference) เข้าใจถึงแก่นแท้ของการดูแลตามวัฒนธรรม ซึ่งการเคารพซึ่งกันและกันเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรยึดถือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการยอมรับและส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ เข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมมากขึ้น และวิธีการต่อรอง (negotiation) เป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้เพื่อค้นหาทางออกระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ และเป็นการปรับแนวทางการปฏิบัติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้มีความสอดคล้องกัน นั่นคือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติให้มีความสอดคล้องกับความต้องการตามมุมมองทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสิ่งที่ได้ให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาต่อไป (Mauksch & Roesler, 1990; Chrisman, 1990, 1991)

การดูแลที่มีความรู้สึกไวต่อวัฒนธรรม ถือเป็นข้อกำหนดในการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบของการอธิบายความเจ็บป่วยมีส่วนช่วยทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นความคิดความรู้สึกตามมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยสร้างข้อคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ตามรูปแบบของการอธิบายเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของโรค (etiology) อาการเริ่มแรก (onset of symptoms) พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) ระยะเวลาของความเจ็บป่วย (course of illness) และการรักษา (treatment) (Chrisman, 1990) นอกจากนี้รูปแบบการอธิบายของผู้ป่วยยังเป็นการแสดงถึงจุดที่มีความเห็นพ้องกันและจุดที่ขัดแย้งกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการทางคลินิกและผลลัพธ์ของการดูแลทางสุขภาพ จะช่วยให้ทราบถึงแหล่งที่มีอิทธิพลกับชีวิตผู้ป่วย เข้าใจในระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมมากขึ้น สามารถเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Mauksch & Roesler, 1990) ซึ่งความเข้าใจในเรื่องความเจ็บป่วยมีประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับสิ่งที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันที่มีความสำคัญสำหรับการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Chrisman, 1991)

จากกรณีศึกษาที่ไคลน์แมน, อีซ์เซนเบริก, และกู๊ด (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978) ได้ยกตัวอย่างไว้เพื่อชี้ให้เห็นความแตกต่างในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและแพทย์ โดยกรณีศึกษาเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยอายุ 38 ปี ที่มีอาการเจ็บหน้าอกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) แต่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับการ

วินิจฉัยนี้และได้ยืนยันว่าแพทย์ประจำตัวเขาบอกว่าเขามีลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด เมื่อใช้รูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วยในการค้นหาความหมายเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก ทำให้เข้าใจในความคิดความเชื่อของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเชื่อว่าอาการเจ็บหน้าอกนั้นเป็นสัญลักษณ์ของการสิ้นสุดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่กระตือรือล้นและเริ่มมีความรู้สึกไม่มั่นคง ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ยอมรับการวินิจฉัยโรค เมื่อแพทย์ทราบถึงแนวคิดของผู้ป่วยจึงได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและความรู้สึกกลัวของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ป่วยก็เริ่มยอมรับว่าโรคของเขาจำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต จากตัวอย่างนี้ทำให้เห็นว่าการทำความเข้าใจในรูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญและทำให้ได้มาซึ่งการอธิบายตามมุมมองหรือทัศนะของผู้ป่วยเอง ถ้าหากไม่มีการทำความเข้าใจร่วมกันย่อมส่งผลเสียในด้านความร่วมมือในการรักษาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

จากความแตกต่างในการอธิบายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายดังที่ได้กล่าวไว้แล้วนั้น หากบุคลากรทางสุขภาพไม่พยายามทำความเข้าใจในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะทำให้ไม่สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย ดังนั้นการอาศัยรูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้ เป็นการค้นหาความหมายที่เป็นการอธิบายตามการรับรู้และเข้าใจของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการตีความหมายและการจัดการกับโรคที่บุคคลประสบอยู่ ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้ความเข้าใจให้แก่บุคลากรทางสุขภาพและสามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมมากขึ้น

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Belief Systems)

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในด้านสาเหตุ ระยะเวลาและการรักษา ซึ่งระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนี้เป็นการเก็บรวบรวมความเชื่อในด้านความเจ็บป่วยที่ปรากฏอยู่ในหลายกลุ่มเผ่าพันธุ์ นำมาจัดกลุ่มจัดประเภทของความเจ็บป่วยตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค เพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจในความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Chrisman, 1991) และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการอธิบายถึงสาเหตุของโรคของผู้ป่วย (อมรรัตน์ รัตนสิริ, 2541) ซึ่งคริสแมน (Chrisman, 1991) ได้ให้หลักในการทำความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. ทฤษฎีจุดกำเนิด (germ theory) ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของทฤษฎีจุดกำเนิดนั้น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิวิทยาของกายวิภาคและสรีรวิทยาของบุคคล ยกตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมาก รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า (junk food) หรือกรรมพันธุ์ การรักษาก็คือการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารและการใช้อินสุลินในการลดระดับน้ำตาล (Chrisman, 1991)

2. เชื่อในความสมดุล (equilibrium) เป็นความเชื่อในความสมดุลของสิ่งต่างๆ เมื่อทุกสิ่งมีความสมดุล ผลลัพธ์ก็คือความเป็นอยู่อย่างปกติสุข เมื่อไรก็ตามที่ขาดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ตัวอย่างของความเชื่อในเรื่องของความสมดุล ได้แก่ ความเชื่อในเรื่องของความกลมกลืน (harmony) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีความเป็นไปได้สำหรับทุกสิ่งในโลกที่อยู่ภายใต้ความกลมกลืนระหว่างภายในและภายนอก ถ้าไม่มีความกลมกลืนจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ เช่น ความเชื่อในเรื่องความร้อน-ความเย็น หากขาดความสมดุลหรือขาดความกลมกลืนกันระหว่างความร้อน-ความเย็นในร่างกายก็จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ยกตัวอย่างเช่น ในเรื่องของการใช้อาหารร้อน-เย็นในการเยียวยาดูแลผู้ป่วย เมื่อเจ็บป่วยเป็นไข้ ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารเย็น เช่น ผักตำลึง โดยเชื่อว่าอาหารเย็นนี้จะทำให้มีอาการเหน็บชา แต่ให้ใช้ผักตำลึงหรือใบบัวบกตำแล้วหมกที่ศีรษะเป็นการลดไข้ได้ (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2530)

นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในเรื่องของหยิน-หยาง (yin-yang) ซึ่งเป็นหลักปรัชญาเบื้องลึกของวิถีแห่งเต๋ากล่าวถึงทวิสัมพันธ์ระหว่างสองสิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกันและกลมกลืนกันในสากลจักรวาล (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2541) โดยความเชื่อในทางการแพทย์แผนโบราณของจีนเชื่อว่าในร่างกายของมนุษย์ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความสมดุลระหว่างหยินและหยาง โดยที่ภายในร่างกายคือหยาง ผิวนอกของร่างกาย คือหยิน ด้านหลังคือหยาง ด้านหน้าคือหยิน อวัยวะต่างๆก็มีทั้งที่เป็นหยินและที่เป็นหยาง เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็เชื่อว่าเกิดจากสมดุลของหยินและหยางนี้เสียไป (มนต์สวรรค์ จินดาแสง, 2536)

3. ความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากพระเจ้าและจิตวิญญาณ (god and spirit-causal illness) เป็นความเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากการกระทำของพระเจ้าและจิตวิญญาณ รวมไปถึงการใช้ความเชื่อนี้ในทางการรักษา ซึ่งถือเป็นแหล่งที่พึ่งทางศาสนาและเป็นความเชื่อในแต่ละบุคคล เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องการที่พึ่งทางจิตใจ การเข้าร่วมในพิธีกรรมทางศาสนาถือเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

4. วิชาหมอผีและแม่มด (sorcery and witchcraft) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการที่บุคคลถูกคุกคามจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความ

เชื่อว่าเป็นการกระทำของหมอผีหรือแม่มด ซึ่งในบางครั้งอาจมองว่าเป็นความเชื่องมงาย หรือมีปัญหาด้านจิตใจ ดังนั้นการรับฟังผู้ป่วยและมีความรู้สึกไวต่อสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า นั่นถือเป็นสิ่งที่ควรให้การสนับสนุนและควรรับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

ในการอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น หากอธิบายในเชิงชีวการแพทย์ จะเห็นได้ว่าได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีจุดกำเนิดเป็นแนวทางในการอธิบาย โดยกล่าวว่าสาเหตุของการเกิดโรคนั้นเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งเกิดจากมีการสะสมของไขมันและการเกิดการทำลายของผนังด้านใน รวมทั้งมีไฟบรินและเกร็ดเลือดรวมตัวกันทำให้ผนังหลอดเลือดมีการหนาตัวและหลอดเลือดแดงตีบแคบลง นอกจากนี้ยังเกิดจากสาเหตุอื่นๆอีก เช่นการมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี การมีหลอดเลือดแดงอักเสบ การหดเกร็งของหลอดเลือดแดงและความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งความผิดปกติอื่นๆที่ทำให้ปริมาณเลือดไปยังหลอดเลือดโคโรนารีลดลง เช่นภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดและการอุดตันของลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดปอด (Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1994) ซึ่งเป็นการอธิบายในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิวิทยาของร่างกาย นอกจากนี้ยังเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเรสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน หรือการมีภาวะเครียด (Fleury, 1992) พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ย่อมมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการตีบตันหรือหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารีมากขึ้น ทำให้มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์, 2538)

เช่นเดียวกับการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เป็นการอธิบายจากความคิดความเชื่อของผู้ป่วย จากการศึกษาของรูดี้ (Rudy, 1980) ที่ศึกษาถึงการอธิบายสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยและคู่สมรส ในผู้ป่วย 50 รายและคู่สมรส 50 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยและคู่สมรสส่วนใหญ่ให้คำอธิบายว่ามีสาเหตุเกิดจากความเครียดในชีวิตการทำงานและสถานการณ์ในบ้าน และจากการศึกษาของ อุมา จันทวิเศษ (2539) ที่ทำการรวมรวบข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในกลุ่มตัวอย่าง 18 ราย ถึงการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง โรคเบาหวาน ทำงานหนัก ลมอัดขึ้น การบาดเจ็บและไม่ทราบสาเหตุ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (13 ราย) อธิบายสาเหตุว่าเกิดจากพฤติกรรมของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โดยได้อภิปรายไว้ว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้พยายามแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆทั้งจากเอกสาร รายการโทรทัศน์ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพแล้วนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของตน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยม

ศึกษาขึ้นไป กลุ่มที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาความรู้ทั้งจากสื่อต่างๆและจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้มีการขยายการเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพอนามัย ทำให้ประชาชนมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้อธิบายว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากเบาหวาน เนื่องจากได้รับข้อมูลจากการอ่านเอกสารเกี่ยวกับเบาหวานจึงเรียนรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง และหาวิธีการควบคุมเบาหวาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่เป็นไปตามการแสวงหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งต่างๆแล้วนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของตนเองนั้น ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเรื่องของทฤษฎีจุดกำเนิดที่เป็นการอธิบายตามความคิดความเชื่อของผู้ป่วยนั้นสอดคล้องกับการอธิบายในเชิงชีวการแพทย์ได้

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องของสาเหตุของความเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล ย่อมมีความเชื่อที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้และความเข้าใจของแต่ละบุคคล โดยส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวผู้ป่วยหรือแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ทำให้การอธิบายถึงสาเหตุเป็นไปตามความเชื่อที่สั่งสมหรือยึดถือสืบทอดกันมา ซึ่งระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น เป็นเพียงแนวทางหลักที่ใช้ในการทำความเข้าใจในความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งในสังคมวัฒนธรรมบางแห่งอาจมีความเชื่อที่สอดคล้องหรืออยู่นอกเหนือจากความเชื่อทั้ง 4 ประการนี้ เช่นเดียวกับในวัฒนธรรมล้านนาหรือวัฒนธรรมภาคเหนือก็มีระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยดังนี้ (ฉลาดชาย รมิตานนท์ และอานันท์ กาญจนพันธุ์, 2534)

1. ผีทำ เชื่อว่าผีมีอำนาจมีอิทธิฤทธิ์ ถ้าหากเป็นผีร้าย เช่นผีตายโหง ผีพราย สามารถเข้ามาทำร้ายร่างกายคนเราได้ และถ้าหากไปทำการลบหลู่ดูหมิ่นหรือทำผิดผี เช่นไม่เลี้ยงดู เซ่นไหว้หรือทำบุญส่งไปให้แก่ผีปู่-ย่า (ผีบรรพบุรุษ) ผีอาฮัก (ผีอารักษ์) ก็จะก่อให้เกิดอาการเจ็บไข้ได้ป่วยได้

2. คนทำ เป็นลักษณะของการใช้เวทมนต์คาถาหรือคุณไสย ทำร้ายผู้อื่นหรือใช้ในการรักษา (sorcery) ซึ่งอาจเป็นลักษณะของการผิดพ้องหมองใจกันหรือขัดแย้งกันและใช้คุณไสยในการทำร้ายกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้หญิงเมื่อวัยสาวอาจมีผู้ชายมาหลงรักแต่สาวไม่รักตอบหรือถูกพ่อแม่ญาติพี่น้องผู้หญิงกีดกัน จึงมีการจ้างหมอคาถาทำคุณไสย ทำให้มีอาการง่วงเหงา เพ้อ พูดไม่รู้เรื่อง เป็นคนสะลึมสะลือ เป็นต้น

3. ทำผิดขนบธรรมเนียมประเพณี ในทางล้านนาถือว่าเป็นการทำผิดผี ผิดฮีต ผิดครอง ผิดครู ซึ่งหมายถึงการกระทำที่ไม่ถูกต้องตามกฎเกณฑ์หรือระเบียบที่สังคมวางไว้และเชื่อถือปฏิบัติกันอยู่ หากมีการเจ็บไข้ได้ป่วยที่คนในสังคมถือว่า เกิดจากการประพฤติผิดธรรมเนียมประเพณีมาก

ผิดปกติ อาจแสดงให้เห็นถึงความขัดแย้ง ความตึงเครียดในสังคม ทำให้กฎเกณฑ์ของสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป

4. เป็นไปตามโชคเคราะห์หรือชะตาเกิดอยู่ในช่วงเคราะห์ร้าย ความเจ็บไข้ (และวิบัติ-ภัย) โดยถือว่าชีวิตของคนสัมพันธ์กับการโคจรของดวงดาวในจักรวาล ซึ่งมีอำนาจกำหนดชะตาชีวิตในแต่ละช่วงของคน บางรูปแบบหรือบางโอกาสจึงถือว่าเมื่อเจ็บป่วยเกิดขึ้นเป็นเพราะผู้ป่วยมีเคราะห์หรือชะตาเกิดตกอยู่ในช่วงที่มีเคราะห์อย่างไม่มีทางเลี่ยง

5. เป็นไปตามกฎแห่งกรรม เชื่อว่าเป็นผลของการกระทำดี กระทำชั่ว (บุญ-บาป) ที่คนๆนั้นได้กระทำมาในชีวิตปางก่อนและในชีวิตปัจจุบัน ซึ่งถือว่าเป็นความเชื่อตามหลักทางพุทธศาสนา นอกจากนี้ยังมีการผสมผสานระหว่างความเชื่อในเรื่องภูติผีวิญญาณ ไสยศาสตร์และเวทมนต์คาถา ความเชื่อในเรื่องเทวดา ฟ้าดิน เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย หากทำการบำบัดรักษาตามความเชื่อดังกล่าวแล้วไม่ได้ผล ก็เชื่อว่าเป็นไปตามกฎแห่งกรรม ถ้าหากผู้ป่วยเสียชีวิตก็ถือว่าได้ทำบุญมาเพียงเท่านั้น จึงไม่มีใครหรือวิธีการใดช่วยเหลือได้

6. การแปรปรวนของธาตุ เกิดจากการวิเคราะห์ธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ในร่างกายซึ่งเชื่อว่าสุขภาพของคนจะดีครบถ้วนนั้นต้องมีความสัมพันธ์ของธาตุต่างๆอย่างมีดุลยภาพ ความบกพร่องของธาตุใดธาตุหนึ่งจะทำให้ร่างกายเสียดุลยภาพเกิดการเจ็บป่วยได้ และยังครอบคลุมถึงความเชื่อด้านอากาศ อาหาร กรรมพันธุ์ เพศ วัย ถิ่นที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ถือเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

7. พ่อเกิดแม่เกิดมาทำร้าย มักเกี่ยวข้องกับเด็กทารก สืบเนื่องและไปพัวพันกับเรื่องของ “แถน” (ปู่แถน-ย่าแถน) ซึ่งเป็นเทวดาหรือช่างหล่อแบบพิมพ์มนุษย์หรือผู้ให้กำเนิด (พ่อเกิดแม่เกิด) ของมนุษย์ทุกคน หากผู้ที่เกิดมาพิกลพิการหรือไม่สวยงามถือว่าแถนไม่ได้ตั้งใจปั้นจึงมีร่างกายเช่นนั้น รวมทั้งเด็กที่มีอายุมากกว่า 3 ปี เกิดความเจ็บป่วยไม่สบายเกิดขึ้น เชื่อว่าเป็นการทวงถามหรือเป็นการลงโทษโดยแถน เพื่อเตือนให้ส่งเครื่องเซ่นไหว้ไปให้เป็นการบูชาเคารพแถน

8. ขวัญหายหรือออกจากร่าง เชื่อว่าหากขวัญหายหรือออกจากร่างกายย่อมทำให้ผู้ที่เป็นเจ้าของขวัญนั้นเจ็บป่วยได้ ซึ่งเชื่อว่าขวัญอาจหนีออกไปจากร่างกายในตอนที่เจ้าของตกใจหรืออยู่ในสภาวะไม่รู้สึกตัว ทำให้มีอาการเซื่องซึมหรือไม่มีกำลัง

การอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยตามความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมล้านนาสอดล้องกับการศึกษาในสังคมวัฒนธรรมอื่นของประเทศไทย ดังเช่นจากการศึกษาของชวนพิศ ทำนอง (2541) ที่ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของตนเป็นผลมาจากบุญกรรมที่ได้กระทำไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และการ

ศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่ทำการศึกษาในเรื่องวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยในลักษณะผสมผสานทั้งความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ โหราศาสตร์ หลักทางพระพุทธศาสนา และศาสนาพรหมณ์ จึงเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยอยู่เหนือวิสัย เหนืออำนาจของมนุษย์ธรรมดาจะทำการรักษาเยียวยาได้ นั่นคือเป็นการกระทำของสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ การกระทำของภูติผี ปีศาจ และเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยอาจเป็นเพราะลิขิตของโชคชะตาราศี และยังมีความเชื่อในเรื่องบุญกรรม เชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีกรรม เกิดมาเพื่อชดใช้เวรกรรมอันเป็นผลมาจากการกระทำหรือการปฏิบัติมิดีมิชอบทั้งกาย วาจา ใจต่อผู้อื่นจึงต้องรับกรรมในสภาพที่ต้องทนทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วย ซึ่งการชดใช้กรรมมีทั้งที่ชดใช้กรรมที่ติดตัวมาแต่ชาติปางก่อนและชดใช้กรรมที่ทำในชาตินี้

ส่วนการศึกษาของปราณีต ส่งวัฒนา (2541) ที่ทำการศึกษาเรื่องเอดส์และการดูแล: ความหมายและความสำคัญตามการรับรู้ของประชาชนภาคใต้ ที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้การอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ว่าเป็นเรื่องของกรรม โดยเชื่อมโยงถึงการมีเคราะห์หรือความโชคร้ายที่บุคคลนั้นต้องเผชิญ และเชื่อมโยงถึงการทำบุญที่เชื่อว่า การทำบุญน้อยในอดีตทำให้ต้องมารับกรรมที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเชื่อเรื่องถูกของหรือถูกผีทำ ซึ่งเป็นความเชื่อเรื่องของความเจ็บป่วยที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ ถูกอธิบายว่าเป็นการลงโทษของผี ผีทำ ผีโกรธ เทวดาโกรธ หรือละเลยต่อการไม่เคารพต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังอธิบายสาเหตุของโรคเอดส์ที่เชื่อมโยงความเชื่อในเรื่องของธาตุทั้ง 4 ของร่างกาย โดยเชื่อว่าเลือดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ มีทั้งเลือดดีและไม่ดี เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ก็เชื่อว่า เลือดมีการเปลี่ยนสีจากสีแดงเป็นสีดำซึ่งถือเป็นเลือดไม่ดี ดังนั้นเลือดที่ติดเชื้อหรือเป็นพิษจึงเป็นเลือดที่อันตราย

จากความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความเชื่อที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือที่ได้กล่าวไปข้างต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในวัฒนธรรมไทยมีความเชื่อในประเด็นหลักที่คล้ายคลึงกันแต่ในรายละเอียดปลีกย่อยหรือในวัฒนธรรมย่อยอาจมีความคิดความเชื่อที่ไม่สอดคล้องกันได้ (สนิท สมัครการ, 2521) ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือ ที่เป็นโรคที่แตกต่างกันรวมทั้งมีวัฒนธรรมย่อยที่แตกต่างกันอาจทำให้ทราบถึงระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในมุมมองที่แตกต่างกันออกไป

วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในสังคม ทุกสังคมจะมีวิธีการต่างๆที่จะเข้ามาช่วยบำบัดรักษาให้ความเจ็บป่วยนั้นหายไป ไม่ว่าจะเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์หรือหลักเหตุผลตามความเชื่อแห่งสาเหตุของโรคและในทุกสังคมจะมีระบบการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในการรักษาเยียวยา ซึ่งระบบการแพทย์เป็นแบบแผนทางความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่จะต้องเกิดขึ้นแก่บุคคลไม่เวลาใดเวลาหนึ่ง และถือเป็นผลรวมของการจัดระเบียบทางโครงสร้างทางสังคม เทคโนโลยี และบุคลากรต่างๆที่จะทำหน้าที่ในการบำบัดรักษาผู้เจ็บป่วย ขณะเดียวกันการปฏิบัติที่ต่อเนื่องก็จะทำหน้าที่ดำรงไว้ซึ่งระบบการแพทย์นั้นๆ (ปรีชา อุปโยคิน, 2533)

ระบบการแพทย์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ **ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน** หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นทั้งรูปแบบของวิชาชีพและกึ่งวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการและมีเวชปฏิบัติในรูปแบบของระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์แบบตะวันตก เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิกแพทย์ เป็นต้น และ**ระบบการแพทย์พื้นบ้าน** หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพแบบตะวันตก ไม่มีการจัดองค์กร อาจมีลักษณะทั้งถูกและผิดกฎหมายด้วย เช่น หมอแผนโบราณ หมอไสยศาสตร์ หมอฉีดยา เป็นต้น (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น จะเห็นได้ว่ามีความก้าวหน้าในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และมีเทคโนโลยีต่างๆเข้ามามีส่วนช่วยในการเยียวยารักษามากมาย จึงทำให้การรักษามุ่งเน้นที่ร่างกายและอวัยวะ และอาจมองร่างกายเป็นเพียงวัตถุ ส่วนในระบบการแพทย์พื้นบ้านนั้นมองร่างกายและจิตใจสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกัน มองที่ความเป็นมนุษย์ และอาจกล่าวได้ว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นผลผลิตหรือศาสตร์จากการใช้ชีวิตเป็นภูมิปัญญาที่ผ่านจากการสังเกต เรียนรู้ ลองผิดลองถูก และสืบทอดต่อๆกันมาจนกลายเป็นระบบที่ได้รับความเชื่อถือในระดับหนึ่ง การเยียวยาในระบบการแพทย์พื้นบ้านนี้ จึงมุ่งให้เกิดความสมดุลกับธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม สมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ (พิเชฐ แสงทอง, 2542)

ทัศนะทางการแพทย์พื้นบ้านนั้นเชื่อว่า ปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นทั้งรูปแบบของความเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทางวัฒนธรรม (Kleinman, 1978) โดยที่พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุขของคนในสังคมหนึ่งๆ เป็นบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมของ

ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษา ดังนั้นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นการปฏิบัติกันภายในครอบครัวและสมาชิกในสังคมของผู้ป่วย และการดูแลรักษาเยียวยาตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าการไปพบแพทย์ในทันที (Kleinman, 1980) จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนี้ **การแพทย์แบบทางเลือก** (alternative medicine) เข้ามามีบทบาทในการรักษาเยียวยาหรือดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งเหตุผลหลักของบุคคลที่เลือกที่จะใช้การบำบัดแบบทางเลือกนั้นเพื่อเยียวยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ อันเป็นการตอบสนองความเป็นองค์รวมของสุขภาพ (Snyder & Lindquist, 1998)

การแพทย์แบบทางเลือกมุ่งเน้นที่การรักษาสมดุลในร่างกาย โดยเฉพาะการเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการดำเนินชีวิตตามแนวธรรมชาติ การฝึกสมาธิ การฝังเข็ม การล้างพิษ (detoxification) และการรับประทานอาหารเสริมสุขภาพ ดังนั้นการแพทย์แบบทางเลือกจึงสอดคล้องกับรากฐานและการรับรู้ของประชาชน ซึ่งจุดเด่นที่สำคัญคือ การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและมีสมดุล โดยเฉพาะการมีระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ที่แข็งแรงสามารถต้านทานโรคภัยไข้เจ็บ โดยอาศัยคุณสมบัติจากสารอาหารต่างๆที่มีอยู่มากมายในธรรมชาติ หรือที่เรียกว่า "ธรรมชาติบำบัด" เช่น เส้นใยอาหาร (fiber) ที่ได้จากข้าวกล้องและถั่วต่างๆ ช่วยเพิ่มความต้านทานของร่างกาย ลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งและทำให้ระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ ธาตุแคลเซียมที่มีอยู่ในนมหรือปลาเล็กปลาน้อย ช่วยเสริมสร้างกระดูกและฟัน ทำให้เด็กตัวสูงและไม่เป็นโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ วิตามินต่างๆที่มีอยู่ในผักและผลไม้ ช่วยทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง โดยเฉพาะวิตามินเอ ซี อี และสังกะสี น้ำมันโอเมก้า 3 พบได้ในปลาทะเล เช่น ปลาทู ทำให้ไม่มีไขมันในหลอดเลือดและลดอุบัติการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2542)

ในประเทศญี่ปุ่นพบว่ามีการผนวกการรักษาแบบแผนโบราณด้วยการใช้สมุนไพรในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันให้เป็นทางเลือกของประชาชน ซึ่งการรักษาด้วยสมุนไพรนั้นมีความปลอดภัยกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันเนื่องจากสมุนไพรมีผลข้างเคียง (side effect) น้อยกว่ายาแผนปัจจุบันมาก ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา มีการแพร่หลายของการรักษาด้วยการฝังเข็ม (acupuncture) แต่เดิมการฝังเข็มเป็นวิชาการแพทย์แผนโบราณของประเทศจีน ซึ่งการใช้การฝังเข็มนั้นสามารถลดอาการปวดได้อย่างดีจนใช้แทนยาชาและยาสลบได้ และการฝังเข็มยังเป็นวิธีการรักษาสมดุลของร่างกายตามหลักหยิน-หยาง ทำให้เกิดสมดุลในร่างกายและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันโรค (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2542)

จากการศึกษาของชวนพิศ ทำนอง (2541) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีการใช้การรักษาแบบทางเลือกควบคู่กับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน โดยมีการรักษาด้วยสมุนไพร ได้แก่ การรับประทานกระเทียมสดและกระเทียมอัดเม็ด สมุนไพรต้ม (ไม่ระบุชนิด) ดอกคำฝอย เหล้าดองยาสมุนไพรจีน เห็ดหลินจือ ย่านางแดงและลูกกระเจี๊ยบ โดยเชื่อว่าจะช่วยควบคุม ป้องกันรวมทั้งสามารถรักษาการเจ็บป่วยไม่ให้กำเริบได้ ซึ่งการตัดสินใจเลือกที่จะใช้สมุนไพรชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของตัวผู้ป่วยเองและความเชื่อของบุคคลในครอบครัว จากการที่ผู้ป่วยใช้การรักษาแบบทางเลือกควบคู่กับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อ ได้รับข้อมูลจากบุคคลที่เคารพนับถือหรือได้รับข้อมูลจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และยังคงให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยาช่วยขยายหลอดเลือดที่ตีบ และรับการรักษาที่จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยที่สุด

การจัดการกับความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการจัดการตามระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์แบบทางเลือก ล้วนมุ่งเน้นเพื่อแก้ไขความเจ็บป่วยและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี และในสังคมที่มีการแพทย์หลายๆระบบ พฤติกรรมของประชาชนจะมีหลายแบบแผนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการได้รับการรักษา ความเชื่อในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาที่ผ่านมาในอดีต (ปรีชา อุปโยคิน, 2533) ฉะนั้นการเลือกวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยวิธีใดก็ตามขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่สั่งสมหรือความคิดความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา

กระบวนการแสวงหาทางสุขภาพ (Health – Seeking Process)

เมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการประเมินปัญหาซึ่งก็คือการให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้น (symptom definition) ซึ่งเมื่อรับรู้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงในสภาวะทางสุขภาพ บุคคลก็เริ่มที่จะตีความเกี่ยวกับอาการ โดยมักจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความหมายทางวัฒนธรรมที่เป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาและนำไปปรึกษาหารือกับบุคคลทั่วไป (lay consultation) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคคลในชุมชน เป็นการขอรับการยืนยันว่า บุคคลมีความเจ็บป่วยจริงและควรรับการรักษาด้วยวิธีใด มักเกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารความคิดเห็นและตัดสินใจให้กับสมาชิกกลุ่มของตน ซึ่งบุคคลจะมีการเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role–behavior shift) โดยบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนของพฤติกรรมการ

รักษาเยียวยา (treatment action) เป็นการรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาและ/หรือสังคมมีส่วนช่วยเหลือในการเลือกแหล่งที่ทำการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวทางการรักษาเป็นไปตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการรวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ขั้นตอนสุดท้ายคือการยอมรับการรักษาและการประเมินผล (adherence and evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมร่วมกันประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลาว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นดีขึ้นหรือไม่ อย่างไรตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วยนั้นอาจมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ได้อีก เมื่อได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (Chrisman & Kleinman, 1986)

จากกระบวนการแสวงหาทางสุขภาพนี้ จะเห็นได้ว่าในขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยายังสามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) คือ

1. แหล่งบริการรักษาเยียวยา แบ่งเป็น
   1.1 แหล่งบริการที่เป็นทางการ หรือโดยวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล
   1.2 แหล่งบริการที่เป็นลักษณะกึ่งวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร ผดุงครรภ์
   1.3 หมอพื้นบ้านต่างๆ เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอพระ
   1.4 การปรึกษาหารือกับบุคคลทั่วไป
   1.5 การรักษาตนเอง
2. ชนิดของการรักษาเยียวยา ได้แก่
   2.1 การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน อาบน้ำอุ่น
   2.2 การรักษาทางการแพทย์ เช่นการฉีดยา การกินยา
   2.3 พฤติกรรมบนพื้นฐานของพิธีกรรมหรือการพูดคุย เช่น ไปหาหมอผี หรือจิตแพทย์
   2.4 การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การผ่าตัด

ในการเลือกแหล่งบริการหรือชนิดของการรักษาเยียวยาใดๆขึ้นอยู่กับการประเมินของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของพวกเขาบนพื้นฐานของความต้องการ ซึ่งมาจากความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่เขารับรู้กับทรัพยากรที่มีอยู่ ดังนั้นการเจ็บป่วยในเด็กและคนชรา จึงมักได้รับการมองว่ามีความรุนแรงสูง ก็มักเชื่อมโยงกับการเลือกแหล่งรักษาที่เป็นทางการมากกว่าการเจ็บป่วยในผู้ใหญ่

ส่วนไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ได้กล่าวถึงแหล่งบริการสาธารณสุขที่บุคคลแสวงหาทางสุขภาพในลักษณะของ **"ระบบการดูแลทางสุขภาพ"** (health care systems) โดยมีแนวคิดในการมองระบบการดูแลทางสุขภาพในสังคมว่าเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ ระบบการดูแลทางสุขภาพจึงเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น

ซึ่งหมายรวมถึงการเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อ เกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลเยียวยาสุขภาพ รวมทั้งสถานภาพ ซึ่งระบบการดูแลทางสุขภาพนั้นแบ่งเป็น 3 ระบบ ได้แก่

1. **ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ** (professional sector) ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ เช่น กลุ่มพยาบาล แพทย์ เภสัชกร ทีมสุขภาพ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผ่านการศึกษาและปฏิบัติตามหลักทางชีวการแพทย์ มีการศึกษาเป็นโปรแกรมในลักษณะที่เป็นแบบทางการและเป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ (Chrisman, 1991) เป็นระบบที่มุ่งเน้นการรักษา (cure) และวินิจฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ เน้นการปฏิบัติการรักษาเฉพาะแต่ละบุคคล อธิบายความเจ็บป่วยและปัญหาในเชิงค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค มุ่งเน้นการประเมินปัญหาในด้านร่างกาย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงและแหล่งที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมีอยู่อย่างจำกัด (Leininger, 1981)

สำหรับแนวทางการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพนั้น มีวัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด ลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจและให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอตลอดเวลา (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์ และคณะ, 2537) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นมีทั้งการรักษาโดยการใช้ออกซิเจน (oxygen therapy) การรักษาโดยการใช้ยา (medical treatment) การรักษาโดยการใส่สายเข้าไปขยายหลอดเลือด (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) (LeMone & Burke, 1996) เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (intra-aotic balloon pump: IABP) การขยายหลอดเลือดโดยการเอาคราบไขมันออก (coronary atherectomy) การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงตาข่าย (coronary stents) (Schaer, 1995) และการขยายหลอดเลือดโดยการยิงแสงเลเซอร์ (coronary laser angioplasty) (Abela & Conti, 1990)

จากแนวทางการรักษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีวิธีการที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษและมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามามีส่วนช่วยและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือชำนาญในการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์นี้มาให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จึงทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง รวมไปถึงการมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยและรักษาโรค ขาดการดูแลที่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเห็นได้ว่ามีเพียงร้อยละ 10-30 เท่านั้นที่จะมุ่งตรงมารับการ

ช่วยเหลือหรือรักษากับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (Chrisman, 1990) ส่งผลให้มีการแสวงหาการช่วยเหลือทางการแพทย์เป็นไปด้วยความล่าช้า ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 26-44 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะแสวงหาการรักษาทางการแพทย์เมื่อมีอาการทางโรคหัวใจนานกว่า 4 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา (Dracup & Moser, 1991) และนอกจากนี้พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งการมีชีวิตรอดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาการรักษาอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Dempsey, Dracup, & Moser, 1995) โดยเฉพาะการได้รับการรักษาโดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในทันทีทันใดในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังจากมีอาการจะช่วยลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 50 (Ho, 1991)

ในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากจะมีแนวทางการรักษาเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพของโรคโดยตรงแล้ว ยังมีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อยับยั้งการเสริมสร้างการตีบตัวของหลอดเลือดหัวใจ เป็นการควบคุมโรคและป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาพยาบาลอีกและอาจทำให้มีอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นจะต้องมีการปฏิบัติตัว โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด การพักผ่อนและการมีเพศสัมพันธ์ (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524)

2. **ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน** (folk sector) เป็นการปฏิบัติการรักษาเยียวยาที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและเป็นการรักษาตามวิธีทางแบบพื้นบ้านที่อาศัยทักษะการเรียนรู้โดยผ่านการฝึกหัดจนชำนาญและในบางครั้งเกี่ยวข้องกับเหตุผลที่เชื่อว่ามาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ บุคคลที่อยู่ในระบบนี้ได้แก่ นักสมุนไพร (herbalists) นักจิตวิญญาณ (spiritists) นักเวทมนต์คาถา (shamans) หรือบุคคลที่ผ่านการฝึกฝนในการรักษาทางพื้นบ้าน เพื่อดูแลจัดการเฉพาะกับสมาชิกกลุ่มเผ่าพันธ์ของตน (Chrisman, 1990, 1991)

ตัวอย่างเช่นการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของชวนพิศ ทำนอง (2541) ที่พบว่ามีการบำบัดรักษาด้วยสมุนไพร ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดรักษาและเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยสมุนไพรตามระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาตามแนวทางการรักษาแบบทางเลือกดังได้กล่าวไปแล้วในส่วนของการรักษาแบบทางเลือก นอกจากนี้ยังพบว่ามีการรักษาด้วยไสยศาสตร์ โดยการรับประทานหมากคำของหลวงปู่ซึ่งเชื่อว่าเป็นความวิเศษของหมากคำที่สามารถรักษาโรคหัวใจที่หมอไม่รับรองการรักษาแล้วให้หายได้ และมีการรักษาด้วยวิธีทางพุทธศาสนา

ได้แก่ การทำสมาธิ การเอาบุญ [การสร้างบุญด้วยการบวช การทำบุญ] การทำใจ เป็นต้น เชื่อว่าจะช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้น เกิดความสบายใจ ทำให้มีจิตใจดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านนี้เป็นระบบที่มุ่งเน้นการดูแล (caring) และการปฏิบัติในกระบวนการรักษาเยียวยาทั้งกลุ่มบุคคล ไม่ได้อาศัยเทคโนโลยีในเชิงวิทยาศาสตร์แต่มุ่งเน้นที่ความเป็นมนุษย์ที่ต้องอาศัยการสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพในชุมชน มีการป้องกันความเจ็บป่วยและความพิการโดยอาศัยข้อห้าม (taboo) ทางวัฒนธรรม ใช้การอธิบายเพื่อแปลความหมายระหว่างความเจ็บป่วยและความเป็นปกติสุข โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติสุขซึ่งอาศัยวิธีการทางพื้นบ้าน มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่ำ เน้นการประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม สังคม การเมือง และเศรษฐกิจ (Leininger, 1981)

3. **ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน** (popular sector) เป็นบุคคลที่ถือว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่อยู่แวดล้อมในชุมชน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถพิเศษในการดูแลปัญหาทางสุขภาพ และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการดูแลในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับของผู้ป่วย และภายในระบบนี้ยังประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวผู้ป่วย 3) เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย (social network) ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูงในที่ทำงาน 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน (Chrisman, 1990, 1991)

ตัวอย่างเช่นการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาทางสุขภาพ เมื่อมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ ดราคัพและโมเซอร์ (Dracup & Moser, 1991) พบว่า มีตัวแปรที่สำคัญที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยแสวงหาทางสุขภาพช้า ก็คือ ความพยายามที่จะรักษาตนเอง (self-treatment) รวมทั้งการรอรับคำแนะนำหรือแสวงหาคำแนะนำจากสมาชิกครอบครัวหรือแพทย์ประจำตัว และมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 93 ที่รอรับคำแนะนำจากบุคคลทั่วไป (lay advice) ต่อมาในปี 1997 ดราคัพและโมเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษาอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยทำการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด 277 ราย ในโรงพยาบาล 43 แห่งในอเมริกาเหนือ พบว่ามีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ขั้นตอนของการแสวงหาการรักษาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่การตอบสนองขั้นต้นต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น พบว่า ร้อยละ 30.7 พยายามที่จะทำให้มีการผ่อนคลาย ร้อยละ 21.7 มีความหวังหรือพยายามสวดมนต์เพื่อให้อาการที่เกิดขึ้นนั้นหมดไป ร้อยละ 8.7 พยายามใช้ยารักษาตนเองโดยอาศัยยาลดกรด (antacid) และยาบรรเทาปวด (acetaminophen) และยังพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขอาการไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาช่วยเหลือทันทีที่มีอาการ การโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ การโทรศัพท์เรียก 911

เพื่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉินหรือให้มารับตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นการแสดงถึง พฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะกระทำหรือแก้ไขอาการของตนเองก่อนที่จะมาพบแพทย์ แสดงให้เห็นว่าบุคคล ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษาอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้ป่วย

ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนนั้น ได้รับการถ่ายทอดมาจากระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านและภาควิชาชีพ โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และวิธีการรักษาระหว่างระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนกับภาคพื้นบ้านและภาควิชาชีพ โดยสามัญชนเรียนรู้ที่จะรักษาโรคจากทั้งวิธีของแพทย์พื้นบ้านและวิชาชีพจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาซึ่งเขาเลือกวิธีการรักษาแบบนั้นๆ นอกจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสามัญชนกับแพทย์พื้นบ้านและสามัญชนกับแพทย์ภาควิชาชีพแล้ว การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกันยังเกิดระหว่างบุคคลต่างๆที่อยู่ในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเอง ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลใดในชุมชนประสบความสำเร็จในการรักษาโรคกับหมอคนใดหรือวิธีการใด ก็มักจะเล่าสู่กันฟังในชุมชนและเมื่อผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกันก็จะได้รับการบอกเล่าและแนะนำให้ไปหาหมอหรือใช้วิธีการรักษานั้นอีก หรือผู้ป่วยเองเมื่อเลือกรักษากับหมอแผนปัจจุบันหรือหมอพื้นบ้านก็ตามย่อมจะได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้และวิธีการรักษาในแบบนั้นๆมาก็มักจะแนะนำต่อญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันต่อๆไป (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530)

จะเห็นได้ว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยประเมินปัญหาอาการหรือความเจ็บป่วยว่าเป็นความผิดปกติที่ต้องรับการแก้ไขหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ระบบการดูสุขภาพภาคสามัญชนจัดเป็นระบบแรกหรือแหล่งปฐมภูมิของการบำบัดรักษาเยียวยาตนเองที่บุคคลและครอบครัวให้เกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยและยังเป็นกรอบความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ แต่เนื่องจากบุคคลสามารถเลือกวิธีการรักษาได้ทั้งจากระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้าน กรอบแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตามการรับรู้ข้อมูลต่างๆ จึงทำให้ดูเหมือนไม่มีกฎเกณฑ์หรือหลักแน่นอนจากวิธีการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่มีได้หลากหลาย นับตั้งแต่การรับประทานอาหาร การใช้ยาสมัยใหม่ การใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือสมุนไพร เป็นต้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

เมื่อกล่าวถึงวิธีการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยโดยทั่วไปนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทางหลักคือ **การมุ่งเน้นการรักษาและการมุ่งเน้นการดูแล** โดยที่ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพมุ่งเน้นการรักษา ใช้แนวทางการรักษาในเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์แก้ไขที่พยาธิสภาพ

ของโรค มุ่งเน้นให้มีการปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรคและป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งถือว่าเป็นการแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดโรคเป็นสำคัญ ส่วนระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านและภาคสามัญชน มุ่งเน้นการดูแลโดยอาศัยแนวทางการปฏิบัติตามความคิดความเชื่อและข้อห้ามทางวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยและความพิการ รวมทั้งมุ่งเน้นการรักษาคนทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนรวมไปถึงครอบครัวหรือเครือญาติและสังคมทั้งระบบมากกว่าจะมุ่งเน้นการรักษาเฉพาะโรคหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, 2537)

เมื่อกล่าวถึงการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านหรือในการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นลักษณะของการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมและวัฒนธรรมที่ผ่านการถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่งจะมีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ในวัฒนธรรมล้านนาหรือวัฒนธรรมภาคเหนือก็มีความเชื่อที่เป็นการบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านเช่นกัน โดยเรียกผู้ที่ทำการรักษาว่า "หมอเมือง" และมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บไข้ได้ป่วยว่าเกิดจากอำนาจของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง หลักของการบำบัดรักษาก็คือการหาทางทำให้อำนาจนั้นหยุดการกระทำที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยนั้นเสีย โดยทำให้อำนาจนั้นพอใจ หายโกรธหรือออกไปเสียอย่างนุ่มนวลหรือใช้อำนาจจากอีกแหล่งหนึ่ง ซึ่งเชื่อว่ามีอำนาจสูงกว่ามาทำให้ความเจ็บไข้นั้นหมดพลังหรือถอยออกไปหรือหาทางผ่อนหนักให้เป็นเบาให้ได้ แนวทางการบำบัดรักษานั้นสอดคล้องกับความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย โดยมีแนวทางการบำบัดรักษาดังนี้ (ฉลาดชาย รมิตานนท์ และอานันท์ กาญจนพันธุ์, 2534)

1. การบำบัดรักษาเมื่อถูกผีทำคือ การไป "สูมา" หรือขอขมาลาโทษ อ้อนวอนให้หายป่วย เช่นเมื่อเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของผีตายโหงหรือผีพราย ซึ่งถือว่าเป็นผีตายไม่ดีจะเป็นผีที่ดุร้ายชอบทำอันตรายคนทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือมีอาการวิปริตไปต่างๆนานาจะต้องทำพิธีส่งผีหรือทำเครื่องพิธีเซ่นไหว้เสียก็จะหาย แต่ในบางกรณีต้องทำพิธีไล่ ตัด ขับ หรือข่มทำให้ผีกลัวจนต้องออกจากร่างหรือหยุดการทำร้ายร่างกายผู้ป่วยๆก็จะหายได้

2. การบำบัดรักษาเมื่อถูกคนทำ หากเชื่อว่าผู้ป่วยถูกเวทมนต์คาถาหรือคุณไสยมากระทำ ญาติพี่น้องของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการทำนั้นจะทำการหาหมอคาถามาแก้ไขหรือขอร้องผู้ที่จ้างหมอคาถาทำคุณไสยให้ยกเลิกหรือแก้ไขการกระทำนั้นๆ

3. การทำผิดขนบธรรมเนียมประเพณี ส่วนมากแนวทางการแก้ไขคือการวิงวอนขอขมาลาโทษเพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบา แต่การยึดถือปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีตามกฎเกณฑ์ที่สังคมกำหนดถือได้ว่าเป็นแนวทางการป้องกันที่ดีที่สุด

4. เมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากชีวิตกำลังตกอยู่ในช่วงที่กำลังมีเคราะห์ การแก้ไขก็ต้องทำพิธี "ส่งเคราะห์" โดยเชื่อว่าเมื่อทำแล้วความเจ็บป่วยดังกล่าวจะหายไป

5. ความเชื่อผสมผสานทั้งทางพุทธศาสนา ไสยศาสตร์ เวทมนต์คาถา ภูติผีวิญญาณ ยังผลให้วิธีการบำบัดรักษาจึงมีลักษณะผสมผสาน แต่ในการบำบัดรักษาจะได้ผลมากน้อยเพียงใดเชื่อว่ากฎแห่งกรรมเป็นตัวตัดสินสูงสุด

6. การบำบัดรักษาการแปรปรวนของธาตุ มุ่งเน้นให้ธาตุทั้ง 4 ของร่างกายเกิดดุลยภาพ ซึ่งก็คือการเติมส่วนที่ขาดหรือลดส่วนที่เกินของธาตุนั้นๆ โดยการบำบัดรักษามีทั้งการใช้ยาพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ทั้งทา อบ หรือรับประทาน ตลอดจนการบำบัดโดยการบีบนวดต่างๆ

7. การบำบัดรักษาเมื่อพ่อเกิดแม่เกิดมาทำร้าย หากเด็กทารกอายุตั้งแต่ 1 เดือนหรือ 3 เดือนไม่สบายพ่อแม่จึงต้องทำพิธีส่งพ่อเกิดแม่เกิด เพื่อเป็นการป้องกันเด็กทารกตามความเชื่อดั้งเดิม นอกจากนี้ยังมีพิธีการส่งแถน การสืบชะตา การส่งตัวชน ซึ่งถือเป็นมาตรการในการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือเจ็บไข้ได้ป่วย

8. พิธีกรรมในการบำบัดรักษาผู้ที่ขวัญหายหรือออกจากร่าง คือพิธีการเรียกขวัญหรือฮ้องขวัญ ซึ่งบางครั้งก็เรียกว่า พิธีสู่ขวัญเอาข้าว พิธีบายศรีสู่ขวัญ พิธีเฮียกขวัญ พิธีพาขวัญ และพิธีสู่ข้าวทำขวัญ เป็นต้น ซึ่งพิธีการเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ขวัญกลับคืนสู่ร่างเดิม

แนวทางการบำบัดรักษาที่สอดคล้องกับความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างการศึกษาของชวนพิศ ทำนอง (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีวิธีการแก้ไขที่เป็นไปตามวิธีทางศาสนาพุทธ โดยมีการบำบัดรักษาด้วยการทำสมาธิ การเอาบุญ การทำใจเพื่อยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และคิดหาแนวทางปรับลดความเครียด โดยการทำใจให้สงบใช้ธรรมะเอาชนะความทุกข์และคิดว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดาสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ส่วนการศึกษาของอุมา จันทวิเศษ (2539) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้หลักการทางพุทธศาสนาเข้ามาช่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การนั่งสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ การสวดมนต์ การทำบุญ การปลงโดยถือว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งการมองโลกในแง่ดี โดยนำแนวทางปฏิบัติเหล่านี้มาเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนวทางการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นไปตามระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านที่เป็นไปตามความเชื่อทางวัฒนธรรม มุ่งเน้นเพื่อการปรับลดหรือจัดการกับความเครียดที่

เกิดจากการเจ็บป่วย แนวทางการปฏิบัติมีเพียงการปฏิบัติตามแนวทางพุทธศาสนาที่ผู้ป่วยนับถืออยู่ ส่วนการบำบัดรักษาตามแนวทางอื่นยังไม่เด่นชัด

ในการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่ทำการศึกษาในเรื่องวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่ามีแนวทางการบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านที่เป็นไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยในลักษณะผสมผสานทั้งความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ โหราศาสตร์ หลักทางพระพุทธศาสนาและศาสนาพรหมณ์ การช่วยเหลือแก้ไข จึงมีพิธีกรรมไล่ผี การใช้เวทมนต์คาถา เครื่องรางของขลัง การแต่งแก้ การรักษาโดยหมอรำผีฟ้าและหมอลำทรง และมีวิธีการแก้ไขช่วยเหลือผ่อนหนักให้เป็นเบาตามความเชื่อในเรื่องลิขิตของโชคชะตาราศี โดยการทำพิธีสะเดาะเคราะห์กรรมเพื่อให้หลุดพ้นจากเคราะห์ร้ายหรือเพื่อต่ออายุ ในบางรายจะทำพิธีสู่ขวัญหรือผูกแขนเรียกขวัญกลับคืนมีกำลังใจดีขึ้น บางรายไปกราบไหว้พระสงฆ์ให้ช่วยประพรมน้ำมนต์ขจัดสิ่งไม่ดีออกไป เพื่อนำมาซึ่งความเป็นสิริมงคลและความสบายใจ

การบำบัดรักษาเมื่อเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากบุญกรรม โดยพยายามประกอบกรรมดีด้วยการไปวัด ทำบุญ ใส่บาตร ฟังเทศน์ สวดมนต์ ไหว้พระ ฝึกสมาธิ แผ่เมตตา ตลอดจนการพยายามทำความดีด้วยวิธีต่างๆเช่น การบวชเพื่อชดใช้กรรม และพบว่าในการบำบัดรักษาอาการนั้นมีตั้งแต่การซื้อยาในร้านขายยามารักษาตนเอง ซื้อยาสมุนไพรจากพ่อค้าเร่ ซื้อยาจีน รักษาสมุนไพรโดยการรับประทานยาต้ม ยาฝน ยาลูกกลอนหรือบดใส่แคปซูล รักษากับหมอพื้นบ้านเช่น เป่าแผลงูสวัด หรือรดน้ำมนต์กับพระ ตลอดจนคิดหาวิธีทดลองทำด้วยตนเอง เช่นอาการตุ่มคันตามตัวลองอาบน้ำอุ่น ใช้น้ำตาเทียนหยดลงบนตุ่มคัน หรือเกาจนเลือดออกแล้วใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ใส่บริเวณตุ่มเพื่อบรรเทาอาการคัน บางรายไปรักษาตามคลินิกตามคำบอกเล่าต่อๆกันมา บางรายไปตามสถานที่ต่างๆตามคำเล่าลือว่ามีชื่อเสียงเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์ เช่น ถ้ำศรีวิไล พระพุทธบาทสระบุรี หมอเณร เป็นต้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

การเจ็บป่วยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์นั้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะพยายามแสวงหาแนวทางบำบัดรักษาตามความคิดความเชื่อของตนหรือตามคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ที่เชื่อว่าจะสามารถทำให้การเจ็บป่วยของตนเองนั้นบรรเทาลงหรือหายไปได้ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถคิดหาแนวทางที่จะบำบัดรักษาโรคให้หายได้ เป็นเพียงการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น และป้องกันไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้นเท่านั้น จึงพบว่ามีการใช้กลไกทางจิตในการจัดการกับโรคของตนเอง เช่นการปฏิเสธโรค การหนีออกไปจากแหล่งชุมชน รวมไปถึงการเข้าหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์และการแสวงหาวิธีการบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านต่างๆ เพื่อมาบำบัดรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจริยา

สุทธิสุดนธ์, 2537) ดังนั้นกลวิธีต่างๆที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์นำมาใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยของตนนั้นจึงมีความหลากหลายและเป็นตัวอย่างของการใช้การบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านที่เห็นได้เด่นชัดกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ในสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือยังมีวิธีการบำบัดรักษาตามความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคที่มีส่วนที่แตกต่างกันออกไป จึงอยากทราบว่าสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือมีความเชื่อหรือมีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างไร

จากแนวทางการบำบัดรักษาพื้นบ้านตามความเชื่อในเรื่องของสาเหตุความเจ็บป่วยดังกล่าวนี้ ถือได้ว่าเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดรักษา ที่ได้รับอิทธิพลมาจากสังคมวัฒนธรรมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย โดยที่ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านและภาคสามัญชนนั้นถือได้ว่าเป็นระบบที่สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในสาเหตุของความเจ็บป่วยและมีส่วนช่วยกำหนดวิธีการบำบัดรักษาตามความคิดความเชื่อที่เหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจและเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านและภาคสามัญชนมากกว่าภาควิชาชีพ (Chrisman, 1991)

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าทัศนะหรือมุมมองเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีความแตกต่างกัน โดยที่แนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยจะช่วยทำให้เห็นความแตกต่างนั้นอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทำให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างการอธิบายความเจ็บป่วยตามทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพและทัศนะของผู้ป่วย ซึ่งในทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพนั้น จะอธิบายในเชิงพยาธิสรีรวิทยาและแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดโรค ส่วนในทัศนะของผู้ป่วยจะอธิบายตามความรู้สึกที่ได้รับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต โดยมีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้การทำความเข้าใจในระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจะทำให้เข้าใจในระบบความคิดความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และทำให้สามารถเข้าใจในเหตุและผลของการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยหรือสมาชิกเครือข่ายทางสังคมยึดถือปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับอิทธิพลมาจากสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวิธีวิจัยในเชิงคุณภาพจะทำให้ได้มาซึ่งคำตอบที่เกิดจากทัศนะหรือมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง