

การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก
A STUDY ON HEALTH SERVICE SEEKING PROCESS OF WOMEN WITH
DIABETES MELLITUS IN THE WESTERN REGION



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2540

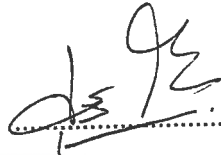
ณ
ค. ๖15๗
๒540

ISBN 974-588-820-6
สงวนลิขสิทธิ์
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก



ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์

ผู้วิจัย

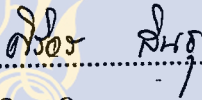


จริยาวัตร คมพัยกรณ์

วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์)

ส.ต.(การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศิริอร สินธุ

ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), D.N.Sc.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

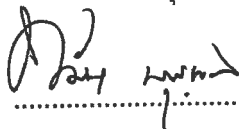


อติรัตน์ วัฒนไพลิน

ค.บ., กศ.ม.(การแนะแนว)

กศ.ต.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



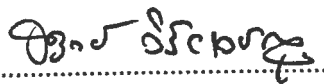
ทัศนยา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed . D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์



อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

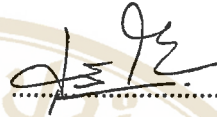
เรื่อง

การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 28 พฤษภาคม 2540



ศุภรัตน์ ไพศาลตันติววงศ์

ผู้วิจัย

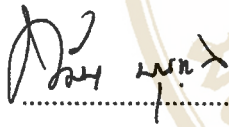


จริยาวัตร คมพัยค์

วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์)

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนนา บุญทอง

ค.บ., MS., Ed.D.

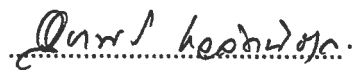
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศิริชกร ลินสุ

ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), D.N.Sc.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

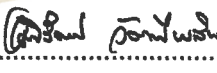


อุษาพร ขวลิตนิธิกุล

วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข)

M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

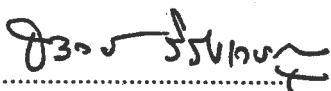


อติรัตน์ วัฒนไพสิน

ค.บ., กศ.ม.(การแนะแนว)

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

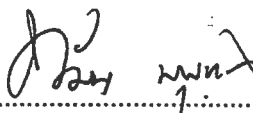


อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทัศนนา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสุภรัตน์ ไพบาลตันตวิงศ์
วัน เดือน ปีเกิด 13 พฤศจิกายน 2513
สถานที่เกิด จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2535:
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2538:
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2540:
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 1
ตำแหน่ง : อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพักษณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สินธุ และ อาจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้แนวคิด ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุน ทูมเท เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในพระคุณของอาจารย์ทุกท่าน เป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง และรองศาสตราจารย์ อุษาพร ชวลิตนิธิกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือ และในโอกาสนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการ ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลอย่างยิ่ง และที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วย โรคเบาหวานทุกท่าน ที่ได้มีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี 1 และผู้บังคับ บัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาให้โอกาสและส่งเสริมผู้วิจัยในการลาศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณวิทยากรย์ ทุกท่านที่สละแรงกาย ทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างการลาศึกษาของผู้วิจัย

เหนือสิ่งอื่นใดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ปลูกฝังดูแลลูกด้วยความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ให้ใฝ่ดี และใฝ่รู้ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอน ถ่ายทอดความรู้ให้มีวิชาติดตัว ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อน รวมทั้งทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนาม ไว้ได้อย่างครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และ ท้ายที่สุดขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุน การทำวิจัยบางส่วนจากเงินกองทุน China Medical Board of New York, Inc. ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศุภรัตน์ ไพบาลตันติวงศ์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาค
ตะวันตก
ผู้วิจัย ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
จริยาวัตร คมพัยคัมภ์ ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
ศิริอร สินธุ D.N.Sc.
อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
วันที่สำเร็จการศึกษา 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2540

บทคัดย่อ

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากขึ้นในผู้หญิงและปัญหาสำคัญของผู้หญิงโรคเบาหวาน
ประการหนึ่ง คือ มีอาการแทรกซ้อนของโรคแล้วจึงมารับการรักษาที่ถูกต้องในโรงพยาบาล ดังนั้น
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน กลุ่ม
ตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานและ
หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลในภาคตะวันตก จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วย
เครื่องมือแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัด
หมวดหมู่ของข้อมูลและสรุปนำเสนอในเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.5) อายุมากกว่า 40 ปี สถานภาพสมรสคู่(ร้อยละ
65.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 70.5) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 60.5) รายได้ส่วนตัว 1,001 -
3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 29.0) มีบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ 3 - 4 บทบาท (ร้อยละ 55.5) และ
มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรค 1 - 5 ปี (ร้อยละ 53.0)

2. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ ให้ความหมายและการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะเริ่มต้น
เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ อาการผิดปกติที่พบมาก 4 อันดับแรก คือ ปัสสาวะบ่อย
(ร้อยละ 73.5) กระหายน้ำ (ร้อยละ 46.0) อ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 35.5) และรับประทานอาหาร
ได้แต่พอมลง (ร้อยละ 27.5) อาการดังกล่าวมักปรากฏขึ้นร่วมกัน และจะให้ความหมายต่ออาการ
ผิดปกตินั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่า ไม่ทราบว่าเป็นอะไร มากที่สุดร้อยละ 35.5
และมีเพียงร้อยละ 11.0 ที่ให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวาน การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ครั้งแรกนั้นอยู่ภายใต้ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะใช้วิธีการรอสังเกตอาการมากที่สุด ร้อยละ 53.0 รองลงมาคือ รักษาตนเอง ร้อยละ 35.0 หลังจากนั้นขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ซึ่งพบเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันมากที่สุดร้อยละ 66.9 และมีบทบาทสำคัญที่สุดในการตัดสินใจแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพ แหล่งบริการที่กลุ่มตัวอย่างนิยมไปใช้บริการ ก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ คลินิก ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 17.2 และมีเพียงร้อยละ 3.6 ที่ใช้บริการหมอแผนโบราณ เหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการในแหล่งบริการต่างๆ และโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ มีบุคคลแนะนำและพามา รองลงมาคือ ความสะดวกในการเดินทาง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างไปเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการอื่นๆก่อนมาโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา มีการรับรู้ต่ออาการหลังเข้ารับบริการว่าดีขึ้นปานกลาง ร้อยละ 68.2 และมีเหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพคือ ค่ารักษาแพง ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือ รักษาไม่หายมีอาการรุนแรงมากขึ้น ร้อยละ 26.6

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรตระหนักและเน้นถึงการให้ข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้หญิงและครอบครัวด้วยวิธีการที่เหมาะสม / และหน่วยงานภาครัฐ ควรจัดบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้หญิงโรคเบาหวานสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

Thesis Title A Study on Health Service Seeking Process of Women With Diabetes Mellitus in the Western Region

Name Supparat Paisantuntiwong

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Jariyawat Kompayak , B.Sc., M.P.H. , Dr. P.H.

Sirion Sindhu , B.Ed , M.Sc. , D.N.Sc.

Atirat Wattanapailin , B.Ed. , M.Ed. , D.Ed.

Date of Graduation 28 May B.E. 2540 (1997)

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease that revealed statistical increased in women. One of the important problem in caring for the women with diabetes mellitus is that most of them have developed complications before seeking health service from hospitals.

The purpose of this study was to investigate the process of health service seeking of women with diabetes mellitus. The sample consisted of 200 women with diabetes mellitus receiving health care service at the diabetes mellitus clinic in the Out Patient Department as well as female diabetes mellitus patients admitted to diabetes mellitus wards at government hospitals in the western region of Thailand. The data were collected by the investigator. Data were analysed by grouping and presented in quantitative styles. The results were as follow:

1. The majority of subjects (90.5%) were older than 40 years, married (65.5%), primary education level (70.5%), no occupation (60.5%), 29.0% of the subjects earned income between 1,001 - 3,000 baht per month. More than half of the subjects (55.5%) performed three-four roles. Fifty-three percent have had diabetes mellitus for one to five years.

2. Health service seeking process covered 3 steps as follow:

- step 1. Illness Recognition, Symptom Definition and Management. Health service seeking process starts as early as they realized that something has gone wrong ie. polyuria (73.5%), polydipsia (46.0%), fatigue (35.5%), and weight loss(27.5%). Most of the symptoms occurred in combination of many symptom together. In defining of the symptom, 35% of the

women noticed unusual symptoms occurred but did not know of what they indicated. Only 11% of the subjects suspected they had diabetes mellitus. The management of the noticed symptoms depended upon their own thinking. Almost half of the subjects waited and saw before taking further step of treatment (53.0%). 35.0 percent performed self treatment. After that they were advised by others. The study also revealed that family members were the largest group (66.9%) of people whom the subjects turned to for advice and played the most important roles in the decisions made by the subjects regarding health service seeking.

step 2. Selection of Health Service Agency. The women went to different agencies for health service prior to coming to the present hospitals. Those agencies were private clinics (41.4%), community hospital (17.2%) and only 3.6% went to traditional medical centers. The reasons underlying the selection of health service agencies were the suggestion from others, and in some cases transportation accessibility.

step 3. Evaluation and Changing of Health Service Agency. In an evaluation of the health care service, the subjects were evaluated prior to coming to the present hospital. The study revealed that the subjects knew from the results of the symptoms that after treatment they were moderately better (68.2%). The underlying reason for their decision in changing from previous agency to the present hospital were the high cost of service (28.6%), and in some cases "getting worse" (26.6%).

From the result of the study, the investigator suggested that nurses and health personnel need to provide knowledge and information regarding diabetes mellitus to women and their families. The government health center units should plan health service to be accessible and efficient for the women to get appropriate health service at an early phase of disease.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญตารางภาคผนวก	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	10
กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน	27
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	42
การอภิปรายผล	93

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	115
ข้อเสนอแนะ	118
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	130
ข. เอกสารขอความร่วมมือและพินัยสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	132
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	134
ง. ตารางแสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	139



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ	44
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	45
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบทบาทหน้าที่ และการมีหรือไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อเจ็บป่วย	47
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อาการผิดปกติ	51
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้ความหมายอาการผิดปกติ	55
6	จำนวนและร้อยละของการจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างตามการให้ความหมาย	59
7	จำนวนและร้อยละของการจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาของการจัดการ	60
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการขอคำปรึกษาก่อนพบแพทย์	61
9	จำนวนและร้อยละของแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้ก่อนมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	63
10	จำนวนและร้อยละของแหล่งบริการสุขภาพจำแนกตามการได้รับหรือไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานก่อนมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	64
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	73
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีบุคคลพากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการและการลางานของกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	75
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเดินทาง ระยะเวลาเดินทาง ไปกลับและการรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทางมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา และการรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	80
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่รอเตียงเพื่อเข้ารับ บริการสุขภาพและการรับรู้ต่อระยะเวลาการรอเตียง	81
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา แหล่งช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษา และการรับรู้ ต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	83
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการรักษาอื่นร่วมกับการรักษา ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	84
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อาการก่อนเข้ารับ บริการและหลังเข้ารับบริการในแหล่งบริการต่างๆ	87
19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อาการก่อนเข้ารับ บริการและหลังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	88
20	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามเหตุผล ในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ	90
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ	92

สารบัญตารางภาคผนวก

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัว	140
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว	141
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพ	142
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามจำนวนครั้งที่มารับบริการและระยะเวลาของการเข้ารับบริการ	143
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามการมีบุคคลในกลุ่มตัวอย่างมารับบริการการรักษา	144
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามการกลางานเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมา	145
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามวิธีการเดินทางและระยะเวลาในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ	146
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามการรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ	147
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามบริการที่ได้รับ	148
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา และการรับรู้ต่อระยะเวลาในการตรวจรักษาเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ	149
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ	150
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และแหล่งช่วยเหลือค่ารักษาในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ	151
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามการรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาในแหล่งบริการต่างๆ	152
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามการรักษาอื่นร่วม	153

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิง โรคเบาหวานในภาคตะวันตก	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ความเจ็บป่วยก็เป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ จะอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ ทำการเยียวยารักษาหรือแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อที่จะบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้นๆ

การแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง ครอบครัว เพื่อนบ้าน และความเชื่อในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ หลังจากนั้นตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ หรือวิธีการรักษา และอาจเปลี่ยนแหล่งรักษาใหม่ทั้งนี้เพื่อต้องการให้หายจากการเจ็บป่วยหรือกลับคืนสู่สภาพปกติ (Suchman 1965: 145-161, Fabrega 1980 , Chisman 1977: 351-377, Mechanic 1979 อ้างใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ 2530: 51-54) การแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ประสบการณ์ในอดีตและความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ วัฒนธรรมความเชื่อ เศรษฐกิจ และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2526 อ้างในแสงทอง แหงมงาม 2533: 29) นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่เอื้อให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้ แหล่งบริการสุขภาพในสังคมไทยเท่าที่มีอยู่มีหลายประเภทด้วยกัน เช่น หมอพระ หมอน้ำมนต์ หมอสมุนไพร หมอทรงเจ้า ร้านขายยา สถานิอนามัย คลินิก โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น ทำให้บุคคลมีทางเลือกในการแสวงหาบริการสุขภาพได้ตามต้องการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ในสถานการณ์ปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนในปัจจุบัน พบว่า ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2538: 6) และกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น โรคเบาหวาน จัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

(สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข 2538: 1) และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบมากขึ้นในกลุ่มผู้หญิง สถิติการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลต่อสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ แต่ปี พ.ศ.2531-2536 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2536 มีผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลถึง 69.6 ต่อประชากรแสนคน (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 30, 35-36) และจากรายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลต่างๆ ในภาคตะวันตก ปีงบประมาณ 2537 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ ณ.คลินิกโรคเบาหวานมีจำนวนถึง 29,443 คน (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2538: 108, 140) และพบผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 30)

เบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีอันตรายร้ายแรง เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ง่าย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดในสมองแตก หรือตีบ ทำให้เป็นอัมพาตได้ ผู้หญิงโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากกว่าผู้ชายที่ป่วยด้วยโรคนี้ (Carlson, K. J. et al 1995: 45) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าว มักเป็นผลเนื่องมาจากการแสวงหาบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคล่าช้า: ทั้งนี้ก็อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อนว่าตนป่วยเป็นโรคเบาหวานหรืออาจจะทราบ เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น หน้ามืด ตาลาย ใจสั่น ลมออกหู คล้ายจะเป็นลม ซึ่งอาจจะเป็นอาการเริ่มแรกของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว ก็คิดว่าเป็นโรคลม อาจจะทำการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ที่เคยใช้รักษาอาการดังกล่าวให้หายไป อาจจะรักษาด้วยตนเอง หรืออาจจะไปปรับการรักษาตามความเชื่อพื้นบ้าน ที่เชื่อว่าจะรักษาอาการของโรคให้หายไปได้ เช่น รักษายาหอมพระ หอมสมุนไพร หอน้ำมันดี หอมทรงเจ้า หรือหอมเสกเป่าเป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้หญิงโดยเฉพาะในชนบทหรือภูมิภาคไปใช้แหล่งบริการเหล่านี้มากกว่าผู้ชาย (นภาพรชโยวรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530 อ้างในพัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ 2533: 16) การหายจากการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเป็นเพียงระงับอาการไปชั่วคราวเท่านั้น เพราะแหล่งบริการสุขภาพดังกล่าวตรงนั้นไม่สามารถที่จะบอกได้เลยว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพราะโดยธรรมชาติของโรคเบาหวานเป็นโรคที่มองไม่เห็นภายนอกกว่าเป็นตรงไหน จะทราบแน่ชัดก็ต่อเมื่อได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเท่านั้น (จิตร จิรรัตน์สถิตและมณี แก้วปลั่ง 2534: 14 , วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ) 2536: 95) ดังนั้นผู้หญิงที่มีความเชื่อถือและศรัทธาในการรักษาดังกล่าว จะวนเวียนอยู่กับบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคนั้นอยู่นาน ทำให้ภาวะของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น จนไม่สามารถควบคุมโรคได้ ในที่สุดก็ต้องมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่บางครั้งจะพบว่าแม้ผู้หญิงที่ป่วย

ด้วยโรคเบาหวานแสงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมจริงตั้งแต่เริ่มรู้ว่ามีอาการผิดปกติ และรับรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งรักษาไม่หายขาด อาจแสวงหาการรักษาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันเช่นการรักษาด้วยสมุนไพร โสยศาสตร์เป็นต้น บางครั้งอาจจะกระทบกับการรักษาที่ใช้อยู่ทำให้ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

แม้ปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายจัดระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทัวถึง และครอบคลุมทุกพื้นที่แล้วก็ตาม (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2538: 5) ในสภาพความเป็นจริงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางพื้นที่ สถานบริการสุขภาพที่ให้การรักษาและตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานเบื้องต้นยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และระบบบริการที่เป็นอยู่ไม่เอื้อและไม่ไว (Sensitive) ต่อปัญหาสุขภาพของผู้หญิง (จรัส สุวรรณเวลา 2539 อ้างในเอื้อมพร ทองกระจ่าย 2539: 26) ทำให้การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในฐานะของผู้หญิงไทยเป็นไปด้วยความยากลำบาก และวิถีชีวิตการเลี้ยงดูลูกผู้หญิงในสังคมไทย ทำให้ผู้หญิงไปไหนมาไหนคนเดียวไม่ได้ ต้องมีคนไปเป็นเพื่อนประกอบกับความยากจน ไม่มีค่าพาหนะเพียงพอในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพของรัฐ อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมของผู้หญิงโรคเบาหวาน และเป็นเหตุให้ผู้หญิงแสวงหาบริการสุขภาพที่มีอยู่ในท้องถิ่น ซึ่งคุ้นเคยกับวิธีการรักษาหรือสนิทสนมกับผู้ให้การรักษา อยู่ใกล้ สะดวก และเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้การใช้เวลาไปแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมของผู้หญิงเมื่อเจ็บป่วยจะเป็นไปได้ยาก เพราะการที่ต้องดูแลครอบครัว เลี้ยงดูพ่อแม่ และต้องให้เวลากับครอบครัวรวมถึงต้องทำงานนอกบ้านอาจทำให้ผู้หญิงไม่มีเวลาพอ ที่จะไปเข้ารับบริการสุขภาพที่เหมาะสม จึงแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย โดยไม่ต้องเสียเวลาหรือเงินทองมาก เพื่อที่จะปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของตนให้สมบูรณ์ หรือสามารถหาเงินมาช่วยเหลือครอบครัวได้ ทำให้ผู้หญิงโรคเบาหวานมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆแล้ว จึงมาพบแพทย์ ทำให้สูญเสียเวลา ค่าใช้จ่ายไปมาก รวมทั้งบั่นทอนสุขภาพของผู้หญิงโรคนี้อย่างมาก กว่าที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสม

จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยกับผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของโรงพยาบาลต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และพบผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชายถึง 2 เท่า และผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว เช่น เป็นแผลเน่าดำ เป็นลมหรือควมา

แล้วถูกนำส่งโรงพยาบาล และมาตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน เมื่อผู้วิจัยได้พิจารณาถึงสาเหตุว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ซึ่งก็อาจพิจารณาได้ว่าน่าจะเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวานมักเกิดในคนอ้วน (สุนทร ตัณฑนันท์, วลัย อินทร์มรรย 2535: 24) ภาคตะวันตกเป็นภาคที่มีอาหารอุดมสมบูรณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีรสหวานดังเช่นขนมหวานที่ขึ้นชื่อในจังหวัดเพชรบุรี สุพรรณบุรี ด้วยลักษณะดังกล่าว อาจทำให้ผู้หญิงมีโอกาสเลือกรับประทานอาหารที่มีรสหวานได้ง่าย แม้ว่าโรคเบาหวานไม่ได้เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากแต่เพียงอย่างเดียวก็ตาม แต่ก็อาจเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้หญิงมีอาการแสดงของโรคเบาหวานได้มาก ซึ่งเป็นประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ประกอบกับลักษณะอาการของโรค ผู้ป่วยมักไม่ค่อยรู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ก็มักจะรักษาด้วยตนเองเพราะคิดว่าเป็นโรคลมหรือแสวงหาบริการสุขภาพที่เชื่อว่ารักษาอาการนั้นให้หายไปได้ นอกจากนี้ปัจจุบันจะพบว่าในภาคตะวันตกแรงงานผู้หญิงเป็นแรงงานที่สำคัญของโรงงานอุตสาหกรรม เช่น โรงงานอุตสาหกรรมผลไม้กระป๋อง โรงงานทอผ้า เป็นต้น อาจทำให้ผู้หญิงไม่มีเวลาพอไปแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วยได้ เพราะผู้หญิงนอกจากจะรับภาระงานในบ้านแล้วยังต้องทำงานนอกบ้านด้วย และในที่สุดจะมาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น รักษาตนเองไม่ได้หรือหมอที่บ้านไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้การรักษาทางการแพทย์เป็นไปด้วยความยากลำบาก เพราะโรคลุกลามไปมาก ก่อให้เกิดความพิการ และอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังสูญเสียเวลา สุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายต่างๆ ไปมากกว่าที่ควรจะเป็นไปกับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนเป็นสาเหตุของการสูญเสียอย่างมากในรูปของค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละหลายๆ ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศชาติที่สำคัญอีกด้วย

เป็นที่ยอมรับกันว่า การแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อมีอาการของโรคเบาหวาน จะเป็นการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ลดความวิตกกังวล และลดค่ารักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขได้ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทีมสุขภาพ ได้ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจทำการศึกษาระบบการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกกว่าเป็นอย่างไร โดยศึกษาย้อนหลังตั้งแต่เริ่มรับรู้ปัญหาสุขภาพให้ความหมายกับอาการผิดปกติ ตัดสินใจและเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาอย่างไร การเดินทาง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาและผลของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไปใช้บริการแต่ละสถานะนั้น ๆ ตามความรู้สึกของผู้ป่วย ตลอดจนเหตุผลที่เปลี่ยนแหล่ง หรือวิธีการรักษาก่อนที่จะเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะนำมาเป็นแนว

ทางในการวางแผนจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก เพื่อให้ผู้หญิงโรคนี้อาศัยบริการสุขภาพที่ได้เร็วที่สุด ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ไม่เสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น เสียเวลาน้อย และได้รับประโยชน์สูงสุด เพื่อเป็นการป้องกันโรคหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนถึงสุขภาพที่ดีของผู้หญิง โดยศึกษาใน 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนนี้เป็นการรับรู้อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล และตีความหรือให้ความหมายอาการและความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกายตนเอง จากประสบการณ์หรือความรู้เดิมและข้อมูลจากบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดขึ้น ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และจะส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยหรือไม่ โดยอาจมีการประวิงเวลาเพื่อสังเกตอาการและความรุนแรงขณะเดียวกันอาจมีการรักษาหรือดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ ในขั้นตอนนี้บุคคลจะแสวงหาข้อมูลคำแนะนำและความช่วยเหลือเบื้องต้นจากบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิด เช่น สามี/ภรรยา บิดา มารดา เครือญาติ หรือกลุ่มเพื่อน ซึ่งการรับรู้และการให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคคลว่าเป็นโรคใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และจะส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือไม่เพียงใด นั้นส่วนหนึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก ความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนและท้องถิ่นนั้นด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพและการเข้ารับบริการสุขภาพ

เมื่อเห็นความสำคัญของอาการต่างๆ หรือยอมรับการเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะแสวงหาทางเลือกเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน การเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อการรักษาเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ของตนเองหรือบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดที่เคยประสบกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน รวมทั้งประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเลือกแหล่งบริการสุขภาพด้วย นอกจากนั้นในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ บุคคลยังคำนึงถึงปัจจัยต่างๆหลายประการได้แก่

- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ พิจารณาทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางว่าต้องใช้จ่ายมากน้อยเพียงใดและค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้งว่าตนเองหรือครอบครัวมีกำลังความสามารถในการจ่ายได้หรือไม่

- ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ พิจารณาถึงสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่เอื้อให้ตนเองเข้ารับบริการได้ เช่น การประกันสังคม การประกันสุขภาพ การใช้บัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ รวมทั้งสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย

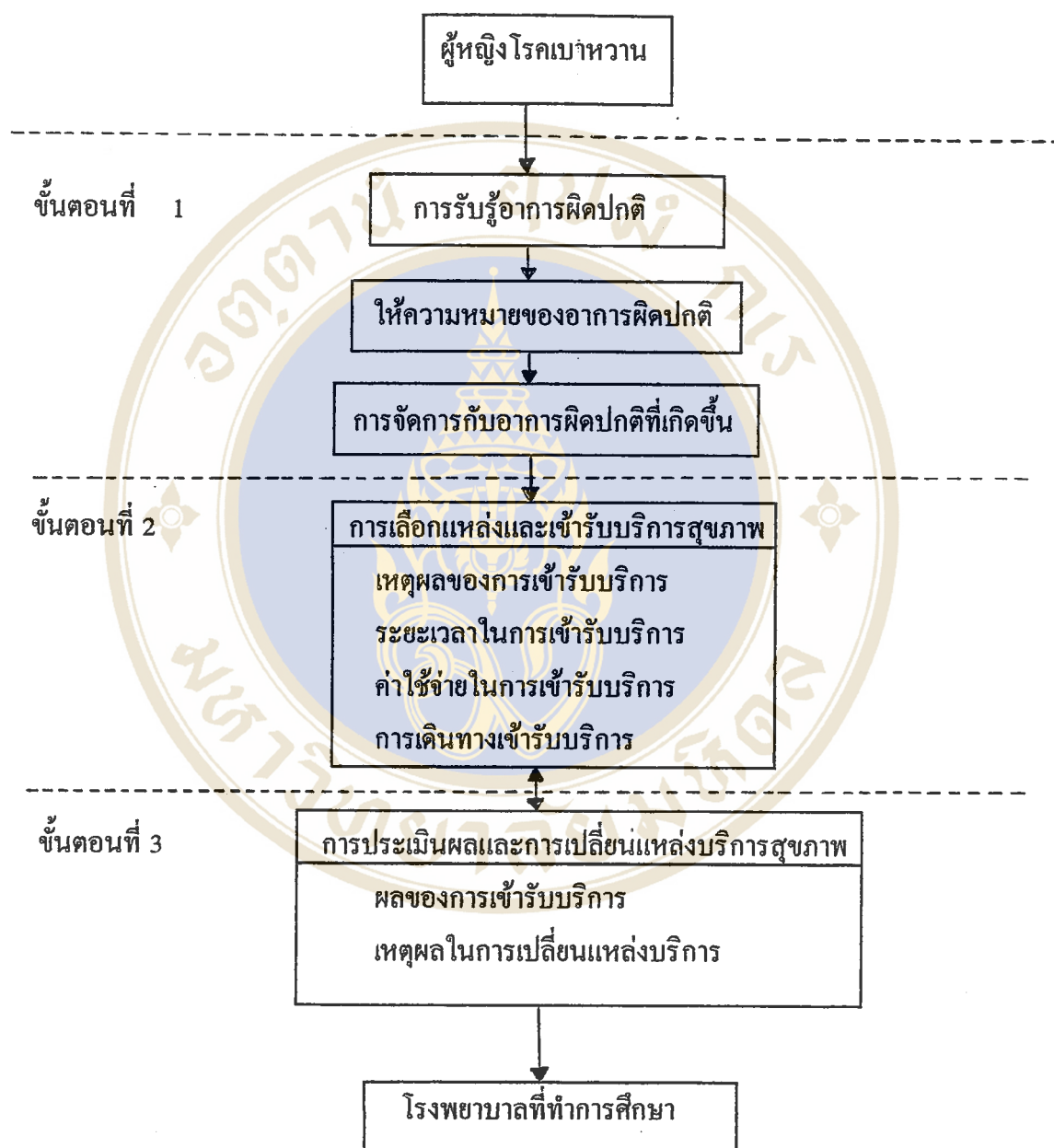
- ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ พิจารณาจาก วิธีการเดินทาง ระยะทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ว่ามีความสะดวกมากน้อยเพียงใด

- ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ พิจารณาจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนในการเข้ารับบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการรับบริการ ว่ามีความรวดเร็วมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวันของตนเองและครอบครัวมากน้อยเพียงใด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

เป็นการประเมินด้วยตนเอง หรือบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวกับผลการรักษาว่า อาการผิดปกติดีขึ้นหรือไม่เพียงใด โดยพิจารณาร่วมกันทั้งค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ และค่าเสียเวลาต่าง ๆ เปรียบเทียบกับระยะเวลาและความยาวนานของการเจ็บป่วย กำลังทรัพย์ที่มีอยู่ รวมทั้งบริบทของสถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคมในขณะนั้นเกี่ยวกับ ชื่อเสียงของแหล่งบริการ ประสิทธิภาพการรักษา วิธีการรักษาจากแหล่งต่างๆ ตลอดจนความเอาใจใส่ อารมณ์ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพของบุคคลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของตัวบุคคลเองและบุคคลรอบข้าง ซึ่งสามารถสรุปเป็นแนวคิดตามแผนภูมิที่ 1

กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก

คำถามการวิจัย

เมื่อผู้หญิงในภาคตะวันตกป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้ว มีการแสวงหาบริการสุขภาพอย่างไร โดยศึกษาตามลำดับขั้นตอน เริ่มตั้งแต่มีอาการผิดปกติ และให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เลือกวิธีการรักษา จนกระทั่งได้มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะมีรายละเอียด โดยมีประเด็นคำถามดังนี้

1. เริ่มมีอาการผิดปกติอย่างไร
2. ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเองอย่างไร
3. จัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างไร
4. แต่ละแหล่งที่ไปแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 4.1 มีเหตุผลในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร
 - 4.2 ใช้ระยะเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพนานเท่าใด
 - 4.3 มีการเดินทางในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร
 - 4.4 ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้ารับบริการสุขภาพประมาณเท่าใด
 - 4.5 มีการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลา การเดินทาง และค่าใช้จ่ายเมื่อไปเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง
5. ผลของการรักษาตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
6. มีเหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งหรือวิธีการรักษาอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก โดยศึกษาในผู้หญิงโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะได้นำซึ่งข้อมูลที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในสถานการณ์เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพที่เป็นจริงของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกและนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้หญิงโรคนี้เข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เสียเวลาน้อย ไม่เสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น และได้รับประโยชน์สูงสุด

นิยามตัวแปร

กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง ขั้นตอนที่ผู้หญิงโรคเบาหวานรับรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ให้ความหมายต่อการผิดปกตินั้นตามการรับรู้ของตนเอง ตัดสินใจและเลือกเข้ารับบริการสุขภาพ ตลอดจนประเมินผลการรักษาและบริการที่ได้รับ หากประเมินแล้วว่าบริการนั้นไม่เหมาะสม อาจมีการเปลี่ยนแหล่งบริการได้ จนกระทั่งมาเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ในการเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพนี้ ประกอบด้วย ลักษณะการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ และการรับรู้ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ ตลอดจนเหตุผลในการเข้ารับบริการและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ หมายถึง บริการที่บุคคลหรือสถาบันของรัฐและเอกชนจัดขึ้นเพื่อให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจเป็นบริการด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว หรือเป็นบริการที่ผสมผสานให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ผู้หญิงโรคเบาหวานตัดสินใจและเลือกรับบริการจากแหล่งบริการนั้นๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา สรุปสาระสำคัญเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน

1. แนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และอาจเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้เสมอในช่วงชีวิต (King 1981 in Tomey 1994: 310) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมนุษย์จะมีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (Orem 1991 ในสมจิต หนูเจริญกุล 2536: 19) ไม่ว่าจะอาการป่วยนั้นจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ทุกคนต้องการจะหาย จึงพยายามที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่ การรอดูอาการ การไม่ทำอะไรเลย การรักษาตนเอง ตลอดจนแสวงหาและเลือกแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ เช่น การซื้อยาจากร้านขายยา การรักษาด้วยหมอแผนโบราณ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ 2530: 8) และอาจมีการเปลี่ยนแหล่งรักษาใหม่ ทั้งนี้เพื่อต้องการให้หายจากการเจ็บป่วยหรือกลับคืนสู่สภาพปกติ บุคคลแต่ละคนจะมีกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการตีความและการให้ความหมายต่อสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเชื่อแบบวิทยาศาสตร์ แบบโบราณ หรือไสยศาสตร์ก็ตาม (มัลลิกา มัติโก 2533: 47) กระบวนการและขั้นตอนของการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล ได้มีนักวิชาการเสนอแนวคิดไว้หลายท่าน ดังเช่น

ซันแมน ซึ่งได้อธิบายถึงลำดับเหตุการณ์ต่างๆในการแสวงหาบริการสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจในการเลือกหาแหล่งบริการว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นตอนประสบการณ์

(the symptom experience stage) บุคคลจะตัดสินใจอาการป่วยโดย อาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา อาจมีการประวิงเวลา เพื่อรอคูอาการก่อน จึงเข้าสู่ขั้นตอนการยอมรับการเจ็บป่วย (assumption of the sick role stage) และเสาะแสวงหาเพื่อการตัดสินใจ ไปหาผู้บำบัดรักษาเป็นขั้นต่อไป (the medical care contract) บุคคลจะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วย และให้ความร่วมมือเพื่อการรักษาให้หาย (the dependent patient role stage) จนผู้บำบัดรักษายอมรับว่าผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพปกติแล้ว (the recovery or rehabilitation stage) หรือ ในบางคนอาจต้องยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ขั้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดกับทุกคน และไม่จำเป็นว่าทุกคนจะต้องมีครบทุกขั้นตอน บางคนอาจเริ่มจากขั้นแรกไปสู่ขั้นยอมรับการเป็นผู้ป่วยเลยก็ได้ และในขั้นการเลือกแหล่งรักษานั้นจะเป็นขั้นตอนที่สะท้อนให้เห็นโลกทัศน์ของผู้ป่วย ความสะดวกสบาย และการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่างๆทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกใช้ บริการ (Suchman 1965: 145-161)

แนวคิดในการแสวงหาบริการสุขภาพของแพรบริกา ให้ความสำคัญกับหลักทางเศรษฐศาสตร์ ผลประโยชน์สุทธิที่ได้รับจากวิธีการรักษาและแหล่งบริการนั้นกล่าวคือบุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และพิจารณาถึงผลประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับจากวิธีนั้นได้เริ่มจากขั้นตอนการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย (illness recognition and labelling) ด้วยการตีความอาการผิดปกติจากข้อมูลประสบการณ์หรือการรับรู้ข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง แล้วนำมาตีค่าประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (illness disvalues) หากตระหนักในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ก็จะนำมาวางแผนการรักษา (treatment plan) ซึ่งเชื่อกันว่าบุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์จากความเจ็บป่วยในอดีต ตลอดจนประเพณีวัฒนธรรม และมีการประมาณความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษาตามประสบการณ์ในอดีต (assessment of treatment plan)ว่าจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นหรือไม่ (treatment benefits) แล้วจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ (disvalues of illness) รวมทั้งค่าเสียเวลาและเงินที่ต้องใช้สำหรับวิธีการรักษาที่เขาเลือก ซึ่งค่าใช้จ่ายในแต่ละวิธีการรักษานี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย กำลังเงินที่มีอยู่ สถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคมของบุคคล หลังจากนั้นพิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ (net benefit or utility) คือ มีผลดีต่อการรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย และให้ผลประโยชน์มากที่สุด จึงตัดสินใจเลือกวิธีการรักษานั้น (selection of treatment plan) โดยสรุปการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งนั้น เขาจะใช้ประสบการณ์ของการเจ็บป่วยและการรักษาในอดีต มาเลือกหาวิธีการต่างๆแล้วพิจารณาถึงผลประโยชน์สุทธิที่จะได้รับจากการเลือกการรักษาวิธีนั้นนั่นเอง (Fabrega 1980: 470-484)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของไอกัน ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนที่ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ รวมทั้งมีส่วนในการประเมินอาการ และประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการนั้นด้วย ไอกันได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลเริ่มประสบกับอาการ (symptoms-experience) ที่ผิดปกติ ถ้าทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการอะไรและรับรู้ว่าไม่ร้ายแรง ก็จะทำการรักษาตนเอง (self-treatment) แต่ถ้าไม่ทราบว่าอาการผิดปกตินั้นคืออาการเจ็บป่วยอะไร ก็อาจจะสอบถามอาการกับบุคคลสำคัญ เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อนสนิท เป็นต้น (communication to significant others) เพื่อที่จะประเมินอาการว่าเป็นอาการของโรคอะไร (assessment of symptoms) และจะไปสู่ขั้นตอนการประเมินว่าจะทำการรักษาที่แหล่งไหน จึงจะให้คุณภาพดีที่สุดในที่สุด (assessment of the probable efficacy or appropriateness of sources of treatment) และเมื่อประเมินอาการป่วยได้แล้ว ก็จะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วยที่สังคมยอมรับว่าเขาป่วย (assumption of the sick role) ในระหว่างนี้ก็จะมีญาติ พี่น้อง และเพื่อนมาเยี่ยมเยียน หรือมีบทบาทในการร่วมวินิจฉัยโรค หรือแนะนำถึงแหล่งหรือวิธีการรักษาโรค รวมทั้งอาจจะช่วยในการตัดสินใจว่า ควรจะไปรักษาที่ใด จึงมีประสิทธิภาพมากที่สุด (expression of concern by kin and close friends (expressive and or instrumental)) ก็จะเลือกแหล่งที่จะรักษา(selection of treatment plan) ไปทำการรักษา (treatment) และมีการประเมินผลการรักษา (assessment of effects of treatment of symptoms) ถ้าหายจากอาการก็จะไปสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ (recovery (cure) and rehabilitation) แต่ถ้าไม่หาย หรือเกิดความขัดแย้ง (conflict) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ก็จะเกิดการเปลี่ยนแหล่งรักษา และกลับไปสู่ขั้นตอนการประเมินอาการใหม่ได้อีกครั้ง (Igun 1979: 445-456)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพ (health seeking process) ของคริสแมน โดยกล่าวว่า เมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วย (symptom definition) ที่เกิดขึ้นตามความหมายทางวัฒนธรรม ความเชื่อที่ได้การถ่ายทอดกันมา และไปปรึกษาบุคคลใกล้ชิด (lay consultation) เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริงๆ และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน ซึ่งผู้ป่วยจะเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role - behavior shift) ในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังแล้วก็เข้าสู่ขั้นตอนการรักษา (treatment action) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา เมื่อรักษาแล้วก็เข้าสู่ขั้นสุดท้ายคือการประเมินผล (adherence and evaluation) ซึ่งเป็นขั้นที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทาง

สังคม ร่วมกันประเมินผลการรักษาตลอดเวลากว่า ความเจ็บป่วยที่เป็นดีขึ้น หรือหายไปหรือยัง ตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดนี้ของความเจ็บป่วยนั้น อาจมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (Chisman 1977: 351-377)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลได้ ดังนี้ คือ เมื่อเกิดอาการหรือความผิดปกติบุคคลจะรับรู้และให้ความหมายอาการหรือความผิดปกตินั้น ตามประสบการณ์และคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น ว่าอาการหรือความผิดปกตินั้นแสดงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคใด มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามบทบาทแต่ละบทบาทของชีวิตบุคคลหรือไม่อย่างไร จะจัดการกับอาการและความผิดปกติดังกล่าวอย่างไร ซึ่งอาจจะรอดูอาการและให้การดูแลเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการ หากอาการมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องเช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน จะร่วมกันประเมินอาการ และแสวงหาวิธีการรักษา ที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพสูงสุดตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชนกลุ่มนั้นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา / ผู้ป่วยและครอบครัวจะร่วมกันประเมินผลการรักษาที่ได้รับว่าวิธีการรักษาจากแหล่งบริการนั้น สามารถบรรเทาอาการหรือทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหรือไม่ หากประเมินแล้วว่าวิธีการรักษานั้นไม่เอื้อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย หรือรักษาไม่ได้ผล อาการและความผิดปกติดังกล่าวยังคงอยู่ ทรัพยากรที่มีอยู่หรือครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนให้การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวได้ ก็จะเปลี่ยนหรือย้ายแหล่งบริการสุขภาพ ไปเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งอื่นต่อไป จนกว่าจะประเมินผลวิธีการรักษาจากแหล่งนั้นว่าเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ

ได้มีผู้ศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของ ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไว้หลายท่าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ และปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้รับบริการ

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไรก็ชัดเจน และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพตามลำดับ กล่าวคือ

1.1 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

โคลน์แมน ได้กล่าวไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพส่วนประชาชน การตีความหมายและวินิจฉัยอาการผิดปกติเป็นของบุคคลและสังคม รวมทั้งการตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์หรือไม่ ระบบบริการสุขภาพส่วนพื้นบ้านได้แก่การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพ ประกอบด้วย การใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า เป่าน้ำมันต์ ถาด เป็นต้น และประเภทไม่ใช่อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่นการใช้สมุนไพร ระบบสุดท้ายคือ ระบบบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ คือการปฏิบัติการทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพ ในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูง มีการจัดองค์กรเป็นทางการเช่น ระบบแพทย์ของจีน และระบบแพทย์แผนตะวันตก (Klienman 1980 อ้างในเบญจวรรณ กำรวิรัชระ 2538: 45)

ในส่วนระบบบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ เป็นระบบที่มีความสำคัญเพราะสามารถให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละคน และระบบบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพในสังคมไทย สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ตามลักษณะการดำเนินงานของหน่วยงานคือ ระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาครัฐ (public health service sector) และระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยเอกชน (private health service sector)

ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ เป็นการจัดการบริการการแพทย์การสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระบบบริการสุขภาพของรัฐ ประกอบด้วย หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับการจัดการบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคนั้น ได้จัดบริการให้ครอบคลุมและทั่วถึงประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท ในเขตเมืองก็จะมีการบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีโรงพยาบาล ในเขตชนบทก็จัดให้มีบริการในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน โดยประเภทของสถานบริการระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยประจำอำเภอ และระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัย และสำนักงานผดุงครรภ์ (วรรณวิไล จันทราภา และคณะ 2538: 88) การจัดการบริการสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับคือ การบริการสาธารณสุขของรัฐระดับหนึ่ง (primary care level) ,การบริการสาธารณสุขของรัฐระดับสอง (secondary care level) และการบริการสาธารณสุขของรัฐระดับสาม (tertiary care level)

1. บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งตั้งอยู่ตามตำบล อำเภอ ทั่วไป ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่วนใหญ่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

2. บริการสาธารณสุขระดับสอง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้และความชำนาญสูงปานกลาง คือ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดทุกจังหวัด หรืออำเภอใหญ่ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรง ต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจงตามโรค หรือได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างลงไป โรงพยาบาลในระดับนี้ มีขีดความสามารถในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สามารถให้บริการการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนซึ่งต้องการการรักษาเฉพาะทางได้

3. บริการสาธารณสุขระดับสาม เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติโดยมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่เฉพาะทางหรือด้วยวิธีการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง สถานบริการสาธารณสุขในระดับนี้ส่วนมากให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่มีศักยภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของประชาชน รัฐบาลได้สนับสนุนให้ประชาชนช่วยเหลือร่วมกันเอง ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาช่วยสนับสนุนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งรวมเรียกว่า สาธารณสุขมูลฐาน

ระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพ ที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ สถานบริการในภาคเอกชนมีหลายประเภทดังนี้

ร้านขายยา เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาได้ มีการกระจายอยู่ทั่วไปตามชุมชน สะดวกในการเข้ารับบริการมาก จัดแบ่ง

เป็น 3 ประเภทคือ ประเภท ก ประเภท ข และประเภท ค โดยจัดแบ่งตามขอบเขตความรับชอบของบุคลากร

คลินิก โพลีคลินิก เป็นการให้บริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญ มีการกระจายอยู่ตามสังคมเมืองที่มีระดับเศรษฐกิจค่อนข้างดี สามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและสะดวก ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้ดีพอควร แต่มีศักยภาพจำกัด ไม่สามารถให้บริการ การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนได้ จำเป็นต้องส่งต่อการรักษา ไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

โรงพยาบาลเอกชน เป็นการให้บริการสุขภาพ ดำเนินการโดยแพทย์ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความชำนาญค่อนข้างสูง และในบางแห่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ซึ่งตั้งอยู่ตามจังหวัดหรืออำเภอใหญ่ ๆ ที่มีระดับเศรษฐกิจดี ส่วนใหญ่ให้บริการด้านรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนนี้ ส่วนใหญ่มีระดับเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดี และไปเลือกเข้ารับเพราะต้องการได้รับการที่ดี รวดเร็ว มีศักยภาพสูงกว่าคลินิก และโพลีคลินิก

ระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดของโคลน์แมน นั้นยังกล่าวถึงระบบบริการสุขภาพส่วนพื้นบ้านว่ายังเป็นอีกระบบหนึ่งของระบบวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งในวัฒนธรรมของสังคมไทยอาจแบ่งออกเป็นส่วนพื้นบ้านหรือที่เรียกว่าการรักษาแผนโบราณ เป็นการรักษาแบบดั้งเดิมที่ยึดถือสืบทอดกันมาตั้งแต่โบราณ โดยการบอกกล่าวหรือเขียนเป็นตำราสืบทอดกันมา หมอแผนโบราณมักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบท ส่วนใหญ่จะมีระดับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมใกล้เคียงกับชาวบ้านมาก จึงมีความเข้าใจสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีเป็นกันเอง (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2530 : 33) จากการศึกษาของแสงทอง แสงงาม (2533 : 91) พบว่าสาเหตุสำคัญของการรับบริการกับหมอพื้นบ้าน คือบริการดี เป็นกันเอง รอไม่นาน นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้านไปให้บริการถึงบ้านของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว จึงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังรักษากับหมอประเภทนี้ การรักษาส่วนนี้แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ไม่ใช้อาณาจนนอกเหนือธรรมชาติ เช่น หมอยา หมอสมุนไพร หมอตำแยหรือผดุงครรภ์โบราณ หมอนวด หมอจับเส้น หมอฝังเข็ม หมอเมะ เป็นต้น

ประเภทที่ใช้อาณาจนนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษากับหมอพระ หมอผี หมอน้ำมนต์ หมอทรง หมอคุณไสย หมอขวัญ หมอเสกเป่า หมอรำผีฟ้า หรือเรียกโดยรวมว่าหมอไสยศาสตร์

สำหรับการแพทย์แผนโบราณทั้ง 2 ประเภทนี้ บางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันด้วยเหตุผลว่า การรักษาด้วยยาสมุนไพร รักษาควบคู่กับการกำกับคาถาอาคมร่วมด้วยเสมอ(เบญจวรรณ กำรวิหระ 2538; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2535)

จากระบบบริการสุขภาพในสังคมไทยที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสหรือทางเลือกในการเข้ารับบริการสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามต้องการ ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ในการเข้ารับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพ ควรประกอบด้วยปัจจัยการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้วย เพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky & Thomas) ได้อธิบายเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ว่า เป็นการแสดงระดับของความเหมาะสม(fit) ระหว่างระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการกับตัวบุคคลหรือผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (availability) ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก (accessibility) ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะที่ตั้ง การเดินทางความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ(accommodation) ความสามารถในการใช้จ่ายสำหรับบริการ หรือ มีประกันสุขภาพ (affordability) และการยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) และจากการศึกษาพบว่าความสามารถในการเข้าถึงบริการ ยังรวมถึงเวลาที่ใช้ในการเดินทาง เวลาที่คอยตรวจรักษา และช่วงเวลาที่มารับบริการสุขภาพด้วย (กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย 2539: 14)

1.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

นอกจากระบบบริการสุขภาพแล้ว ในการแสวงหาบริการสุขภาพนั้น ผู้รับบริการ ยังคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้ให้บริการด้วย ซึ่งผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพจะมีความแตกต่างกันไป

บุคลากรที่ให้บริการในส่วนวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่งานอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

บุคลากรที่ให้บริการในส่วนพื้นบ้าน หรือแผนโบราณ ประกอบด้วย 1) หมอสมุนไพร หรือหมอชาหม้อ รักษาโดยทั่วไป 2) หมอที่ใช้การรักษาทางไสยศาสตร์ 3) หมอเฉพาะทาง เช่น หมอนวด หมอจับเส้น หมอกระดูก 4) หมอแบบผสมผสาน เช่น หมอสมุนไพร และหมอน้ำมันต์ เป็นต้น (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2530: 33)

จะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพมีหลายประเภท และมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้เข้ารับบริการมารับบริการในแหล่งนั้น หรือเปลี่ยนแหล่งใหม่ โดยเฉพาะ อธิษาศัย ความเป็นกันเอง ท่าที และความเพียงพอของผู้ให้บริการ ผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในแหล่งบริการใด

ยอมได้พบเห็นหรือประสบกับสิ่งต่าง ๆ และเกิดความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการจากแหล่งนั้น รวมทั้งสัมพันธภาพที่ได้รับจากผู้ให้บริการด้วย

ในระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ หากผู้ให้บริการมีความสามารถในการทำงาน มีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ และมีอรรถาศัยดีกับผู้รับบริการแล้ว จะเป็นผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และเลือกใช้บริการสุขภาพนั้นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย รวยอาจิม และคณะ (2524 ในแสงทอง แห่งมงาม 2533: 96) พบว่าประชาชนมีการเลือกใช้บริการที่สถานีนอนามัย เมื่อมีความพึงพอใจต่อความรู้ ความสามารถและอรรถาศัยของเจ้าหน้าที่

ในระบบบริการสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อขายสินค้าและบริการเพื่อแสวงหากำไรเป็นสิ่งสำคัญ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ 2532: 16) บริการของผู้ให้บริการ จึงต้องดึงดูดใจลูกค้าสร้างความพึงพอใจ เพื่อให้เข้ามาใช้บริการอีก เห็นได้จากการศึกษาของชูศรี ผลเพิ่ม (2536: 41) ที่พบว่าผู้รับบริการจากแหล่งบริการนั้นอีก เพราะพึงพอใจในการบริการที่ได้รับนั่นเอง ในระบบบริการบริการส่วนพื้นบ้าน หรือบริการสุขภาพแผนโบราณ จะเห็นว่าผู้ให้บริการมีระดับชีวิตความเป็นอยู่คล้ายคลึงกับชาวบ้าน มีความคุ้นเคยและเป็นกันเองมาก ในการรักษาของหมอโบราณจะมีการซักถามโรคและคำนึงถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย จึงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังนิยมรักษากับหมอแผนโบราณ เห็นได้จากการศึกษาของไหมสาเราะ บินมะหะหมัด (2530: 35) ที่พบว่าชาวบ้านเลือกรักษาที่หมอแผนโบราณ เพราะอรรถาศัยดี ซักถามโรคได้ดี และการศึกษาของแสงทอง แห่งมงาม (2533: 91) ที่พบว่าเหตุผลสำคัญของการเลือกรับบริการกับหมอตามบ้านคือบริการดี เป็นกันเอง

จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ให้บริการเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้ผู้รับบริการพิจารณาเลือกหรือเปลี่ยนแหล่งบริการ

2. ปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือผู้รับบริการ

บุคคลหรือผู้รับบริการ เป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลเป็นคนที่เริ่มรู้ถึงสัญญาณแห่งการเจ็บป่วย การรับรู้สัญญาณการเจ็บป่วยนำไปสู่การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง และจะทำการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะทำประการใด จึงจะทำให้มีอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหายไปได้ ทั้งนี้อาจมีประสบการณ์ที่ตนเองเคยเป็นมาก่อน หรือเคยฟังจากคำบอกเล่าของผู้อื่น หรืออาจปรึกษาผู้อื่น เช่น สมาชิกคนอื่นในครอบครัว บุคคลจึง

ทำการตัดสินใจประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้น ๆ แสวงหาและเลือกหาแหล่งบริการการรักษา ตลอดจนการเปลี่ยนแหล่งรักษา

อย่างไรก็ตามก่อนที่บุคคลจะเลือกเข้ารับบริการสุขภาพนั้น จะมีการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย และโรคที่เป็น ด้วยการตีความการเจ็บป่วยจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ตนเองเคยได้รับมาหรือรับรู้มาจากบุคคลรอบข้าง สอดคล้องกับทฤษฎีของคิง (King 1966) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะกระทำใดๆ เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น จะมีองค์ประกอบหลายประการ แต่องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งคือ “การมอง” หรือ “การรับรู้” เกี่ยวกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ถ้ารับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อย - หรือเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะทำการรักษาเยียวยาเอง โดยวิธีการที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรู้จักดี (Young 1981: 499-507 ในเบญจวรรณ กำรวัชระ 2538; Suchman 1972: 145-147 ใน วาทีนิ บุญชะลิกษ์ 2530; Fabrega 1980: 470-484)

เลาเวอร์ (Lauver) ได้พัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมแสวงหาการดูแล (Care- Seeking Behavior) บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมทั่วไป (general behavior) ของเทรนดีส์ (Triandis 1977, 1980, 1982) ไว้ว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษา เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตสังคมของบุคคล ได้แก่ ความคิดความรู้สึก การรับรู้ ประสบการณ์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยที่รุนแรง หรือความหนักใจต่างๆ ในการตรวจรักษา ความคาดหวังและการประเมินค่าเกี่ยวกับประโยชน์ และผลที่จะได้รับ ความเชื่อของคนในสังคมและของตนเองที่มีผลต่อการตัดสินใจแสวงหาการดูแล รวมทั้งการแสวงหาการดูแลตามประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวก เข้ามาร่วมในการตัดสินใจแสวงหาการดูแลด้วย (Lauver 1992: 281)

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวบุคคล ในการแสวงหาบริการสุขภาพหลายท่าน อาทิเช่น แอนเดอร์สัน, เครวิทและแอนเดอร์สัน (Anderson, Kravits & Anderson 1975: 5) ที่กล่าวถึงปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ 3 ปัจจัยคือ

(1) ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อน (predisposing factors) หมายถึง ตัวแปรต่างๆ ของแต่ละบุคคลที่โน้มนำไปสู่การแสวงหาบริการสุขภาพ คุณสมบัติเหล่านี้มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยได้แก่

ก. ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว เป็นต้น

ข. ปัจจัยทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ เป็นต้น

ค. ความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ความเชื่อว่าการรักษาด้วยแผนปัจจุบันสามารถรักษาการเจ็บป่วยได้ดีกว่า

(2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่บ่งบอกหรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการแสวงหาบริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้^{รายได้} การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน เช่น การมีสถานบริการและบุคลากรในชุมชน

(3) ปัจจัยด้านความจำเป็น (need factors) ประกอบด้วย ความจำเป็น 2 อย่าง คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการรับรู้ (perceived need) ของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมิน (evaluated need) จากระบบบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่า ต้องรับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เป็นต้น

ส่วนหนึ่งของแนวคิดของแอนเดอร์เซนและนิแมน (Andersen and Newmans) ได้กล่าวถึงการเลือกใช้บริการสุขภาพในแหล่งบริการว่า มีตัวกำหนดด้านตัวบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการคือ ปัจจัยที่ทำให้มีแนวโน้มในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ขนาดครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต ความเชื่อต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ทักษะติดต่อแหล่งรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ ปัจจัยต่อมาคือปัจจัยที่ทำให้สามารถเลือกใช้บริการได้ ได้แก่ รายได้ของครัวเรือน การประกันสุขภาพที่ครอบครัวได้รับ และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่บุคคลจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ และปัจจัยสุดท้ายคือ ปัจจัยเกี่ยวกับระดับความเจ็บป่วยประกอบด้วย การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยและการถูกประเมินความเจ็บป่วยจากแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือจากอาการแสดงที่บ่งบอกถึงอาการผิดปกติ (Andersen and Newman 1973: 75-100 อ้างในพัชรา เบญจรัตน์นารถ 2533) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเจมส์ ซี ยังก์ (Young 1981: 499-507 อ้างในเบญจวรรณ กำธรวัชร 2538: 29-30) ในด้านความเชื่อในผลของวิธีการรักษา คือ บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาตามความเชื่อถือศรัทธาว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนหายจากอาการเจ็บป่วย

โกรสส์ (Gross) ได้กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมผลักดันให้บุคคลไปรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ รายได้ สถานภาพของการประกัน สุขภาพและการศึกษา ทักษะติดของบุคคลที่มีต่อผู้ให้การรักษา ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการที่มีอยู่ การรับรู้ต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล เช่น จำนวนวันที่มาทำงานไม่ได้ จำนวนวันที่ถูกจำกัดการทำงาน และจำนวนวันที่ป่วย และปัจจัยการเข้าถึง เช่น ระยะทางที่บุคคลอยู่ห่างจากสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาสถานบริการ และเวลาในการรอพบแพทย์ (Gross 1972 อ้างในกุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย 2539: 9) และยังมี

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ของเซอร์ซี และคณะ เกี่ยวกับแบบจำลองของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่าเป็นผลมาจากปัจจัยสองด้านคือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยที่ความต้องการบริการของผู้รับบริการนั้น ถูกกำหนดมาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งอาจจะอาศัยประสบการณ์จากอดีต ความต้องการหรือความจำเป็นในการรักษา และถ้ามีอำนาจการซื้อบริการ ก็จะทำให้เกิดความต้องการในการรักษา แล้วส่งผลให้เกิดการใช้บริการสุขภาพ (Hershey et al. 1975 อ้างในกุศลสุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย 2539: 7)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศ ซึ่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (มหาวิทยาลัยมหิดล 2526 อ้างในแสงทองแห่งงาม 2533: 29) ได้ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ว่ามีบริการให้บริการด้านสุขภาพ เวลาที่มี ประสบการณ์ในอดีตและความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทาง จำนวนเงิน และลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อการที่บุคคลจะเข้าไปรับหรือไม่เข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพในส่วนของปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือผู้รับบริการที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ดังนี้

- 2.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว
- 2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยในความคิดของตัวผู้รับบริการเองและสังคม
- 2.3 ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติเกี่ยวกับการรักษาและผลของการรักษาของวิธีการและแหล่งรักษา ทั้งของตนเองและสังคมวัฒนธรรม
- 2.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับ คุณภาพการบริการ และผู้ให้บริการ รวมถึงความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการด้วย
- 2.5 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ทั้งวิธีการ ขั้นตอนที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ
- 2.6 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของผู้รับบริการ รายได้ของครอบครัว การประกันสุขภาพ ต้นทุนด้านเวลา (time cost) เช่นเวลารอคอยในการรับบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง และเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ มีอยู่หลายปัจจัยดังสรุปไว้แล้ว และได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ไว้ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

อายุ เป็นปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการแสวงหาบริการ จากการศึกษาของชนิตา สันธินาค (2530: 52) พบว่า การแสวงหาบริการรักษาของผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ จะนิยมไปซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาเป็นการใช้บริการของรัฐ และใช้บริการของเอกชน และน้อยที่สุดเป็นการใช้บริการจากหมอโบราณและอื่นๆแต่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จะนิยมไปใช้บริการของรัฐมากกว่าอาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์ในการดูแลรักษาตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าควรจะซื้อยาอะไรมาทำการรักษา จึงไปใช้บริการจากรัฐ ซึ่งมั่นใจในผลการรักษามากกว่า ดังนั้นอายุน่าจะมีผลต่อการแสวงหาบริการ

สถานภาพสมรส สามารถทำให้รูปแบบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของคนแตกต่างกัน ผู้ที่มีคู่สมรส มักจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และมีที่ปรึกษาในการเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนั้นรายงานวิจัยส่วนใหญ่จึงมักพบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีการแสวงหาแหล่งบริการเพื่อการรักษาต่างกัน (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 189)

การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นดัชนีหนึ่งของฐานะทางสังคม ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลได้มาก และใช้วิจารณญาณพิจารณาเลือกแหล่งที่ให้ประโยชน์แก่ตนได้สูงสุด มีงานวิจัยหลายงานที่พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีผลต่อการแสวงหาแหล่งบริการรักษาต่างกัน โดยพบว่า ผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะแสวงหาแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 189; ชนิตา สันธินาค 2530: 60)

อาชีพ มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา พบว่า ผู้หญิงที่เจ็บป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีการไปใช้บริการของเอกชนต่างกัน (ชนิตา สันธินาค 2530: 64) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติด้านวิชาชีพ วิชาการ ธุรกิจ และค้าขาย จะเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์ด้วยเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ และกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม มีการเลือกรับบริการที่มีแพทย์น้อยที่สุด (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 190)และผู้มีอาชีพด้านวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่าผู้ใช้แรงงาน นักเรียนนักศึกษา หรือผู้ที่ไม่ได้ทำงาน (ชูศรี ผลเพิ่ม 2536: 72) และกลุ่มผู้มีอาชีพรับจ้าง จะมาใช้บริการที่คลินิกน้อยกว่ากลุ่มอื่นเกือบครึ่งหนึ่ง (กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย 2539: 45) จากงานวิจัยเหล่านี้พอจะสรุปได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งในการตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพ

ศาสนา ถือเป็นความเชื่ออย่างหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของมานพ คณะโต (2522 อ้างในวาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 36) ในกรณีที่ไม่หายต้องพึ่งพาการรักษา นั้น พบว่า คนไทยพุทธส่วนมากจะไปรับการรักษาจากสถานบริการของรัฐ ส่วน

คนไทยจีน ส่วนมากจะไปรับการรักษาที่สถานบริการเอกชน แต่คนไทยมุสลิมส่วนมากยังคงนิยมซื้อยาจากร้านขายยามารักษาเองต่อไปอีก สอดคล้องกับการศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกมี (2530: 191) พบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธ มีการเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้นับถืออิสลามโดยเฉพาะในเขตชนบท ดังนั้น ศาสนาจึงน่าจะมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพด้วย

ขนาดของครอบครัว สามารถบ่งถึงความช่วยเหลือในระดับครอบครัว การที่บุคคลในครอบครัวป่วย โดยเฉพาะผู้หญิง ซึ่งมักจะทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัว จะมีผลกระทบมาก บุคคลในครอบครัว จะร่วมกันรับผิดชอบออกความคิดเห็นในการรักษาตามความเชื่อ พบว่า ครอบครัวที่มีขนาดเล็กมีความสัมพันธ์กับการใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ เนื่องจากการดูแลภายในครอบครัวมีน้อย จึงต้องพึ่งบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น ทำให้มีการใช้บริการจากสถานพยาบาลมากขึ้น (Wolinsky 1978 ในพัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ 2533: 17) ขนาดครอบครัวจึงน่าจะมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยในความคิดของตัวบุคคลและสังคม

การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย เป็นผลทางอ้อมจากลักษณะทางวัฒนธรรมและมีผลโดยตรงต่อลำดับขั้นในการเลือกรับบริการว่าควรจะเลือกใช้บริการอะไรก่อน การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะเป็นการรับรู้ได้ทั้งลักษณะการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย พัทธา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533: ข) พบว่า คนในวัยกลางคน เมื่อเจ็บป่วยด้วยความรุนแรงระดับมากและปานกลางจะไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า และจากการศึกษาของชนิดา (2530: 44) พบว่า ผู้หญิงเจ็บป่วยด้วยอาการที่พบบ่อยไม่รุนแรง จะเลือกการซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาไปใช้บริการของรัฐและเอกชน ในผู้หญิงที่เจ็บป่วยเฉียบพลันค่อนข้างรุนแรงจะนิยมซื้อยากินเอง แต่ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับการเข้ารับบริการของรัฐ อย่างไรก็ตามผู้หญิงที่ป่วยเฉียบพลันค่อนข้างรุนแรง จะซื้อยากินเองลดลงและไปใช้บริการของรัฐเพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ในการเลือกใช้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยต่างกัน ดังนั้นในเรื่องของการเข้ารับบริการสุขภาพ เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัดว่า การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนี้จะมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพหรือไม่

2.3 ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ เกี่ยวกับการรักษาและผลของการรักษาวิธีการหรือแหล่งรักษา ทั้งของตนเองและสังคมวัฒนธรรม

บุคคลจะเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการปฏิบัติตัวในการเยียวยาจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลคนนั้นและสังคมวัฒนธรรมที่เขาอยู่ ที่พบได้เช่น บางรายมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น เกิดจากภูตผี ปีศาจ นางไม้ เขาก็จะแก้ไขโดยการบนบานศาลกล่าว เสาะหาแม่หมอหมอผี หมอพระ เพื่อแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากธรรมชาติ ก็จะเสาะแสวงหาการรักษาแบบแผนโบราณ (แผนไทย) โดยการพึ่งพาสมุนไพร หรือยากลางบ้าน บางรายมีความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ก็อาจจะไปพึ่งพามนต์ที่จะทำนายโชคชะตา ราศี หรือสะเดาะเคราะห์ รดน้ำมนต์ หรือบางรายมีความเชื่อด้านการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิทยาศาสตร์ ความมีเหตุผลที่พิสูจน์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มชุมชนเมืองที่จะไปพบผู้รักษาพยาบาลในแผนปัจจุบัน นอกจากนี้อาจจะพบ ผู้ป่วยบางรายมีความยึดมั่นต่อผู้นำทางศาสนา หรือพิธีกรรมทางศาสนาเช่น นับถือศาสนาพุทธก็จะไปพึ่งเทศน์ ทำบุญตักบาตร หรือไปรับการรักษาจากพระ หากนับถือศาสนาคริสต์ ก็จะไปพบบาทหลวง ไปสวดมนต์ในโบสถ์หรือขอพรจากพระเจ้า (บุญทิพย์ สิริรังศรี 2538: 26-27)

2.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจ เกี่ยวกับคุณภาพการบริการและผู้ให้บริการรวมถึงความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการด้วย

ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ ผู้ที่เคยเข้ารับบริการในแหล่งบริการใด ย่อมได้พบเห็น หรือประสบกับสิ่งต่างๆและเกิดความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการนั้น ทั้งจากสัมพันธ์ภาพที่มีกับผู้ให้บริการ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ปัจจัยด้านนี้จึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ในระบบบริการภาครัฐอรรถ วยอาจิณและคณะ (2524 ในแสงทอง แห่งงาม 2533: 96) พบว่า ประชาชนมีการเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัย เมื่อมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการทำงาน มีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ และมีธรรมาศยที่ดีกับประชาชนผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2524:4-6) ก็พบการศึกษาในทำนองเดียวกัน

สำหรับระบบบริการภาคเอกชน จะมีจุดมุ่งหมายเพื่อขายสินค้าและบริการเพื่อการแสวงหา กำไรเป็นสำคัญ คั้งนั้น บริการที่ให้จึงต้องดึงดูดใจลูกค้า เพื่อให้เข้ามาใช้บริการอีก เห็นได้จากโรงพยาบาล โพลีคลินิก คลินิกที่เคยให้บริการที่แห่งนี้ มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ทำให้มีการกลับมาใช้บริการจากสถานพยาบาลนั้นอีก และในส่วนของหมอแผนโบราณซึ่งมีระดับชีวิตความเป็นอยู่คล้ายคลึงกับชาวบ้าน มีความคุ้นเคย และเป็นกันเองมาก ในการรักษาของหมอ

แผนโบราณจะมีการช้กถามโรคและค่านึงถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย จึงมีผู้ป่วยบางส่วน ที่ยังนิยมรักษาด้วยหมอแผนโบราณเห็นได้จาก การศึกษาของโหมสาระะ บินมะหะหมัด (2530:35) ที่พบว่า ชาวบ้านเลือกรักษาด้วยหมอแผนโบราณเพราะอัยยาศัยดี ช้กถามโรคได้ดี ดังนั้นประสพการณ์ในอดีตและความสนิทสนมคู้้นเคยกับผู้ให้บริการ จึงน่าจะมีผลต่อการกลับไปแสวงหาบริการสุขภาพในแหล่งนั้นได้

2.5 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ทั้งวิธีการ ขั้นตอนที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ใช้ประกอบการตัดสินใจของบุคคล ประเจตน์ เกษน้อย (2530: 168 ในศิริพร ประางประสิทธิ์ 2533: 29) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว พบว่า ผู้ที่รับฟังวิทยุรายการสุขภาพเป็นประจำ จะไปซื้อยาจากร้านขายยา เมื่อเจ็บป่วยในสัดส่วนต่ำกว่าที่ไม่ได้ฟังหรือฟังเป็นบางครั้ง ผู้รับฟังรายการสุขภาพเป็นประจำจะมีสัดส่วนของการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือคลินิก เมื่อยามเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น และงานวิจัยของแสงทอง แหงมงาม (2533: 52) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยของประชาชนในชนบทจังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข มากกว่ามีการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย มากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า

2.6 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ราคาของบริการทางการแพทย์) รายได้ของผู้บริโภค การประกันสุขภาพ ต้นทุนด้านเวลา (time cost) เช่นเวลาคอย และเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจซื้อ (purchasing power) หรือความสามารถที่จะจ่าย (ability to pay) และความตั้งใจที่จะจ่าย (willingness to pay) (กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย 2539: 10) และ ชื่นชม เจริญยุทธ (2522: 59) ได้ศึกษาปัจจัยการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในชนบทพบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มที่มีรายได้ต่ำจะนิยมใช้การรักษาแผนโบราณมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง และใช้บริการของรัฐ แต่ในกลุ่มที่รายได้ปานกลางและสูงจะมีรูปแบบที่คล้ายกันคือ นิยมใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือ รักษาตนเอง และใช้บริการเอกชน และงานวิจัยของ ชนิดา สัทธินาค (2530: 70) พบว่า ผู้หญิงที่มีอาการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือน ก่อนสัมภาษณ์ในกลุ่มรายได้ต่ำ นิยมการซื้อยากินเอง รองลงมาคือ ใช้บริการของรัฐ และเอกชน กลุ่มรายได้

ปานกลาง นิยมซื้อยากินเองเท่ากับไปใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือ ใช้บริการของเอกชนและในกลุ่มรายได้สูง จะนิยมซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาคือใช้บริการของเอกชน และบริการของรัฐตามลำดับ

ในการศึกษารูปแบบและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านบุคคลหรือผู้ใช้บริการสุขภาพจนบางครั้งแยกกันไม่ออก ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สรุปกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมายและการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนนี้เป็นการรับรู้อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลและตีความหรือให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย ตามข้อมูล หรือประสบการณ์ที่ตนเองได้รับมา หรือรับรู้มาจากบุคคลรอบข้าง ขึ้นกับแบบแผนทางวัฒนธรรมและความเชื่อในแต่ละสังคม ว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในขั้นนี้ อาจพยายามรักษาตนเองหรือประวิงเวลา เพื่อรอดูอาการที่เป็นก่อนว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด จะหายหรือไม่หาย รวมทั้งการปรึกษาและขอคำแนะนำจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลต่าง ๆ รอบข้าง

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพ และการเข้ารับบริการสุขภาพ

เมื่อยอมรับการเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะแสวงหาทางเลือกเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ทางเลือกเพื่อการรักษาเป็นผลจากการเรียนรู้ และประสบการณ์จากตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น ที่เคยประสบกับเหตุการณ์มาก่อนในอดีต ตลอดจนประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ นอกจากนั้นในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยในขั้นนี้ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่

- ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ หรือค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ
- ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ
- ความสะดวกในการเข้ารับการรักษา
- ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการสุขภาพ
- ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ เช่น ประกันสังคม มีบัตรสุขภาพ สิทธิการเบิกค่ารักษา ประกันสุขภาพ เป็นต้น

การเลือกแหล่งบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้น คาดว่าจะสะท้อนให้เห็นถึงโลกทัศน์ของผู้ป่วย ความสะดวกสบาย และการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคมที่มีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพได้ด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองหรือบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการรักษาว่าอาการผิดปกตินั้นดีขึ้นหรือไม่เพียงใด โดยพิจารณาเกี่ยวกับการเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมถึงค่าเสียเวลา เปรียบเทียบกับระยะเวลา ความยาวนานของการเจ็บป่วย กำลังเงินที่มีอยู่ รวมทั้งสถานการณ์ และเงื่อนไขทางสังคม ตลอดจนความเอาใจใส่ อริยาไยของเจ้าหน้าที่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีผลต่อการตัดสินใจ เปลี่ยนแหล่งรักษาของผู้ป่วย เพื่อเลือกใช้แหล่งรักษาแหล่งใหม่ หรือกลับไปใช้แหล่งรักษาที่เคยใช้มาก่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง

การแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม การแสวงหาบริการสุขภาพให้ได้ประโยชน์สูงสุด ควรเป็นการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคตั้งแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคดังกล่าว จะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับ กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลเป็นสำคัญ

2. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของ ผู้หญิงโรคเบาหวาน

สุขภาพของผู้หญิงกำลังได้รับความสนใจอย่างยิ่งในระดับสากล และได้รับการขานรับอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือประการแรก สุขภาพผู้หญิงหมายถึง สุขภาพโดยรวมของสังคมเพราะผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ประการที่สอง ผู้หญิงเป็นกลุ่มประชากรที่มีมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ มีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย และมีส่วนช่วยพัฒนาสังคมในฐานะสมาชิกของสังคม แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าเสียดายว่า สุขภาพผู้หญิงแม้จะได้รับความสนใจ แต่ยังไม่ได้มีเป้าหมายอยู่ที่สุขภาพอนามัยของผู้หญิงโดยแท้ (เพ็ญจันทร์ ประดับมูข 2539: 1) และเท่าที่ผ่านมาการบริการสุขภาพของรัฐที่จัดให้แก่ผู้หญิง มักเน้นหนักเฉพาะเรื่องการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก ทำให้การจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้หญิงในมิติอื่น ๆ ของปัญหาสุขภาพผู้หญิงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร (กฤตยา อาชวนิจกุล และพิมพ์วัลย์ บุญมงคล 2539: 4)

นอกจากนี้สุขภาพจิตของผู้หญิงในสังคมไทย ยังถูกกำหนดโดยกระบวนการทางสังคม ตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่ผู้หญิงดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งโดยทั่วไปผู้หญิงจะยอมรับว่าตนเองจะมีสุขภาพจิตดี ราบเท่าที่เธอยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ที่ผู้หญิงนั้นอาจ จะอยู่ในสถานะของการมีปัญหาสุขภาพ และด้วยวิถีชีวิตการเลี้ยงดูผู้หญิงในสังคมไทย ปลูกฝังให้ผู้หญิงยอมรับภาระหน้าที่ที่สังคมกำหนด ครอบครัวยุติธรรม และกระทำหน้าที่นั้นโดยไม่มีข้อโต้แย้ง และไม่คิดจะโต้แย้ง ซึ่งมีการกระทำของผู้หญิงที่เห็นได้ชัดดังนี้(จินตนา ยูนิพันธ์ 2539: 7)

- ไม่ได้ใส่ใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- ตัวผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว ไม่ให้ความสนใจกับสภาพอารมณ์ หรือความรู้สึกของผู้หญิงที่แสดงถึงความไม่สมดุลทางอารมณ์
- ไม่พิจารณาความต้องการของตนเอง หรือกระทำตามในสิ่งที่ตนต้องการ
- ดำเนินชีวิตตามเป้าหมายของครอบครัวเป็นหลัก

จากลักษณะและการปฏิบัติของผู้หญิงที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลต่อสุขภาพของผู้หญิงเป็นอย่างมาก เมื่อผู้หญิงเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งนั่นย่อมหมายถึง ปัญหาสุขภาพโดยรวมของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

สุขภาพผู้หญิงจึงเป็นที่สนใจ และได้รับการตอบรับอย่างมาก องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญสุขภาพจิตของผู้หญิงว่าหมายถึง การเป็นอยู่ที่ดีทางกาย และการสามารถควบคุม กำหนดทิศทางของชีวิต การดำรงชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถใช้ทรัพยากรในครอบครัวและในชุมชน เพื่อการทำหน้าที่ผู้รับผิดชอบต่อการมีสุขภาพจิตของตนเองและของครอบครัว ซึ่งหมายถึงการที่ผู้หญิงมีทางเลือกมากขึ้น(WHO 1995 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์ 2539: 8) รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรี โดยกำหนดแผนงานหลักการพัฒนาสุขภาพสตรีระยะยาว (2535-2554) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้หญิง ปัญหาโรคไม่ติดเชื่อที่เป็นสาเหตุการตายในผู้หญิง เป็นหนึ่งในสิบแปดเรื่องที่รัฐบาลต้องรีบแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดเชื่อดังกล่าวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของผู้หญิงที่พบมากขึ้นเป็นลำดับ (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดเชื่อ 2538: 36, 41 อ้างในเรณู พุกบุญมี 2539: 67) โรคที่ไม่ติดเชื่อที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญและพบมากในผู้หญิง คือ โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ถึงแม้มีความก้าวหน้าทางด้านวิทยาการเรื่องโรคเบาหวานอย่างมาก แต่อุบัติการณ์และความชุกของโรคกลับเพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 3.6

ของประชากรของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข 2537: 1) และอัตราความชุกของโรคเบาหวาน จะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะพบว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี พบประมาณร้อยละ 4-7 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 10-15 (สาธิต วรธรรมแสง 2530: 12 ; คณะกรรมการควบคุมโรค ไม่ติดต่อ 2538: 30,35-36 โรคเบาหวานนี้จะพบในผู้หญิงได้มากกว่าผู้ชาย และจะพบได้บ่อยใน ผู้สูงอายุ (WJ butter et al. 1982: 971-980 อ้างในบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี 2538: 7) และในปัจจุบันพบว่าผู้หญิงเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่าและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตาย อันดับหนึ่งของประเทศ (Chunharas et al.1990: 44)

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของตับอ่อน โดยเบต้าเซลล์ไม่สามารถ หลั่งอินซูลินได้เพียงพอในการควบคุมให้ระดับน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ทำให้เกิดอาการใจสั่น เป็นลม หรือถึงกับช็อคได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและมีอาการรุนแรง ถ้าไม่ ได้รับการช่วยเหลือจะมีอันตรายถึงชีวิตได้ โรคเบาหวานที่พบบ่อยมี 2 ชนิด ชนิดพึ่งอินซูลิน และ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งชนิดไม่พึ่งอินซูลินนี้พบได้ในผู้หญิงมากกว่าชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป และมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติหรืออ้วน (จิตร จิรรัตน์สถิต และ มุณี แก้วปลั่ง 2534: : 11)

อาการของโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน มักไม่ค่อยมีปัญหาในการวินิจฉัย เนื่องจากมี อาการแสดงที่ชัดเจนที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำ บ่อย หิวข้าวบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลียมาก ๆ ตามัว แต่เบาหวานชนิดที่ไม่พึ่ง อินซูลินที่พบว่าผู้หญิงเป็นกันมาก กลับไม่เป็นเช่นนั้น มีผลทำให้ผู้หญิงหลายต่อหลายคนที่เป็น โรคนี้อาจไม่รู้เท่าต่อเมื่อโรคแทรกซ้อนแล้ว เช่น ต้องไปหาหมอเพราะโรคหัวใจ โรคเส้นเลือดตีบตัน อัมพาต ตาบอด มีแผลเรื้อรังที่ผิวหนังบริเวณเท้า ฯลฯ มีปัญหาของไต มีความผิดปกติของเส้น ประสาท หรือ การหมดสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น สมาคมเบาหวานอเมริกัน ประเมินการไว้ว่า ชาวอเมริกันประมาณ 7 ล้านคน ที่เป็นเบาหวานโดยยังไม่รู้ตัว และจากการสำรวจเมื่อไม่นานมานี้ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 9 แสนคน และประมาณครึ่งหนึ่งไม่ทราบ มาก่อนว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้อันตราย (อมรชัย หาญผดุงธรรม 2539: 49,ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2539: บทนำ) อาการที่จะช่วยบอกว่าอาจเป็นโรคนี้อีกคือ อาการทุกชนิดที่ปรากฏในเบาหวานชนิดพึ่ง อินซูลิน เหน็ดเหนื่อยหรือรู้สึกแปลบ ๆ ตืดเขื้อที่ช่องคลอด หรือผิวหนังบอบ ๆ (จุมศักดิ์ พฤษยาพงษ์ 2536: 30) ซึ่งอาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ อาจทำให้ผู้หญิงคาดไม่ถึงว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบา หวาน และจากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ ประดับมุข และลือชัย ศรีเงินยวง (2537: 273) เกี่ยวกับ พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่รู้จักโรคนี้นัก่อน แต่เริ่มที่ จะรู้จักโรคนี้นี้เมื่อตนเองมีอาการผิดปกติ

เบาหวาน เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดตลอดเวลา (Cahill 1976: 1004, Siperstein 1977: 1060) เพื่อเป็นการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่การที่จะควบคุมโรคได้เร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้นั้น ขึ้นอยู่กับการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรกเป็นสำคัญ

การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกนั้น ส่วนใหญ่เท่าที่พบมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการของโรครุนแรงมากแล้ว เช่น เป็นแผลเน่าดำ หรือเป็นลมช็อคมา ทั้งนี้อาจด้วยสาเหตุเนื่องมาจากลักษณะของโรคเบาหวาน ที่เป็นโรคมองไม่เห็นภายนอกว่าเป็นตรงไหน และจะไม่ทราบจนกว่าจะมีอาการเกิดขึ้น หรือได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผู้หญิงโรคนี้มักจะคิดว่าตนเองไม่ป่วย เพราะไม่มีอาการเกิดขึ้นให้เห็นชัด บางครั้งมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น หน้ามืด ตาลาย อ่อนเพลีย ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม ก็นึกว่าเป็นโรคลม ก็จะทำการรักษาด้วยตนเองหรือปล่อยให้หายเอง นอกจากนี้คุณลักษณะของผู้หญิงที่ต้องรับภาระงานหนักในบ้าน คอยดูแลพ่อแม่ สามเษกและบุตร ตามความคาดหวังของสังคม ประกอบกับวิถีชีวิตของผู้หญิงที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมปัจจุบัน ทำให้ผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ผลที่ตามมาก็คือ เมื่อผู้หญิงมีอาการผิดปกติหรือเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน อาจจะไม่มีความพอใจที่สนใจสุขภาพของตนเอง หรือไม่มีเวลาพอในการแสวงหาบริการสุขภาพ หรืออาจจะไปแสวงหาการรักษาตามแหล่งต่าง ๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก ใกล้บ้าน ไม่ต้องรอคอยรับบริการได้เร็ว เช่น ตามร้านขายยา หรือคลินิกใกล้บ้าน จนอาการทุเลา จากนั้นก็จะปล่อยปละเลยในเรื่องปัญหาสุขภาพไป จนอาการของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น อาจมีอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จึงเริ่มรู้สึกว่าคุณเองควรจะไปพบแพทย์ก็เป็นได้ หรือบางครั้งจะพบว่าผู้หญิงโรคเบาหวาน เข้ารับบริการสุขภาพที่มีแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ และเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานบางรายถึงกับปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยครั้งนั้น และแสวงหาการยืนยันจากแหล่งอื่นๆ เท่าที่พบเป็นเรื่องของการใช้ยาสมุนไพร การไปคลินิก การซื้อยาตามร้านขายยา การไปโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเอกชน กระทั่งปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาส่วนใหญ่เป็นมานาน ผ่านการทดลอง เรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะอาการรุนแรง ตลอดจนประสิทธิผลการรักษาแต่ละอย่าง จนในที่สุดผู้ป่วยยอมรับสภาพการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และลือชัย ศรีเงินยวง 2537: 273)

แม้จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่า ผู้หญิงไปเข้ารับบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ชายก็ตาม (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 187) แต่ในสภาพความเป็นจริงในสังคมไทย ก็ไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่าผู้หญิงยังมีการแสวงหาการรักษาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ด้วย การแสวงหาบริการสุขภาพดังกล่าวนี้ เป็นไปตามความคิด ความเชื่อ ตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้หญิงในสังคมไทย เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการปฏิบัติตัวในการเยียวยารักษา ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน การแสวงหาการรักษาของผู้หญิงนี้ เพื่อเป็นการเสริมในส่วนที่ผู้ให้บริการสุขภาพขาดหายไป เช่นผู้หญิงโรคเบาหวานบางราย เพื่อความมั่นใจในการรักษา ก็อาจแสวงหาการรักษาด้วยยาสมุนไพร หรือยาหม้อ เพื่อรักษาอาการให้ดีขึ้น โดยเชื่อว่าสมุนไพรเป็นยารักษา ยาตัดเบาหวาน ยาหม้อเป็นยาคุม หรือบางรายก็ใช้วิธีบนบานศาลกล่าวรดน้ำมนต์ ไปปรับการรักษาจากพระ สะเดาะเคราะห์ต่อชะตา ควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ แต่ส่วนใหญ่แล้วมักจะพบว่าผู้ป่วยจะรับการรักษาทั้งแผนปัจจุบันควบคู่กับการรักษาด้วยสมุนไพรสอดคล้องกับการศึกษาของอาทร ธีวไพบูลย์ และคณะ(2533) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 84 เคยใช้สมุนไพรควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน และร้อยละ 52 ยังคงใช้อยู่

จะเห็นได้ว่าการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงมีได้หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติและให้ความหมายกับอาการที่ผิดปกตินั้น ซึ่งอยู่ภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ แล้วจึงตัดสินใจ เลือกแหล่งบริการสุขภาพ อาจจะเริ่มจากการรักษาด้วยตนเอง ไปซื้อยาตามร้านขายยา ไปรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล หรืออาจไปหาแพทย์แผนโบราณ หรือแหล่งรักษาที่อื่นที่ตนเชื่อถือก่อนไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับไพรัช เทพมงคล 2524 (อ้างในชุตินา ทังหิรัญ 2528: 7-8) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาล่าช้า เพราะอาจใช้วิธีการรักษาอื่น ๆ เช่น โสยศาสตร์ รดน้ำมนต์ ซื้อมายากินเอง เป็นต้น

แม้ปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายจัดระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพทั่วถึง และครอบคลุมทุกพื้นที่ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2538: 5) แล้วก็ตาม แต่ในสภาพความเป็นจริงจะพบว่าการกระจายแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การรักษาและตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานเบื้องต้น ยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่รัฐจัดไว้ให้ของผู้หญิงเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงยากจนและด้อยโอกาสทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตการเลี้ยงดูผู้หญิงในสังคมไทย ปลูกฝังให้ผู้หญิงต้องอยู่กับบ้าน การเดินทางไปเข้ารับบริการสุขภาพนอกหมู่บ้านจึงเป็นเรื่องลำบากของผู้หญิงเพราะไปไหนมาไหนคนเดียวไม่ได้ ประกอบกับภาวะ

งานหนักที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว และต้องทำงานนอกบ้านอาจทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าไม่ถึงแหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริอร สินธุ (2535: 110) ซึ่งได้พบประเด็นปัญหาและอุปสรรคของผู้หญิงกับการเข้าถึงแหล่งบริการ คือ การเดินทาง ผู้หญิงจะต้องใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อเข้ามาทำการติดตามการรักษา และขณะเดินทางสตรีบางคนอาจไม่ได้นอนทั้งคืน ซึ่งพบว่าสตรีบางคนมีอาการเป็นลมในขณะที่เดินทาง ใช้เวลาในการรอคอยพบแพทย์นาน 4-6 ชั่วโมง โดยเมื่อพบแพทย์ แพทย์จะใช้เวลาในการตรวจ 10-15 นาทีเท่านั้น และสตรีที่เข้ามารับการรักษานั้นมีรายได้ต่ำ แต่ในขณะที่เดินทางเข้ามารับการรักษาต้องเสียค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่ารักษา ดังนั้นจะพบว่าผู้หญิงบางรายอาจต้องกู้หนี้ยืมสินเพื่อเข้ารับการรักษา และสุขภาพแย่ลงเพราะเหนื่อยจากการเดินทาง

สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมของผู้หญิงโรคเบาหวานซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของกิลล์ม และบารสกี (อ้างในพวงพยอม การทฤษฎี 2526: 60) ได้สรุปปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ อาจมีปัญหาเรื่องคมนาคมลำบาก เสียเวลาเดินทางนาน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก และต้องรอรับการตรวจรักษานาน ทำให้เสียเวลาในการทำงาน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและบุตราเกิดพึงบุญประชา (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ชีวิตกับการปฏิบัติตามข้อแนะนำของแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ที่มีลักษณะดังนี้ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำของแพทย์ ได้คือ มีอาการรุนแรงมีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว ขาดคู่สมรสที่จะดูแล นอกจากนี้จากการศึกษาของพรพิศ ชีวะคำนวน (2535) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยพบว่าผู้หญิงร้อยละ 71.70 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษาร้อยละ 84.17 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 40 เท่านั้น นอกจากนี้จากงานวิจัยของวิกเบลด์ (Wikblad 1991: 839-840) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานถึงความคาดหวังของผู้ป่วยต่อระบบบริการสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์หรือพยาบาลคนเดิมอย่างสม่ำเสมอ ต้องการสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งไม่ใช่เพียงผิวเผิน ต้องการความสนใจจากเจ้าหน้าที่ในฐานะบุคคลมากกว่าสนใจผลของเลือด ต้องการคำแนะนำเพื่อช่วยให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ จากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป คือมีนิสัยการบริโภคที่ส่งเสริมให้น้ำหนักตัวเกิน หรืออ้วน ในขณะที่ออกกำลังกายน้อยลง(Wiedman 1989: 237) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันตกของประเทศไทย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาคตะวันตกเป็นภาคที่มีอาหารอุดมสมบูรณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีรสหวาน อาทิเช่นขนมหวานที่ขึ้นชื่อของจังหวัดเพชรบุรี เช่นขนมหม้อแกง ทองหยิบ ฝอยทอง เป็นต้น อาจทำให้ผู้หญิงมีโอกาสได้รับประทานอาหารที่มีรสหวานได้ง่าย แม้ว่าโรคเบาหวานจะไม่ได้เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสหวานมาก ๆ แต่เพียงอย่างเดียวก็ตาม แต่ก็อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวานได้มาก ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้มีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย และเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ก็อาจจะรักษาด้วยตนเองเพราะคิดว่าป่วยเป็นโรคลมหรือแสวงหาบริการสุขภาพที่เชื่อว่ารักษาอาการให้หายไปได้ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับโรคและผู้หญิงในภาคตะวันตกกลายเป็นแรงงานสำคัญให้กับโรงงานอุตสาหกรรมที่เพิ่มจำนวนขึ้น ทำให้ผู้หญิงนอกจากจะแบกภาระงานในบ้านแล้วยังต้องรับผิดชอบทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว อาจเป็นประเด็นให้ผู้หญิงไม่มีเวลาสนใจสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร และจะมาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นหรือรักษาด้วยตนเองไม่ได้แล้ว ก่อให้เกิดการสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่าย และบั่นทอนสุขภาพของผู้หญิงเป็นอย่างมาก

เป็นที่ทราบกันดีว่า การแสวงหาบริการสุขภาพที่ให้ประโยชน์สูงสุด สูญเสียเวลา ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ควรจะเป็นการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อมีการเจ็บป่วย ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทีมสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกว่าเป็นอย่างไร เพื่อที่จะเป็นข้อมูลนำไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างตรงจุดในผู้หญิงกลุ่มนี้ โดยนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงในภาคตะวันตก เพื่อให้ผู้หญิงโรคนี้นี้ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้เร็วที่สุด เสียเวลาและค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ได้รับประโยชน์สูงสุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างๆในภาคตะวันตก 6 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม และสุพรรณบุรี ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมดจำนวน 9 แห่ง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันตกมา 1 แห่ง จากจำนวน 9 แห่งโดยวิธีการจับสลาก ได้แก่ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีและเนื่องจากภาคตะวันตกมีโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาประชากรในโรงพยาบาลศูนย์ดังกล่าว ได้แก่ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

2. กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2537 มีจำนวนผู้มารับบริการที่เป็นโรคเบาหวานในภาคตะวันตกจำนวน 29,443 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2538: 108,140) การเก็บรวบรวมสถิติดังกล่าว ไม่ได้จำแนกผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งในปัจจุบัน พบว่าผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 30) ดังนั้นจำนวนผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก คิดเป็นจำนวนประมาณ 19,628 คน

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ประคอง วรรณสูตร 2524 (อ้างใน ยุวดี ภาษาและคณะ 2537: 84) กล่าวคือ ถ้าจำนวนประชากรเป็น 10,000 คน ให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1 ของประชากร

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{1 \times \text{ขนาดของประชากร}}{100} \\ &= \frac{1 \times 19,628}{100} = 196.28 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 คน

จากสถิติผู้หญิงโรคเบาหวาน ซึ่งได้จากสมุทตะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลราชบุรี ปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีจำนวน 390 คนต่อปีและสถิติจากสมุทตะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้หญิงโรคเบาหวาน มีจำนวน 260 คนต่อปี

จากสถิติดังกล่าว นำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนโดย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

$$= \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้หญิงโรคเบาหวานในแต่ละรพ.}}{\text{จำนวนผู้หญิงโรคเบาหวานทั้งหมด}}$$

$$\text{แทนค่า กลุ่มตัวอย่างที่ โรงพยาบาลราชบุรี} = \frac{200 \times 390}{650} = 120 \text{ คน}$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา} = \frac{200 \times 260}{650} = 80 \text{ คน}$$

ดังนั้นจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 120 คนและใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี อีกจำนวน 80 คนเป็นจำนวนทั้งสิ้น 200 คน

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากโรงพยาบาลดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภูมิลำเนา จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว ช่วงเวลาในการทำงาน แหล่งรายได้ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว และการมีหรือไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามถึงข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่

- การรับรู้อาการผิดปกติ
- การให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพ จำนวน 19 ข้อ รวมไปถึงแทรกข้อมูลอีก 21 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ โดยมีรายละเอียดในเรื่อง

- เหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง
- ระยะเวลาของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง
- การเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง
- ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ใช้ในการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาในแต่ละแหล่ง
- ผลของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง
- การรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาในแหล่งบริการสุขภาพแต่ละแหล่ง
- เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพ

ในการสัมภาษณ์การรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา การรับรู้ต่อความรุนแรงของอาการ ก่อนเข้ารับบริการสุขภาพและหลังเข้ารับบริการสุขภาพ โดยใช้ rung Cantril ladder (Cochman 1988) ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ลำดับ เพื่อยืนยันความรู้สึกร่วมของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องนั้นๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง แบ่งเป็น 2 คำตอบ ได้แก่ สะดวกและไม่สะดวก

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่สะดวก” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนน แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “สะดวก” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน	แปลผล
<input checked="" type="radio"/> คะแนน 1 - 3	สะดวกน้อย
คะแนน 4 - 7	สะดวกปานกลาง
คะแนน 8 - 10	สะดวกมาก

2. การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา แบ่งเป็น 2 คำตอบ ได้แก่ ไม่แพง และแพง ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่แพง” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนน แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “แพง” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน	แปลผล
คะแนน 1 - 3	แพงน้อย
คะแนน 4 - 7	แพงปานกลาง
คะแนน 8 - 10	แพงมาก

3. การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา แบ่งเป็น 2 คำตอบ ได้แก่ ไม่นานและนาน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่นาน” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนน แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “นาน” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน		แปลผล
คะแนน	1 - 3	นานน้อย
คะแนน	4 - 7	นานปานกลาง
คะแนน	8 - 10	นานมาก

4. การรับรู้ต่ออาการก่อนเข้ารับบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 คำตอบได้แก่ 'ไม่รุนแรงและรุนแรง

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า "ไม่รุนแรง" จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนน

แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า "รุนแรง" จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนบน rung

Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน		แปลผล
คะแนน	1 - 3	รุนแรงน้อย
คะแนน	4 - 7	รุนแรงปานกลาง
คะแนน	8 - 10	รุนแรงมาก

5. การรับรู้ต่ออาการหลังเข้ารับบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 คำตอบได้แก่ 'ไม่รุนแรงและรุนแรง

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า "ไม่รุนแรง" จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนน

แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า "รุนแรง" จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนบน rung

Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน		แปลผล
คะแนน	1 - 3	รุนแรงน้อย
คะแนน	4 - 7	รุนแรงปานกลาง
คะแนน	8 - 10	รุนแรงมาก

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semistructure Interview) เพื่อให้ผู้ตอบสามารถแสดงออกได้ถึงความรู้สึกที่แท้จริง ตามความรู้สึกนึกคิด และเหตุผลของการเข้ารับบริการ ตามประสบการณ์ที่ผ่านมา มีอิสระในการเลือกตอบคำถาม ผู้วิจัยได้รับข้อมูลตาม

ความจริง ครอบคลุมในส่วนที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยไม่มีการชักนำจากความคิดของผู้สัมภาษณ์ ถึงแม้จะมีข้อจำกัด คือใช้เวลานาน แต่มีผลดีคือ บรรยายการสัมภาษณ์ไม่เคร่งเครียด ไม่บีบบังคับผู้ตอบ และผู้สัมภาษณ์สามารถปรับข้อคำถาม หรือจัดลำดับข้อคำถามได้ตามสภาพการณ์ โดยอยู่ในขอบเขตของการวิจัย ซึ่งมีแนวทางการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า ทบทวน ตำราเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ และรายละเอียดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบกับประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการกำหนดประเด็นหลักเพื่อตอบคำถามการวิจัย
2. สร้างคำถามย่อย ซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด ในแต่ละประเด็นหลัก รวมทั้งการใช้ rung Cantril ladder ซึ่งมี 10 ระดับในการยืนยันความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องนั้นๆ เพื่อให้ได้รายละเอียดครอบคลุม ตรงตามความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง
3. ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนและกระชับขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	2 คน
อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุข	1 คน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และการเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

การหาความเป็นปรนัยของเครื่องมือ (Objectivity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อความแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนทำการศึกษาจริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้วิจัยสำรวจสถานที่ที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาลักษณะการทำงานคลินิกโรคเบาหวาน / หอผู้ป่วยใน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษา เพื่อจัดเตรียมสถานที่และเวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ โดยมุ่งเน้นความเป็นสัดส่วน และป้องกันการถูกรบกวนระหว่างสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลา ดังนี้

สถานที่	วัน	เวลา
โรงพยาบาลราชบุรี		
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม	จันทร์, พุธ	08.00-16.00 น.
- คลินิกโรคเบาหวาน	อังคาร	08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา		
- คลินิกโรคเบาหวาน	พฤหัสบดี	08.00-12.00 น.
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม	ศุกร์	08.00-16.00 น.

5. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือ รวมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตามรายละเอียดในเอกสารขอความร่วมมือและพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย (ดัง

แสดงในภาคผนวก ข.) ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุคการสัมภาษณ์ได้ตามประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงเริ่มทำการศึกษา

6. ใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี

7. ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการถามซ้ำ หรือทวนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจที่ตรงกัน ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

8. การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์จนกว่าจะได้รับข้อมูลครบ ตามจำนวนข้อคำถาม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

9. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งการสิ้นสุดการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล จากแบบสัมภาษณ์ที่บันทึกไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยบรรยายประกอบตาราง

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก จะมีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการรวบรวมคำตอบจากข้อคำถาม และวิเคราะห์ข้อความหรือประโยคจากข้อมูลการสัมภาษณ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้มา ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อความหรือประโยคตามลักษณะที่ปรากฏ โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ หลังจากนั้นนำมาจัดผลของการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ โดยบรรยายประกอบตาราง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในตึกอายุรกรรมหญิง ตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 120 คน และโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 80 คน รวมจำนวน 200 คน เป็นผู้ป่วยนอก 171 คน ผู้ป่วยใน 29 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ของข้อความที่ปรากฏและแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ โดยจำแนกออกเป็น 2 หมวดดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัวของผู้หญิงโรคเบาหวาน
2. ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอในรายละเอียดด้วยคำอธิบายประกอบตาราง โดยแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพในตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ในตารางที่ 2 และแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัว และการมีหรือไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อเจ็บป่วย ในตารางที่ 3 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคเบาหวานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตก จำนวน 200 คนมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 29-87 ปี อายุเฉลี่ย 57.015 ปีส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ร้อยละ

90.5 สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ เกือบทั้งหมด มีเพียง 1 คน นับถือศาสนาคริสต์ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.5 รองลงมาไม่ได้ศึกษา กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ ถึงร้อยละ 60.5 ในจำนวนที่ไม่มีอาชีพพบเป็นแม่บ้านมากที่สุด รองลงมาอยู่บ้านเฉยๆ ในกลุ่มที่มี อาชีพร้อยละ 39.5 นั้น ประกอบอาชีพแตกต่างกันไป ซึ่งพบว่าอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 41.7 รองลงมา ค้าขาย ร้อยละ 32.9 ทำไร่/ทำนา/ทำสวน ร้อยละ 24.1 และมีเพียง 1 คนที่รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ช่วงเวลาการทำงานจะขึ้นอยู่กับลักษณะอาชีพ ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลา 8.00-17.00 น. (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนตัวต่อเดือนแตกต่างกัน ตั้งแต่ 100 บาท - 20,000 บาทต่อเดือน พบมีรายได้ส่วนตัวต่อเดือน 1,001-3,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 29.0 รองลงมาน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 24.5 ส่วนที่ไม่มีรายได้และต้องใช้จ่ายร่วมกับครอบครัวมีเพียง 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.0 แหล่งรายได้ส่วนตัวส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บุตร สามี และ ญาติ รองลงมาได้จากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังมีจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ คอกเมีย ค่าเช่า เป็นต้น ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ถึงร้อยละ 50.0 รองลงมา มีพอใช้และมีเหลือเก็บร้อยละ 35.0 ส่วนที่เหลือไม่พอใช้ ร้อยละ 15.0

ส่วนรายได้ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.5 ไม่ทราบว่าครอบครัวมีรายได้เท่าไร ในกลุ่มตัวอย่างที่ทราบ พบว่า มีรายได้ครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ 3001-5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 28.9 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ 1,001-3,000 บาท และ 5,001-7,000 บาท ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบจำนวนรายได้ครอบครัว แต่สามารถให้ข้อมูลความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ซึ่งพบว่า มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุดร้อยละ 46.5 รองลงมาคือมีพอใช้และมีเหลือเก็บร้อยละ 43.0 ส่วนที่เหลือไม่พอใช้ร้อยละ 9.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะข้อมูลประชากร	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21-40	19	9.5
41-60	96	48.0
60 ปีขึ้นไป	85	42.5
อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 87 ปี $\bar{X} = 57.015$ S.D. = 11.4		
สถานภาพสมรส		
คู่	131	65.5
โสด	13	6.5
หม้าย/หย่า/แยก	56	28.0
ศาสนา		
พุทธ	199	99.5
คริสต์	1	0.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	47	23.5
ประถมศึกษา	141	70.5
มัธยมศึกษา และ ปวช.	12	6.0
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	121	60.5
มีอาชีพ	79	39.5
รับจ้าง	33	41.7
ค้าขาย	26	32.9
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	19	24.1
รับราชการ	1	1.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนตัว ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

ลักษณะข้อมูลประชากร และครอบครัว	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
รายได้ส่วนตัว (บาทต่อเดือน)		
≤ 1,000	49	24.5
1,001 - 3,000	58	29.0
3,001 - 5,000	47	23.5
5,001 - 7,000	17	8.5
7,001 - 9,000	9	4.5
9,000 บาทขึ้นไป	16	8.0
ใช้จ่ายร่วมกับครอบครัว	4	2.0
รายได้ต่ำสุด 100 บาท รายได้สูงสุด 20,000บาท	$\bar{X} = 3896.1$ บาท	S.D. = 3,836.94 บาท
ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัว		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	70	35.0
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	100	50.0
ไม่พอใช้	30	15.0
รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
≤ 1,000	6	3.0
1,001 - 3,000	26	13.0
3,001 - 5,000	47	23.5
5,001 - 7,000	26	13.0
7,001 - 9,000	22	11.0
9,000 บาทขึ้นไป	36	18.0
ไม่ทราบ	37	18.5
รายได้ต่ำสุด 500บาท รายได้สูงสุด 30,000บาท	$\bar{X} = 6,825.2$ บาท	S.D. = 5,349.6 บาท
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	86	43.0
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	93	46.5
ไม่พอใช้	18	9.0

สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน ซึ่งจะอาศัยอยู่กับสามีและบุตรมากที่สุดคือเป็นครอบครัวขนาดเล็ก ร้อยละ 62.0

ส่วนบทบาทภาระหน้าที่ ผู้วิจัยหมายถึง บทบาทและหน้าที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติบทบาทนั้นจริง ไม่ใช่เป็นเพียงสถานภาพ เช่น บทบาทหน้าที่การเป็นมารดา กลุ่มตัวอย่างต้องเลี้ยงดูบุตร ดูแลเรื่องอาหาร ค่าใช้จ่าย ดูแลสุขภาพ ฯลฯ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา แต่ไม่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรเพราะบุตรโตแล้ว และหาเลี้ยงชีพเองได้ เช่นนี้ถือว่าไม่มีบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา

เมื่อผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่าง ตามบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัวเป็น 6 บทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย มารดา ภรรยา ชาย/ย่า บุตร และผู้หารายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัวแตกต่างกันออกไป (ตารางที่ 1 ในภาคผนวก ง) เมื่อผู้วิจัยรวบรวมคำตอบและจัดหมวดหมู่ของข้อความไว้ในกลุ่มเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัวตั้งแต่ 1บทบาทจนถึง 5 บทบาท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีบทบาทการเป็นผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดร้อยละ 30.5 มีบทบาทภาระหน้าที่ 3 บทบาท รองลงมาร้อยละ 25.0 มี 4 บทบาท และมีเพียงร้อยละ 4.5 มี 5 บทบาท

บทบาทภาระหน้าที่ 3 บทบาท ที่พบมากที่สุดนั้น ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย มารดา และภรรยา ส่วนบทบาทภาระหน้าที่ 4 บทบาท ที่พบมากที่สุดนั้น ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย มารดา ภรรยา และผู้หารายได้ (ตารางที่ 2 ในภาคผนวก ง)

เมื่อถามถึงการมีหรือไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนกลุ่มตัวอย่างเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องเข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระหน้าที่ และมีผู้ทำหน้าที่แทนถึงร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ มีภาระหน้าที่ แต่ไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนถึงร้อยละ 23.5 และที่เหลือร้อยละ 19.0 ไม่มีภาระหน้าที่ใด บุคคลที่ทำหน้าที่แทนกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเจ็บป่วยหรือต้องเข้ารับบริการ ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งพบมากที่สุดได้แก่ บุตร รองลงมาคือ สามี ญาติ และมารดา ส่วนบุคคลที่มีหน้าที่แต่ไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อต้องมาเข้ารับบริการสุขภาพ ก็จะพบการปฏิบัติ 2 รูปแบบคือ มาตรฐานให้เรียบร้อยแล้วค่อยกลับไปทำซึ่งจะพบมากที่สุด และอีกรูปแบบหนึ่งคือ ทำงานเสร็จให้เรียบร้อยก่อนแล้วค่อยมาตรวจ (ตารางที่ 3)

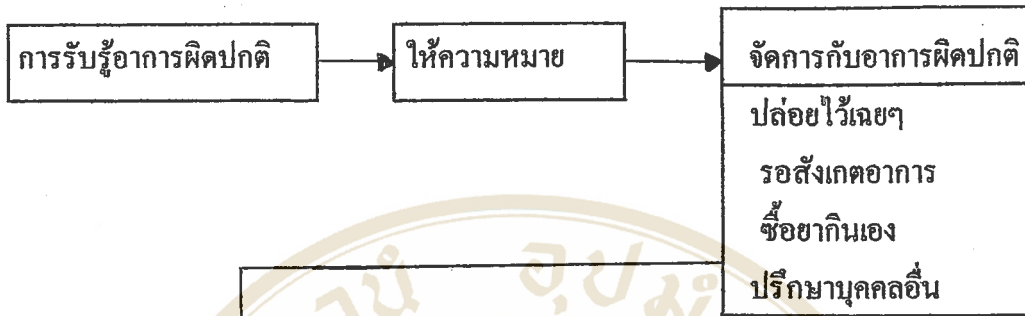
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัว และการมีหรือไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะข้อมูลครอบครัว	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว(คน)		
1-4	124	62.0
5-9	70	35.0
มากกว่า 9	6	3.0
จำนวนบทบาทภาระหน้าที่		
1	38	19.0
2	42	21.0
3	61	30.5
4	50	25.0
5	9	4.5
ภาระหน้าที่และบุคคลทำแทน		
มีภาระหน้าที่และมีผู้ทำแทน	115	57.5
มีภาระหน้าที่แต่ไม่มีผู้ทำแทน	47	23.5
ไม่มีภาระหน้าที่	38	19.0

2. ข้อมูลกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน

ข้อมูลกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับของคำถามการวิจัยดังนี้ คือ เริ่มมีอาการผิดปกติอย่างไร ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเองอย่างไร มีการจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกอย่างไร ในแต่ละแหล่งที่ไปแสวงหาบริการสุขภาพ มีเหตุผลในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร เดินทางไปอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ประมาณเท่าใด ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งนานเท่าใด มีการรับรู้ต่อการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาในแต่ละแหล่งเป็นอย่างไร ผลของการรักษาตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และมีเหตุผลอย่างไรในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา โดยเสนอประกอบแผนภูมิกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก เพื่อให้เห็นภาพของกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น ดังแผนภูมิที่ 2

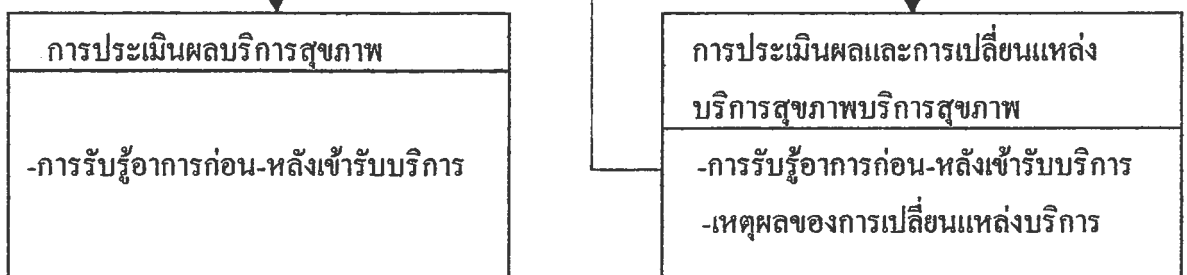
ขั้นตอนที่ 1



ขั้นตอนที่ 2



ขั้นตอนที่ 3



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก

2.1 การรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติของโรคเบาหวานถึงร้อยละ 95.4 มีเพียงร้อยละ 4.5 เท่านั้นที่ไม่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ แต่มาตรวจพบ ได้แก่ การมาตรวจร่างกาย เตรียมการผ่าตัด มาด้วยโรคอื่น เช่น โรคหอบหืด โรคปอดปอดท้อง เป็นต้น

อาการผิดปกติของโรคเบาหวานที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ มีอาการต่างๆแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มีมากกว่า 1 อาการ สำหรับรายละเอียดของอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารับรู้อาการผิดปกติคือปีสภาวะบ่อยมากที่สุดถึงร้อยละ 73.5 รองลงมาคืออาการกระหายน้ำ (ร้อยละ 46.0) อ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 36.0) กินได้แต่พอมลง (ร้อยละ 27.5) อาการอื่นๆ นอกจากนี้ พบว่า เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาน้อยกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ อาการหน้ามืด/เป็นลม (ร้อยละ 21.5) มึนงง เวียนศีรษะ (ร้อยละ 16.0) คันผิวหนัง/ช่องคลอด (ร้อยละ 13.0) หิวบ่อย (ร้อยละ 5.5) แผลรักษาไม่หาย (ร้อยละ 5.0) ขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า (ร้อยละ 3.5) ตามัวมองเห็นไม่ชัด (ร้อยละ 3.0) และมีไข้ (ร้อยละ 2.0) รวมทั้งอาการอื่นๆ โดยที่อาการเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นบางวัน บางครั้ง ไม่ได้เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างทุกวัน ได้แก่ ปวดหัว เหนื่อย และเหงื่อออกมาก (ตารางที่ 4)

ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน และในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 ราย ทราบว่าตนเองเป็นโรคอื่นร่วมกับโรคเบาหวานด้วย ซึ่งที่พบได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด ตาเป็นต้อ โรคไทรอยด์ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเลือด โรคไต และหอบหืด สำหรับระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะแตกต่างกัน มีตั้งแต่น้อย 1 สัปดาห์จนถึง 24 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 1-5 ปีมากที่สุดร้อยละ 53.0 (ค่าเฉลี่ย 5.9 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.8 ปี)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อาการผิดปกติ

อาการผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ
ปัสสาวะบ่อย	147	73.5
กระหายน้ำ	92	46.0
อ่อนเพลียไม่มีแรง	71	35.5
กินได้แต่พอมลง	55	27.5
หน้ามืดเป็นลม	43	21.5
มีนงง เวียนศีรษะ	36	18.0
คันผิวหนัง ช่องคลอด	27	13.5
หิวบ่อย	11	5.5
แพ้รักษาไม่หาย	10	5.0
ขาปลายมือปลายเท้า	7	3.5
ตามัวมองเห็นไม่ชัด	6	3.0
มีไข้	4	2.0
มาตรวจพบ(มาตรวจร่างกาย, มาด้วยโรคอื่น)	9	4.5

หมายเหตุ 1 คน มีได้มากกว่า 1 อาการ

2.2 การให้ความหมายของอาการผิดปกติตามการรับรู้ของตนเอง

เมื่อบุคคลรับรู้อาการผิดปกติจะให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งจัดเป็นขั้นตอนแรกของการบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะเริ่มให้ความหมายของอาการผิดปกตินั้น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ในเรื่องการให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่ามีความหลากหลายผู้วิจัยจึงจัดเป็นจัดหมวดหมู่จำนวน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายได้ กลุ่มที่ให้ความหมายได้ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มที่ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคอื่น กลุ่มที่ไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้ ดังนี้

1. ไม่สามารถให้ความหมายได้

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ เมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ และให้ความหมายว่า “ไม่ทราบว่าเป็นอะไร” มากที่สุดถึงร้อยละ 35.5 อาการที่ปรากฏได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อย อาการกระหายน้ำ อ่อนเพลียไม่มีแรง กินได้แต่พอมลง หน้ามืด/เป็นลม มึนงง/เวียนศีรษะ คันผิวหนัง/ช่องคลอด หิวบ่อย แผลรักษาไม่หาย ชาปลายมือปลายเท้า ตามัวมองเห็นไม่ชัด และมีไข้ อาการมักเกิดขึ้นร่วมกันแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ แต่ก็ไม่สามารถให้ความหมายว่าป่วยเป็นอะไร

2. ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 11.0 อาการที่ปรากฏและผู้ป่วยรับรู้ได้มากที่สุดได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำมาก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ผอมลง และ คันผิวหนังบริเวณขาหนีบ ซึ่งอาการมักเกิดขึ้นร่วมกัน เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลของการให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเพราะเคยได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ ทำให้ทราบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีอาการอย่างไร และในจำนวนนี้พบว่ามีบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน และมีเพียง 8 ราย ที่ยังไม่แน่ใจกับอาการที่เกิดขึ้นว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ แต่เมื่อพบอาการแสดงที่ปัสสาวะและมีมดขึ้นจึงทำให้แน่ใจว่าเป็นโรคเบาหวาน

3. ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคอื่น

ซึ่งได้แก่ โรคลม อาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ อาการไข้หวัด โรคคนแก่ โรคเก่า กำเริบ แผลหรือฝี อักเสบ ทำงานหนัก โรคตา อื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

“โรคลม” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคลมร้อยละ 37.9 อาการที่ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุดได้แก่ อาการแสดงทางระบบไหลเวียนเลือด คือ มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด จะเป็นลม

ร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำมาก อ่อนเพลีย และพอมลง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการให้ความหมายว่าเป็น โรคลม เพราะมีอาการเวียนหัว หน้ามืด ตาลาย คล้ายจะเป็นลม

“อาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 13.7 ซึ่งได้เรียกออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ได้แก่ “ตกขาวคัน” “โรคใกล้หมดรอบเดือน” และ “มะเร็งปากมดลูก” อาการที่ปรากฏและรับรู้ที่สำคัญ คือ อาการคันช่องคลอด คันบริเวณขาหนีบ ตกขาวคัน ร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย และพอมลง เหตุผลของการให้ความหมายส่วนใหญ่ ให้ความหมายตามอาการที่เคยป่วยมาก่อน หรือเคยได้ยินมาก่อน หรือมีบุคคลใกล้ชิดเคยเป็น เช่น “คนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีตกขาวคันเพราะน้องสาวเคยเป็นมาก่อนและตอนนี้เสียชีวิตแล้ว”

“อาการไข้หวัด” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 8.4 อาการที่ปรากฏและผู้ป่วยรับรู้มักจะพบอาการไข้ร่วมกับอาการมึนงง เวียนศีรษะ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำอ่อนเพลีย เหตุผลของการให้ความหมายส่วนใหญ่จะให้เกิดผลว่า เพราะมีไข้ร่วมด้วยจึงนึกว่าเป็นไข้หวัด

“โรคคนแก่” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 8.4 อาการที่ปรากฏและผู้ป่วยรับรู้ที่สำคัญคืออาการปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย กระหายน้ำ พอมลง มึนงง เวียนศีรษะ คันช่องคลอด และตามัวมองเห็นไม่ชัด เหตุผลของการให้ความหมายส่วนใหญ่มักเชื่อว่าเพราะแก่แล้วจึงมีอาการเช่นนี้

“โรคเก่ากำเริบ” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 7.4 ซึ่งเป็นการให้ความหมายตามโรคที่เคยป่วยหรือกำลังป่วยอยู่ในขณะนั้น ได้แก่ โรคเครียด โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ และโรคอื่นใน โดยเหตุผลของการให้ความหมายส่วนใหญ่เคยเป็นโรคนี้อีกก่อน และเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากโรคเดิมที่เคยเป็นหรือเป็นอยู่กำเริบหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น

“แผลหรือฝี อักเสบ” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 6.3 อาการที่ปรากฏและผู้ป่วยรับรู้ส่วนใหญ่ ได้แก่มีอาการเกิดขึ้นตามผิวหนัง ไม่ว่าจะเป็ขนาดแผลหรือฝี แล้วรักษาไม่หาย มีอาการปวดบริเวณบาดแผล เหตุผลของการให้ความหมายจะให้เป็นตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น “ถูกตะปูตำเป็นแผลแล้วรักษาไม่หาย” “เป็นฝี ที่ก้นบ่อย ๆ เป็น ๆ หาย ๆ”

“ทำงานหนัก” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 5.3 เหตุผลของการให้ความหมายนี้ส่วนใหญ่มักคิดว่าเพราะทำงานหนักเกินไป ตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง กล่าวว่า “ที่มีอาการเพลีย มึนงง หน้ามืด ก็คิดว่าทำงานหนักไป หมุนไปหมุนมาทั้งวันไม่ได้หยุด ก็เลยหน้ามืด”

“โรคตา” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 4.2 อาการที่ปรากฏและรับรู้ส่วนใหญ่จะมีอาการทางตา คือ ตามัวมองเห็นไม่ชัด

“อื่นๆ” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 8.4 ซึ่งแบ่งได้เป็นการให้ความหมายตามสาเหตุและให้ความหมายตามอาการ ให้ความหมายตามสาเหตุได้แก่ “เพราะคิดว่ากินยา ถูกกลอนแก้ปวดเข้า เลยบ่น” “เพราะคิดว่ากินยาโรคหอบหืด กินยานี้ที่โรมักจะบ่นและมาก” และให้ความหมายตามอาการ ได้แก่ ขาชา โรคคัน โรคไต

4. ไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ให้ความหมายกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า “ไม่คิดว่าป่วยเป็นอะไร” ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.5 อาการที่รับรู้คืออาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ และชาปลายมือ ปลายเท้า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติแต่ไม่คิดว่าเป็นอาการเจ็บป่วยแต่อย่างใด(ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้ความหมายของอาการผิดปกติ

การให้ความหมาย	จำนวน (n=200)	ร้อยละ
ไม่ทราบว่าเป็นอะไร	71	35.5
โรคเบาหวาน	22	11.0
โรคอื่นๆ	95	47.5
โรคลม	36	37.9
อาการผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์	13	13.7
โรคคนแก่	8	8.4
อาการไข้หวัด	8	8.4
โรคเกาต์กำเริบ (ความดันโลหิตสูง, ตับ)	7	7.4
แผลหรือฝี อักเสบ	6	6.3
ทำงานหนักเกินไป	5	5.3
โรคตา	4	4.2
อื่นๆ (ขาชา, โรคคัน)	8	8.4
ไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วย	3	1.5
มาตรวจพบ (ตรวจร่างกาย, มาด้วยโรคอื่น)	9	4.5

2.3 การจัดการกับอาการผิปกติที่เกิดขึ้น

การจัดการกับอาการผิปกติที่เกิดขึ้น จะเกิดขึ้นภายหลังรับรู้ว่าการผิปกติและให้ความหมายของอาการผิปกติที่เกิดขึ้นแล้ว

จากการศึกษาพบว่า เมื่อเริ่มมีอาการผิปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินอาการและตัดสินใจจัดการกับอาการผิปกติที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรอดูอาการก่อนร้อยละ 53.0 รองลงมาคือ รักษาตนเองร้อยละ 35.0 ปล่อยให้หาย ๆ ร้อยละ 6.0 ไปพบแพทย์ร้อยละ 5.0 (ซึ่งจะรวมกับกลุ่มที่ไม่มีอาการและมาตรวจพบ) และที่เหลือร้อยละ 1.0 ซ้ำอีกนั่นเอง

เมื่อผู้วิจัยได้พิจารณาถึงการจัดการกับอาการผิปกติครั้งแรก เพื่อให้เห็นภาพของการจัดการกับอาการผิปกติที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน จึงอธิบายการจัดการกับอาการผิปกติจำแนกตามการให้ความหมายของอาการผิปกติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “ไม่ทราบว่าเป็นอะไร” กลุ่มตัวอย่างจะรอดูอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 86.0 ระยะเวลารอดูอาการนาน 2 สัปดาห์ - 2 ปี ซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 2-3 เดือน โดยให้เหตุผลว่า “ยังมีอาการไม่มาก ยังทำงานไหว” “ไม่ได้เป็นอะไรมาก ยังทำงานได้” ส่วนที่เหลือร้อยละ 8.4 จะทำการรักษาด้วยตนเอง ระยะเวลาของการรักษาด้วยตนเองมีตั้งแต่ 2 สัปดาห์จนถึง 1 ปี โดยใช้วิธีการกินยา บิบนวดร่างกายร่วมกับการพักผ่อน โดยให้เหตุผลว่าเคยใช้วิธีดังกล่าวแล้วมีอาการดีขึ้น และร้อยละ 4.23 ปล่อยให้หายๆ

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “โรคเบาหวาน” ส่วนใหญ่จะรอดูอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 90.0 ระยะเวลาของการรอดูอาการมีตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 1-2 เดือน โดยให้เหตุผลว่า “ยังเป็นไม่มาก ยังทำงานไหว” “ไม่ได้เป็นอะไรมาก” “ยังไม่แน่ใจว่าจะเป็นหรือเปล่า” และมีร้อยละ 9.1 ที่ทำการรักษาตนเองนาน 2-3 ปี วิธีการรักษาที่เลือกใช้เป็นการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นรากไม้และนำมาต้มกินต่างน้ำแก้โรคเบาหวานตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “โรคลม” จะจัดการกับอาการผิปกติโดยวิธีการรักษาตนเองทั้งหมด ระยะเวลาของการรักษาด้วยตนเองมีตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์จนถึง 2 ปี ส่วนใหญ่จะรักษาตนเองนาน 6 เดือนถึง 1 ปี การรักษาที่ใช้กันได้แก่ การรับประทานยาหอม ชาลม ดมชาดมยาหอม ร่วมกับการนอนพัก ในบางรายจะใช้วิธีที่เรียกว่า “เก็บบ” หรือ “เท็บบ” เป็นการบีบนวดและดึงเส้นที่บริเวณคอ เชื่อกันว่าจะทำให้เลือดลมเดินได้สะดวก ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดี

แก้อาการเป็นลมได้ วิธีการที่เลือกใช้ กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าเคยใช้วิธีดังกล่าวมาก่อนและทำให้มีอาการดีขึ้น

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “อาการผิปกติระบบอวัยวะสืบพันธุ์” จะรอดูอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 46.1 ระยะเวลาของการรอดูอาการนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 2 ปี ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 2-6 เดือน เหตุผลของการรอดูอาการส่วนใหญ่ได้แก่ “ยังเป็นไม่มาก” “ไม่รู้จะทำยังไง” และมีร้อยละ 23.1 ทำการรักษาด้วยตนเอง โดยระยะเวลาของการรักษาด้วยตนเองตั้งแต่ 3 เดือนถึง 6 เดือน วิธีการรักษาด้วยตนเองได้แก่ การกินยาผงซึ่งเป็นยาแผนโบราณ ที่เพื่อนบ้านนำมาให้ เพื่อใช้รักษาโรคสตรีใกล้หมดประจำเดือนหรือใช้วิธีการบีบนวรร่างกายร่วมกับการพักผ่อน ร้อยละ 15.4 ปลดปล่อยไว้เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไรเลย โดยให้เหตุผลว่า “เป็นเองก็หายเอง” ส่วนที่เหลือร้อยละ 15.4 ซื้อยาตามร้านขายยาโดยให้เหตุผลว่าเคยมีอาการเช่นนี้และมารักษาที่ร้านขายยาและมีอาการดีขึ้น

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “ไขหวัด” กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองทั้งหมด ระยะเวลาของการรักษาด้วยตนเองนานตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์จนถึง 5 เดือน ส่วนใหญ่จะรักษาดูตนเองนานประมาณ 1 เดือน วิธีการรักษาที่ใช้ส่วนใหญ่คือการกินยาลดไข้ ยาแก้ปวดหัว ร่วมกับการพักผ่อน

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “โรคคนแก่” พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะปล่อยไว้เฉย ๆ ไม่ทำอะไรกับอาการที่เกิดขึ้นร้อยละ 50.0 โดยให้เหตุผลว่า “เพราะแก่แล้วก็เป็นอย่างนี้” “มันเป็นเองมันก็หายเองเลยไม่ได้ทำอะไร” ระยะเวลาของการปล่อยไว้เฉย ๆ นานตั้งแต่ 5 เดือน - 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่รอดูอาการนาน 2 ปี รองลงมารอดูอาการและรักษาดูตนเองมีจำนวนเท่ากันร้อยละ 25.0 วิธีการที่ใช้คือ การบีบนวรร่างกายร่วมกับการพักผ่อน

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “แผลหรือฝีอักเสบ” ส่วนใหญ่จะรักษาดูตนเอง ถึงร้อยละ 83.3 ซึ่งระยะเวลาของการรักษาดูตนเองนานตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 1 ปี ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1 เดือน วิธีการรักษาดูตนเองคือ การทำความสะอาดแผล และมีเพียงร้อยละ 16.7 เท่านั้นที่ไปพบแพทย์ เหตุผลที่ไปเพราะไปฉีดยาป้องกันบาดทะยัก และบาดแผลมีขนาดใหญ่

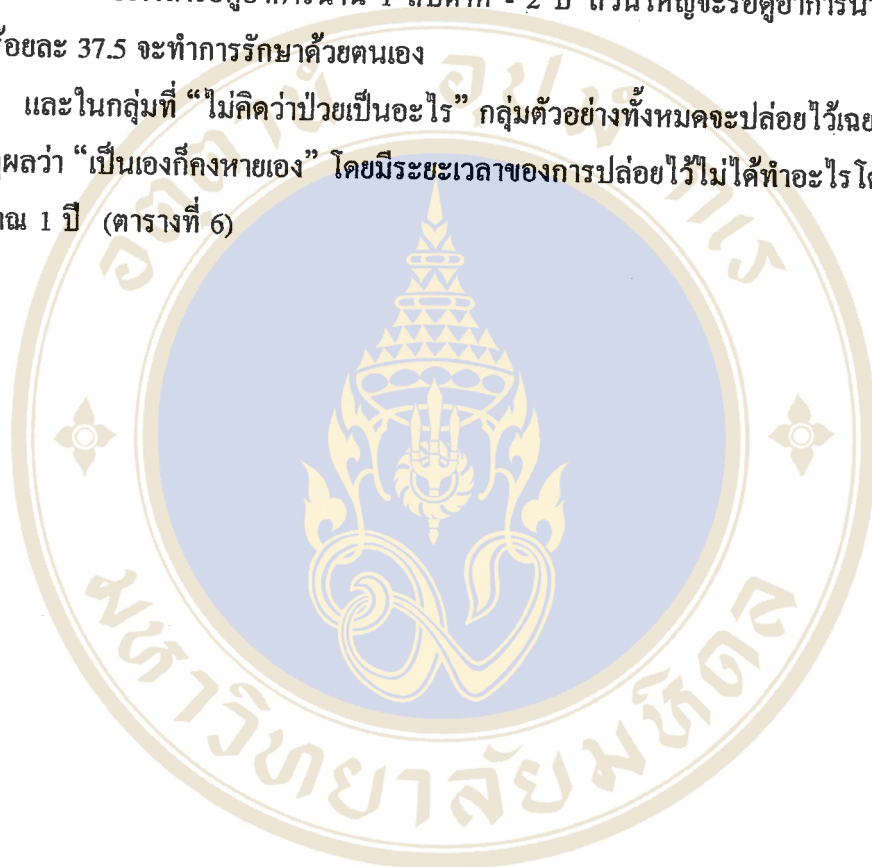
ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “ทำงานหนัก” กลุ่มตัวอย่างจะรอดูอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 60.0 ระยะเวลารอดูอาการนาน 3 เดือน - 2 ปี ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 2 ปี รองลงมาคือทำการรักษาดูตนเองร้อยละ 40.0 โดยวิธีการพักผ่อนร่วมกับการบีบนวรร่างกาย

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “โรคตา” กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะรอดูอาการ ระยะเวลาของการรอดูอาการนาน 2 สัปดาห์ - 3 ปี ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 1 ปี

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “โรคเก่ากำเริบ” กลุ่มตัวอย่างจะรอดูอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 57.1 ระยะเวลารอดูอาการนาน 1 เดือน - 3 ปี ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 6 เดือน ส่วนที่เหลือร้อยละ 42.9 จะทำการรักษาด้วยตนเอง

ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “กลุ่มโรคอื่นๆ” กลุ่มตัวอย่างจะรอดูอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 62.5 ระยะเวลารอดูอาการนาน 1 สัปดาห์ - 2 ปี ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 2 ปี ส่วนที่เหลือร้อยละ 37.5 จะทำการรักษาด้วยตนเอง

และในกลุ่มที่ “ไม่คิดว่าป่วยเป็นอะไร” กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะปล่อยไว้เฉย ๆ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า “เป็นเองก็คงหายเอง” โดยมีระยะเวลาของการปล่อยไว้ไม่ได้ทำอะไรโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี (ตารางที่ 6)



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามการให้ความหมาย

การจัดการกับอาการผิดปกติ การให้ความหมาย	รอด อาการ จำนวน ร้อยละ	ปล่อยไว้ เฉยๆ จำนวน ร้อยละ	รักษาตนเอง จำนวน ร้อยละ	ไปร้าน ขายยา จำนวน ร้อยละ	ไปพบ แพทย์ จำนวน ร้อยละ	รวม
ไม่ทราบว่าป่วยเป็น อะไร	61 (86.0)	4 (5.6)	6 (8.4)	-	-	71
โรคเบาหวาน	20 (90.0)	-	2 (9.1)	-	-	22
โรคลม	-	-	36 (100.0)	-	-	36
อาการผิดปกติของ อวัยวะสืบพันธุ์	6 (46.1)	2 (15.4)	3 (23.1)	2 (15.4)	-	13
อาการไข้หวัด	-	-	8 (100.0)	-	-	8
โรคคนแก่	2 (25.0)	4 (50.0)	2 (25.0)	-	-	8
โรคเกาต์กำเริบ	4 (57.1)	-	3 (42.9)	-	-	7
แผลหรือฝี อักเสบ	-	-	5 (83.3)	-	1 (16.7)	6
ทำงานหนัก	3 (60.0)	-	2 (40.0)	-	-	5
โรคตา	4 (100.0)	-	-	-	-	4
โรคอื่น ๆ	5 (62.5)	-	3 (37.5)	-	-	8
ไม่คิดว่าป่วยเป็นอะไร	1 (33.3)	2 (66.7)	-	-	-	9
ตรวจพบ	-	-	-	-	9 (100.0)	9
รวม	106 (53.0)	12 (6.0)	70 (35.0)	2 (1.0)	10 (5.0)	200 (100.0)

การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ได้แก่ การปล่อยไว้เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร การรอสังเกตอาการ รักษาตนเอง ซึ่อาศัยตามร้านขายยา และไปพบแพทย์ การใช้ระยะเวลาในการจัดการกับอาการผิดปกตินั้นแตกต่างกันในกลุ่มที่ปล่อยไว้เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไรเลย ใช้ระยะเวลานาน 10-12 เดือน มากที่สุดร้อยละ 41.7 กลุ่มที่รอสังเกตอาการใช้ระยะเวลาการสังเกตนาน 1-3 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 48.1 รองลงมาใช้ระยะเวลานาน 4-6 เดือน กลุ่มรักษาด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลานาน 1-3 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 31.4 กลุ่มซึ่อาศัยตามร้านขายยาใช้เวลากับการจัดการนั้นในช่วง 4-6 เดือน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการจัดการกับอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาของการจัดการ

ระยะเวลา การจัดการ	< 1	1-3	4-6	7-9	10-12	1-2	2-3	รวม
	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	ปี	ปี	
ปล่อยไว้เฉย ๆ	1 (8.3)	2 (16.7)	2 (16.7)	-	5 (41.7)	2 (16.7)	-	12
รอสังเกตอาการ	19 (17.9)	51 (48.1)	17 (16.0)	1 (0.9)	11 (10.4)	6 (5.7)	1 (0.9)	106
รักษาตนเอง	9 (12.9)	22 (31.4)	19 (27.1)	-	12 (17.1)	5 (7.1)	3 (4.3)	70
ซึ่อาศัยกินเอง	-	-	2 (100.0)	-	-	-	-	2
ไปพบแพทย์	1 (100.0)	-	-	-	-	-	-	1
มาตรวจพบ	9 (100.0)	-	-	-	-	-	-	9

จากการศึกษาพบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างประสบกับอาการผิดปกติแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมาย และจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือขอความปรึกษาและคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.0 ได้มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลอื่น ก่อนไปรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน บุคคลที่ให้คำปรึกษาและมีบทบาทมากที่สุดใน การตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุดคือ บุคคลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วย ร้อยละ 66.9 ที่พบมากที่สุดคือ บุตร รองลงมาคือเพื่อนบ้าน หรือผู้ร่วมงาน

คำแนะนำจากบุคคลในกลุ่มตัวอย่างไปขอคำปรึกษา ส่วนใหญ่แนะนำให้ไปตรวจกับแพทย์แผนปัจจุบัน มีกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งให้ข้อมูลว่าเมื่อไปขอคำปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดก็จะได้รับคำแนะนำ “ไปหาหมอตรวจจะได้รู้ว่าเป็นอะไร” “อาการแบบนี้น่าจะไปหาหมอ” นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษาบุคคลที่ให้คำปรึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวจะพากันไปพบแพทย์เพื่อตรวจเป็นส่วนใหญ่

บุคคลที่ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่แนะนำให้ไปตรวจกับแพทย์โดยไม่ทราบว่าคุณลักษณะป่วยเป็นอะไร มีเพียงร้อยละ 37.3 เท่านั้นที่แนะนำให้ไปตรวจกับแพทย์ เพราะสงสัยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็จะยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำตามที่บุคคลให้คำปรึกษาได้แนะนำมาด้วย

ในกลุ่มตัวอย่างที่เหลือร้อยละ 29.0 ไม่ได้ปรึกษานักคนอื่นเลยก่อนไปพบแพทย์ โดยให้เหตุผลว่า “อาการไม่รุนแรง รอดูอาการไปก่อน พอเป็นมาก ทนไม่ได้ก็มาหาหมอเลยไม่ได้ปรึกษาใคร” และไม่มีอาการผิดปกติ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการขอคำปรึกษาก่อนมาพบแพทย์

การปรึกษา	จำนวน (n= 200)	ร้อยละ
ปรึกษา	142	71.0
สมาชิกในครอบครัว	95	66.9
เพื่อนบ้าน/ผู้ร่วมงาน	28	19.7
ญาติ	19	13.4
ไม่ปรึกษา	58	29.0

2.4 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพและเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อบุคคลได้จัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว ก็จะมีการประเมินอาการซึ่งเมื่อผู้ป่วยและญาติได้ประเมินร่วมกันแล้วว่า อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นยังคงอยู่ไม่ทุเลา หรือมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ก็จะตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการ โดยการแสวงหาบริการสุขภาพแหล่งอื่นๆ ต่อไป จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกแหล่งบริการสุขภาพและเข้ารับบริการสุขภาพแตกต่างกัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีอาการผิดปกติและไปเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ ก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา และกลุ่มที่มีอาการผิดปกติ แล้วมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ดังนั้นในการนำเสนอการเลือกแหล่งบริการสุขภาพและเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- การเลือกเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
- การเข้ารับบริการสุขภาพใน โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

2.4.1 การเลือกเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ ก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกไปเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ คลินิก ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 17.2 และมีเพียงร้อยละ 3.6 รักษาหมอแผนโบราณ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้ก่อนเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

แหล่งบริการสุขภาพ	จำนวน (n = 169)	ร้อยละ
คลินิก	70	41.4
โรงพยาบาลชุมชน	29	17.2
โรงพยาบาลเอกชน	16	9.5
โรงพยาบาลทั่วไป	14	8.3
สถานีนอนมัย	13	7.7
โรงพยาบาลศูนย์/ทบวงมหาวิทยาลัย	13	7.7
ร้านขายยา	8	4.7
หมอแผนโบราณ	6	3.6

หมายเหตุ 1 คน ไปใช้แหล่งบริการสุขภาพได้มากกว่า 1 แห่ง

เมื่อพิจารณาถึงการได้รับหรือไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อกลุ่มตัวอย่างไปเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพอื่น ก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจำนวน 13 แห่ง จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 92.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่ร้านขายยา และหมอแผนโบราณ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเพียงร้อยละ 12.5 และ 16.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการสุขภาพจำแนกตามการได้รับ หรือไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานก่อนมารับบริการสุขภาพโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

แหล่งบริการ	ได้รับการวินิจฉัย		ไม่ได้รับการวินิจฉัย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลศูนย์/ทบวง	13	100.0	-	-	13
โรงพยาบาลทั่วไป	13	92.9	1	7.1	14
โรงพยาบาลชุมชน	26	89.7	3	10.3	29
คลินิก	61	87.1	9	12.9	70
โรงพยาบาลเอกชน	13	81.3	3	18.7	16
สถานีอนามัย	9	69.2	4	30.8	13
หมอแผนโบราณ	1	16.7	5	83.3	6
ร้านขายยา	1	12.5	7	87.5	8

หมายเหตุ 1 คน ไปใช้แหล่งบริการสุขภาพได้มากกว่า 1 แห่ง

แหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการสุขภาพก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีหลากหลายประเภทแตกต่างกัน เพื่อให้เห็นกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพในแต่ละแหล่งได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดโดยบรรยายถึง เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ ระยะเวลาที่เข้าบริการ ช่วงเวลาในการเข้ารับบริการ การมีหรือไม่มีบุคคลพากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการ การลางานเพื่อเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมา วิธีการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทางไป-กลับ การรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง บริการที่ได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา แหล่งช่วยเหลือการรักษา การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาในแต่ละแหล่ง และการรักษาอื่นร่วม (ตารางที่ 3-14 ในภาคผนวก ง)

แหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการสุขภาพก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาที่พบมากที่สุดได้แก่ คลินิก รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป สถานีอนามัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ร้านขายยา และหมอแผนโบราณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

คลินิก

เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการสุขภาพมากที่สุดก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เหตุผลสำคัญที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการ คือ มีบุคคลแนะนำหรือพามาเข้ารับการรักษา มากที่สุดร้อยละ 38.6 รองลงมาคือ อยู่ใกล้บ้านร้อยละ 27.1

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 37.1 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการสุขภาพนาน 1 เดือน - 1 ปี มากที่สุดร้อยละ 44.3 รองลงมาคือ น้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 34.3 ช่วงเวลาในการไปรับบริการส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเช้า

ในการมาเข้ารับบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมาเองคนเดียวมากที่สุด ร้อยละ 51.4 ต้องมีบุคคลพามา ร้อยละ 44.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องลางานเนื่องจากเป็นแม่บ้าน หรือมีอาชีพทำไร่ ทำนา มีเพียงร้อยละ 11.4 ที่ต้องหยุดขายของและร้อยละ 5.7 ที่ต้องลางานและถูกหักเงิน ส่วนบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมารับบริการ ส่วนใหญ่ไม่ต้องลางาน โดยให้เหตุผลว่า ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ปลดเกษียณแล้ว ในกลุ่มที่มีอาชีพ ให้เหตุผลในการไม่ลางานว่า ไม่ตรงกับเวลางาน และมีเพียงร้อยละ 14.7 เท่านั้น ที่ต้องลางาน

ในการเดินทางมารับบริการสุขภาพที่คลินิก กลุ่มตัวอย่างเดินทางโดยใช้รถส่วนตัวมาโรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ โดยสาธารณรถประจำทางมา 1 ต่อ ร้อยละ 37.1 และมี

เพียงร้อยละ 1.4 ที่ต้องโดยสารรถประจำทางมา 3 ต่อ ใช้ระยะเวลาในการเดินทางไป-กลับนานประมาณ 30 นาทีมากที่สุดร้อยละ 48.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเดินทางสะดวกปานกลางมากที่สุดร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ สะดวกมาก ร้อยละ 28.6

บริการที่ได้รับนั้นจะได้รับการตรวจจากแพทย์ทุกรายและมีการใช้การตรวจด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่นเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ร่วมด้วย ตลอดจนได้รับยาและนัดมาตรวจซ้ำ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งนานประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงมากที่สุดร้อยละ 64.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ารอไม่นาน มีเพียงร้อยละ 2.8 ที่รู้สึกว่ามันนาน

สำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องเสียไปในการเข้ารับบริการ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางส่วนใหญ่เสียเป็นค่าน้ำมันประมาณ 10 บาท และค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งละประมาณ 100-500 บาท โดยเบิกค่ารักษาไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาว่าแพงปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.3

ในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้การรักษาอื่นร่วม มีเพียงร้อยละ 14.3 ที่รักษาด้วยยาสมุนไพรร่วมด้วย ที่พบได้แก่ ฟ้าทะลายโจร หญ้าไต้ใบ โดยนำมาต้มกินต่างน้ำ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการกินยาลูกกลอนแก้โรคเบาหวานด้วย

โรงพยาบาลชุมชน

เหตุผลสำคัญที่สุดของการเข้ารับบริการสุขภาพนี้ คือ อยู่ใกล้บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 44.8 รองลงมามีบุคคลแนะนำหรือพามา ร้อยละ 24.1

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการบริการสุขภาพมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 44.8 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการน้อยกว่า 1 เดือนมากที่สุดร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ 1 เดือน- 1 ปี ร้อยละ 23.1 ช่วงเวลาที่มาเข้ารับบริการส่วนใหญ่ จะเป็นเวลาราชการในช่วงเช้า

ในการเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องมีบุคคลพามากที่สุดร้อยละ 58.6 ซึ่งในจำนวนนี้บุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาส่วนใหญ่ไม่ต้องกลางาน ที่ต้องกลางานแต่ไม่ถูกหักเงิน มีเพียงร้อยละ 11.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องกลางาน ที่ต้องกลางานและหยุดขายของมีเพียงร้อยละ 17.1

การเดินทางมาเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างใช้รถส่วนตัวมามากที่สุดร้อยละ 44.8 รองลงมาคือโดยสารรถประจำทางมา 1 ต่อ ใช้ระยะเวลาในการเดินทางไป-กลับประมาณ 30 นาที - 1 ชม. มากที่สุดร้อยละ 55.1 มีเพียงร้อยละ 10.3 เท่านั้น ที่ใช้เวลาเดินทางไปกลับนานมากกว่า 2 ชม. กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสะดวกปานกลางมากที่สุดร้อยละ 44.8 รองลงมาคือสะดวกน้อย ร้อยละ 20.7

บริการที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจจากแพทย์ ได้รับยาไปรับประทาน นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ในการตรวจรักษาถึงร้อยละ 93.1 โดยได้รับการตรวจเลือดและ

ตรวจปีสภาวะ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ประมาณ 1-2 ชั่วโมงมากที่สุดร้อยละ 72.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ใช้เวลาไม่นาน ที่เหลือร้อยละ 27.5 รับรู้ใช้เวลาปาน

ค่าใช้จ่ายต่างๆในการเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำมันรถประมาณ 10-50 บาทมากที่สุด ร้อยละ 55.1 และค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาซึ่งพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้งประมาณ 100-500 บาทมากที่สุดร้อยละ 51.7 และมีร้อยละ 31.1 ที่ไม่ทราบว่าจะเสียค่ารักษาเท่าไร เนื่องจากใช้บัตรสุขภาพ และบัตรสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาว่าไม่แพงมากที่สุด ร้อยละ 72.4

ในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาอื่นร่วม ส่วนที่ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วยมีร้อยละ 17.2 เป็นการใช้จ่ายสมุนไพรร่วมกับการรักษาซึ่งได้แก่ ยาหม้อซึ่งเป็นรากไม้ต้มกินแก้โรคเบาหวาน และตะไคร้ต้มกินต่างน้ำ นอกจากนี้ยังมีการใช้ดีโก้ กินสดๆ วันละ 1 ดี จนครบ 200 ดี และมีเพียง 1 ราย รักษาพร้อมกับโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลเอกชน

เหตุผลสำคัญที่ไปเข้ารับบริการสุขภาพ คือมีบุคคลแนะนำและพามามากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือชื่อเสียงของแหล่งบริการ ร้อยละ 25.0

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพ 2-5 ครั้ง มากที่สุดร้อยละ 43.7 รองลงมาคือ เข้ารับบริการเพียง 1 ครั้ง ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการนาน 1 เดือน- 1 ปีมากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 เดือนร้อยละ 25.0

ในการไปเข้ารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างต้องมีบุคคลพามาร้อยละ 62.5 มีเพียงร้อยละ 37.5 ที่ไปเองคนเดียว กลุ่มตัวอย่างไม่ลังานมากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาคือลังานถูกหักเงิน ร้อยละ 25.0 บุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการ ส่วนใหญ่ไม่ลังาน ที่เหลือร้อยละ 10.0 ที่ต้องหยุดขายของ ช่วงเวลาของการเข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นช่วงเช้าเวลาราชการ

การเดินทางมาเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างใช้รถส่วนตัวในการเดินทางมากที่สุดร้อยละ 68.8 รองลงมาคือโดยสารรถประจำทาง 1 ต่อ ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาเดินทางไป-กลับแตกต่างกันไป โดยพบว่าใช้นานน้อยกว่า 30 นาทีและมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปมากที่สุด มีจำนวนเท่ากันร้อยละ 31.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ไม่สะดวก

บริการที่ได้รับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการตรวจจากแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเจาะเลือดและตรวจปีสภาวะ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งนาน 1-2 ชั่วโมง

มากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ 31 นาที-1 ชั่วโมง ร้อยละ 43.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ารอนาน

ค่าใช้จ่ายต่างๆในการเข้ารับบริการ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางซึ่งเสียประมาณ 10-50 บาทมากที่สุดร้อยละ 31.3 รองลงมาคือ 51-100บาท ร้อยละ18.8และ ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้งเสียประมาณ 100-500บาทมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือเสียมากกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 37.5 ทั้งหมดเบิกค่ารักษาไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าแพงปานกลางมากที่สุดร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ แพงมาก ร้อยละ 18.8

ในการเข้ารับบริการสุขภาพแหล่งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้การรักษาอื่นร่วม มีเพียงร้อยละ 6.3 ที่ใช้การรักษาอื่นร่วม พบว่ามีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาที่ได้รับ

โรงพยาบาลทั่วไป

เหตุผลที่สำคัญที่สุดของการเข้ารับบริการคือ มีบุคคลแนะนำและพากันมาจำนวนมากที่สุดร้อยละ 35.7 รองลงมาอยู่ใกล้บ้านร้อยละ 28.5

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพ 10 ครั้งขึ้นไป มากที่สุดร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ 2-5 ครั้ง ร้อยละ 35.7 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการนาน 1 เดือน -1ปีและ 5 ปีขึ้นไป มากที่สุดมีจำนวนเท่ากันร้อยละ 28.6

ในการเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาคนเดียวมากที่สุดร้อยละ 71.4 และส่วนใหญ่ไม่ต้องกลางาน มีเพียงร้อยละ 28.6 ที่ต้องมีบุคคลพามาในจำนวนนี้ทั้งหมดไม่ต้องกลางาน ช่วงเวลาที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นช่วงเช้าเวลาราชการ

การเดินทางมารับเข้ารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างใช้รถส่วนตัว และโดยสารรถประจำทางมา 1 ต่อถึงร.พ. มากที่สุดมีจำนวนเท่ากันร้อยละ 35.7 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปกลับประมาณ 31-60 นาทีมากที่สุดร้อยละ 55.1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสะดวกปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ไม่สะดวก ร้อยละ 28.6

บริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการตรวจจากแพทย์ ได้รับยา และนัดมาตรวจซ้ำ รวมทั้งได้รับการตรวจด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทุกรายได้แก่ การเจาะเลือด และปัสสาวะ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ใช้เวลานาน 3-4 ชั่วโมง ที่เหลือใช้เวลารอนาน 5-6 ชม. กลุ่มตัวอย่างรับรู้รอนานปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ รอนานมาก ร้อยละ 21.4

ค่าใช้จ่ายต่างๆในการเข้ารับบริการสุขภาพ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ละครั้งประมาณ 10-50 บาทมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ น้อยกว่า 10 บาท ร้อยละ 28.6 ค่าใช้จ่าย

ในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ทราบ เนื่องจากใช้บัตรสุขภาพ ที่ทราบจะเสียค่าตรวจรักษาประมาณ 100-500 บาทมากที่สุดร้อยละ 28.6 มีเพียง ร้อยละ 7.1 ที่ต้องเสียมากกว่า 1,500 บาทขึ้นไป แต่สามารถเบิกค่ารักษาได้ รับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาว่าไม่แพงมากที่สุด ร้อยละ 71.4

ในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้การรักษาอย่างอื่นร่วม โดยให้เหตุผลว่า รักษาโดยการกินยาหลวงนี้ก็มีอาการดีขึ้นแล้ว ส่วนที่ใช้การรักษาอื่นร่วมที่พบเป็นการใช้สมุนไพร ถึงร้อยละ 28.6 ซึ่งที่พบได้แก่ ฟ้าทะลายโจร หญ้าใต้ใบ ยาหม้อซึ่งเป็นรากไม้ นำมาต้มกินต่างน้ำ บอระเพ็ดตำใส่มะขามเปียกใส่เกลือป่น เป็นต้น

สถานีอนามัย

เหตุผลสำคัญที่สุดของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งนี้ คือ รู้จักกับเจ้าหน้าที่ในแหล่งรักษาและอยู่ใกล้บ้านมากที่สุดจำนวนเท่ากันร้อยละ 46.1

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพเพียงครั้งเดียว มากที่สุดร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ 10 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 23.1 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่า 1 เดือน เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ 1 เดือน- 1 ปี

ในการมาเข้ารับบริการสุขภาพจะมาเองคนเดียวมากที่สุดร้อยละ 53.8 โดยไม่ต้องกลางานเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.2 ที่ต้องมีบุคคลพามาตรวจ และมีบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการส่วนใหญ่ไม่กลางาน มีเพียงร้อยละ 16.7 ที่ต้องกลางานแต่ไม่ถูกหักเงิน ช่วงเวลาในการมารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นช่วงที่ว่างจากการทำงานบ้าน หรือสายๆ

การเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัยกลุ่มตัวอย่างเดินทางมาเอง มากที่สุดร้อยละ 53.8 รองลงมาคือใช้รถส่วนตัวมาโรงพยาบาล ร้อยละ 46.2 ระยะเวลาเดินทางไป-กลับในการเข้ารับบริการประมาณ 30 นาทีมากที่สุด ร้อยละ 84.6 และที่เหลือร้อยละ 15.4 ที่ต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเดินทางสะดวกปานกลางมากที่สุดร้อยละ 53.8 รองลงคือ สะดวกน้อย ร้อยละ 30.8

บริการที่ได้รับส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจจากเจ้าหน้าที่โดยการวัดความดันโลหิต และให้ยา มีเพียงร้อยละ 38.5 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจปัสสาวะ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งไม่เกิน 30 นาทีมากที่สุดร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ 31 นาที-1 ชั่วโมงร้อยละ 38.5 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับรู้ว่ามันนาน

ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องเสียไปในการเข้ารับบริการ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยพบว่าไม่ต้องเสียเงินมากที่สุดร้อยละ 42.6 เนื่องจากเดินทางมาเอง รองลงมาคือเสียน้อยกว่า 10 บาท ร้อยละ

38.5 ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้งไม่เกิน 100 บาทมากที่สุดร้อยละ 38.5 รองลงมาคือน้อยกว่า 100 บาทและในบางรายที่ไม่ทราบค่าเสียจำนวนเท่าไร เนื่องจากใช้บัตรสุขภาพ การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาพบว่า รับรู้ว่าไม่แพงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.0

ในการรักษาที่สถานีนามขี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย มีเพียงร้อยละ 14.3 ที่ใช้การรักษาด้วยสมุนไพรร่วมด้วย

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

เหตุผลสำคัญที่สุดของการเข้ารับบริการสุขภาพ คือมีบุคคลแนะนำและมีบุคคลมารับการรักษามากที่สุดร้อยละ 38.5 รองลงมาอยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 23.1

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ 2-5 ครั้ง ร้อยละ 23.1 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการนาน 1 เดือน - 1 ปี มากที่สุดร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ 4-5 ปี ร้อยละ 23.1 ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการจะเป็นช่วงเช้าในเวลาราชการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาเองคนเดียว ไม่ต้องกลางนมากที่สุดร้อยละ 53.8 ที่ต้องมีบุคคลพา มา มีเพียงร้อยละ 46.2 ซึ่งบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการ ไม่ต้องกลางนเกือบทั้งหมด โดยให้เหตุผลว่า ไม่ตรงกับเวลางาน มาส่งตอนเช้าและมารับกลับตอนเที่ยง มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่กลางนแต่ไม่ถูกหักเงิน

ในการเดินทางมาเข้ารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างใช้รถส่วนตัวและโดยสารรถประจำทางมา 1 ต่อ มากที่สุด มีจำนวนเท่ากันร้อยละ 35.7 ระยะเวลาในการเดินทางไป-กลับมากกว่า 2 ชม. มากที่สุดร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ 31-60 นาที ร้อยละ 30.8 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเดินทางไม่สะดวก มากที่สุดร้อยละ 38.5

บริการที่ได้รับส่วนใหญ่ ทั้งหมดทุกรายจะได้รับการตรวจจากแพทย์ และได้รับยาและการนัดมาตรวจซ้ำ ทุกรายจะได้รับการเจาะเลือด และบางรายจะได้รับการตรวจปัสสาวะร่วมด้วย ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งนานประมาณ 3-4 ชม.มากที่สุดร้อยละ 69.3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารอนานปานกลาง ร้อยละ 46.1 มีเพียงร้อยละ 23.1 ที่รับรู้ว่ารอนาน

ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องเสียในการเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางซึ่งเสียน้อยกว่า 10 บาทมากที่สุดร้อยละ 38.5 รองลงมาคือเสียเงินมากกว่า 200 บาทขึ้นไป ร้อยละ 23.1 ขึ้นไปส่วนใหญ่จะเสียเพราะเช่ารถยนต์มา และค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างที่ทราบร้อยละ 61.5 จะเสียประมาณ 100-500 บาทมากที่สุดร้อยละ 42.6 ส่วนที่ไม่ทราบร้อยละ 38.5 นั้นเพราะใช้บัตรสุขภาพ และบัตรสูงอายุ การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีแพง

สำหรับการรักษาอื่นที่ใช้ร่วมกับการรักษาในขณะที่รับการรักษาในแหล่งนี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับ มีเพียงร้อยละ 30.8 ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร

ร้านขายยา

เหตุผลที่สำคัญที่สุดที่เลือกเข้ารับบริการสุขภาพ คือ เพราะอยู่ใกล้ มากที่สุดร้อยละ 37.5 รองลงมาคือค่ารักษาไม่แพง ร้อยละ 25.0

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพเพียง 1 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาคือเข้ารับบริการมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาของการเข้ารับบริการนานไม่เกิน 1 เดือนมากที่สุดร้อยละ 62.5 และมีเพียงร้อยละ 12.5 ที่รักษานาน 2-3 ปี

ในการเข้ารับบริการสุขภาพส่วนใหญ่มาเองคนเดียว มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่ต้องมีบุคคลพา มา และในการเข้ารับบริการทั้งกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาส่วนใหญ่ไม่ต้องกลางาน ช่วงเวลาที่ใช้บริการแล้วแต่ความสะดวก

การเดินทางมารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเดินมา มากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาคือโดยสารรถประจำทางมา 1 ต่อ ร้อยละ 12.5 ระยะเวลาในการเดินทางไป-กลับนานส่วนใหญ่ ประมาณ 30 นาที กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเดินทางสะดวกปานกลาง

สำหรับวิธีการในการตรวจรักษาจะกระทำโดยการให้เล่าอาการป่วยที่เกิดขึ้นให้ฟังและผู้รักษาจะเป็นผู้ซักถามที่มีสรรพคุณในการรักษาอาการดังกล่าว อาจจะโดยวิธีการกินยาหรือทา ใช้เวลาในการตรวจรักษาแต่ละครั้งนานประมาณ น้อยกว่า 30 นาที กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับรู้ว่ารอนาน

ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องเสียในการเข้ารับบริการสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพราะเดินมาเอง ที่ต้องเสียเงินจะเสียประมาณ 10 บาท ค่าตรวจรักษาส่วนใหญ่ไม่เกิน 100 บาทมากที่สุดร้อยละ 50.0 ต้องจ่ายเงินเอง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีแพงเป็นส่วนใหญ่

กลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้บริการที่ร้านขายยาทั้งหมดไม่ได้ใช้วิธีการรักษาอื่นร่วม โดยให้เหตุผลว่า ไม่ทราบว่าจะใช้อะไร ก็รับประทานแต่ยาที่ซื้อมาเพียงอย่างเดียว

หมอแผนโบราณ

หมอแผนโบราณ เป็นแหล่งให้การรักษาที่ผู้รักษาจะกระทำขึ้นที่บ้านของผู้รักษาเอง เหตุผลสำคัญที่ไปเลือกเข้ารับบริการสุขภาพคือรู้จักและคุ้นเคยกับผู้ให้การรักษา มากที่สุด ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างจะไปใช้บริการ 2-5 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ มีบุคคลแนะนำและพามา

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพ 2-5 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 50.0 ระยะเวลาเข้ารับบริการนานประมาณ 1 เดือน- 1 ปีมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 33.3 การใช้ช่วงเวลาไปรับการรักษาแล้วแต่ความสะดวก

สำหรับการมาเข้ารับบริการ มาเองคนเดียวมากที่สุด ร้อยละ 66.7 ต้องมีบุคคลพามา ร้อยละ 33.3 พบเป็นเพื่อนบ้านทั้งหมดเป็นผู้พา ทั้งกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างมาส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน จึงไม่ต้องสถาน

ในการเดินทางมารับบริการใช้วิธีการเดินทางมากที่สุดร้อยละ 50.0 ระยะเวลาเดินทางไปกลับประมาณ 30 นาทีเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเดินทางสะดวกปานกลางมากที่สุดร้อยละ 50.0

ในการตรวจรักษาใช้วิธีการเล่าอาการป่วยที่เกิดขึ้นให้ฟัง และผู้รักษาก็จะเป็นผู้จัดสมุนไพรมีสรรพคุณในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยนำไปต้มกินหรือนวดประคบที่บ้าน ระยะเวลาในการตรวจรักษาแต่ละครั้งนานประมาณ 30 นาที มากที่สุดร้อยละ 66.7 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีนาน

ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางซึ่งพบว่าไม่ต้องเสียเงินมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาเสียน้อยกว่า 10 บาท ร้อยละ 33.3 ส่วนค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา ไม่ต้องเสียเงิน - 100 บาท มากที่สุดร้อยละ 66.7 และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จ่ายค่ารักษาเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับรู้ว่ามีแพง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ใช้วิธีการรักษาอื่นร่วมกับการรักษานี้ เหตุเพราะผู้รักษาห้าม ใช้ยาอื่นร่วมกับการรักษา เพราะจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และรองลงมา คือไม่ทราบว่าจะใช้อะไร

2.4.2 การเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ในการนำเสนอผลงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200คน โดยการบรรยายประกอบตาราง ซึ่งผู้วิจัยจะขอกล่าวถึง เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการ จำนวนครั้ง และระยะเวลาของการเข้ารับบริการสุขภาพ ช่วงเวลาเข้ารับบริการ บุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการการกลางานเพื่อเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่พามา วิธีการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และการรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง บริการที่ได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา ระยะเวลาในการรอเตียง และการรับรู้ต่อระยะเวลาการรอเตียง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และแหล่งช่วยเหลือ

คำรักษา และการรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และการรักษาอย่างอื่นร่วมกับบริการที่ใช้อยู่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการสุขภาพ

เหตุผลสำคัญที่สุดของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ มีบุคคลแนะนำมาหรือมีบุคคลพามา ถึงร้อยละ 29.5 รองลงมาคืออยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 16.5 และ ร้อยละ 6.0 ที่มาเข้ารับบริการสุขภาพ เพราะมีญาติเป็นเจ้าหน้าที่ในแหล่งบริการ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

เหตุผลการเข้ารับบริการ	จำนวน n =200	ร้อยละ
มีบุคคลแนะนำ/พามา	59	29.5
ความสะดวกในการเดินทาง	33	16.5
ปัจจัยเสริมอำนาจในการจ่ายค่าบริการ (มีประกันสังคม,บัตรสุขภาพ,บัตรสูงอายุ,สิทธิในการเบิกจ่าย,บัตรสงเคราะห์)	28	14.0
ความคุ้นเคยกับแหล่งบริการ (เคยรักษาที่นี่มาก่อน)	23	11.5
มีอาการรุนแรง	17	8.5
ได้รับการส่งต่อ	14	7.0
ชื่อเสียงของแหล่งบริการ (ชื่อเสียงของโรงพยาบาล,ชื่อเสียงแพทย์)	14	7.0
มีญาติเป็นเจ้าหน้าที่	12	6.0

จำนวนครั้งและระยะเวลาการเข้ารับบริการสุขภาพ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป ถึงร้อยละ 80.5 และมีเพียงร้อยละ 3.5 ที่เพิ่งเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก ระยะเวลาที่เข้ารับบริการสุขภาพจะแตกต่างกัน มีตั้งแต่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ จนถึง 20 ปี ที่พบส่วนใหญ่ยาวนาน 1-5 ปี

ช่วงเวลาเข้ารับบริการสุขภาพ

ช่วงเวลาของการมาเข้ารับบริการสุขภาพจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจะมาเข้ารับบริการสุขภาพตามเวลาที่คลินิกโรคเบาหวานเปิด คือในช่วงเวลา 08.00-12.00น.. กลุ่มตัวอย่างบางรายมาเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ เนื่องจากมีอาการรุนแรงมาและเริ่มเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก

บุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการและการลางานเพื่อเข้ารับบริการ

ในการมาเข้ารับบริการสุขภาพแต่ละครั้งใน โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5 จะมาเองคนเดียว และร้อยละ 45.5 ที่ต้องมีบุคคลพามาเข้ารับบริการ ซึ่งบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการ ที่พบมากที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือสามี ร้อยละ 29.7 ในกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพแต่ต้องลางานถึงร้อยละ 68.4 ไม่ต้องลางาน ร้อยละ 31.6 ที่ต้องลางานพบว่า ลางานถูกหักเงินมากที่สุดร้อยละ 51.9 รองลงมาคือต้องหยุดขายของ ร้อยละ 42.5

สำหรับบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการพบว่าไม่ต้องลางานถึงร้อยละ 83.3 โดยเหตุผลส่วนใหญ่เป็นเพราะมีอาชีพทำไร่ ทำนา ซึ่งเวลาของการทำงานไม่แน่นอน และอีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญคือเข้ามาส่ง เทียงมารับ ส่วนในกลุ่มที่ต้องลางาน มีเพียงร้อยละ 16.7 และในจำนวนนี้พบว่าที่ต้องลางานและถูกหักเงินมากที่สุดร้อยละ 9.1 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีบุคคลพากลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ และการลางานของกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำศึกษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
n =200		
การมีบุคคลพากลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการ	91	45.5
บุตร	50	54.9
สามี	27	29.7
ญาติ	10	11.0
เพื่อนบ้าน	4	4.4
ไม่มี	109	54.5
การลางานเพื่อเข้ารับบริการ		
การลางานของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ	79	39.5
- ลางาน	54	68.4
- ลางาน ไม่หักเงิน	3	5.6
- ลางานถูกหักเงิน-ขาดรายได้	28	51.9
- หยุดขายของ	23	42.5
- ไม่ลางาน	25	31.6
การลางานของบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมา	66	72.5
- ลางาน	11	16.7
- ลางาน ไม่หักเงิน	4	6.1
- ลางานถูกหักเงิน-ขาดรายได้	6	9.1
- หยุดขายของ	1	1.5
- ไม่ลางาน	55	83.3

การเดินทางไป-กลับในการเข้ารับบริการสุขภาพ

วิธีการเดินทาง

ในการเดินทางมาเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่จะโดยสารรถส่วนตัวมาเองมากที่สุดร้อยละ 44.0 ซึ่งได้แก่ รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ และรถสามล้อ รองลงมาคือโดยสารรถประจำทาง 1 ต่อ ร้อยละ 24.0 มีเพียงร้อยละ 3.0 ที่ต้องโดยสารรถประจำทางมา 3 ต่อ

ระยะเวลาในการเดินทาง

สำหรับการใช้เวลาในการเดินทางมาเข้ารับบริการไปกลับ พบว่า จะใช้เวลานาน 31 นาที-1 ชั่วโมง มากที่สุดร้อยละ 33.5 รองลงมา ใช้เวลานาน ไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 31.0 มีเพียงร้อยละ 3.0 ที่ใช้เวลานานมากกว่า 32 ชั่วโมง

การรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเดินทางมารับบริการสุขภาพสะดวกปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 57.5 รองลงมา คือรับรู้ว่าไม่สะดวกถึงร้อยละ 17.5 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเดินทาง ระยะเวลาเดินทางไป-กลับ และการรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน n =200	ร้อยละ
วิธีการเดินทาง		
เดินมาเอง	5	2.5
รถส่วนตัว	88	44.0
โดยสารรถประจำทาง 1 ต่อ	48	24.0
โดยสารรถประจำทาง 2 ต่อ	53	26.5
โดยสารรถประจำทาง 3 ต่อ	6	3.0
ระยะเวลาเดินทางไป-กลับ		
< 30 นาที	62	31.0
1 ชั่วโมง - 1.5 ชั่วโมง	67	33.5
1 ชั่วโมง - 1.5 ชั่วโมง	20	10.0
1.5 ชั่วโมง - 2 ชั่วโมง	23	11.5
2 ชั่วโมง - 2.5 ชั่วโมง	8	4.0
2.5 ชั่วโมง - 3 ชั่วโมง	14	7.0
3 ชั่วโมงขึ้นไป	6	3.0
การรับรู้ต่อความสะดวกการเดินทาง		
ไม่สะดวก	16	8.0
สะดวกน้อย (คะแนน 1-3)	115	57.5
สะดวกปานกลาง (คะแนน 4-7)	34	17.0
สะดวกมาก (คะแนน 8-10)	35	17.5

บริการที่ได้รับเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

สำหรับบริการที่ได้รับเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการเจาะเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ได้รับการตรวจจากแพทย์ และได้ยาไปรับประทาน พร้อมกับนัดตรวจครั้งต่อไป ในจำนวนนี้บางรายที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่ม ได้แก่ เอ็กซเรย์ทรวงอก และการตรวจคลื่นหัวใจ(EKG.)

ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา

ในการเข้ารับบริการสุขภาพนั้น การใช้ระยะเวลาในการได้รับบริการแต่ละอย่างแตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาในการรับบริการทำบัตร ระยะเวลาในการรับบริการเจาะเลือด ระยะเวลาในการรพพบแพทย์ ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ ระยะเวลาในการรอรับยา

ระยะเวลาในการรับบริการทำบัตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับบัตรคิว ที่พบส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที มากที่สุด ถึงร้อยละ 32.5 รองลงมาใช้เวลานาน 16-30 นาที ร้อยละ 27.0 และมีร้อยละ 13.0 ที่ใช้เวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมง ซึ่งในกลุ่มนี้จะพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารอรับบริการตั้งแต่คลินิกยังไม่เปิด โดยจะมาเข้ารับบริการสุขภาพตั้งแต่เวลา 04.00-05.00 น. เพื่อมานั่งรอและรับบัตรคิว ซึ่งห้องบัตรจะเปิดทำการเวลาประมาณ 06.30-07.00 น. เหตุผลสำคัญของการปฏิบัติเช่นนี้เพื่อจะได้รับการเจาะเลือดเป็นคิวแรกๆ จะได้ไม่ต้องอดอาหารเป็นเวลานาน เนื่องจากต้องอดน้ำและอาหารมาตรวจ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 1.5 ที่ใช้วิธีมายื่นบัตรไว้ก่อนในเวลา 23.00 ก่อนวันมาตรวจ โดยให้เหตุผลว่าจะได้รับการตรวจเป็นคิวแรกๆ

ระยะเวลาในการรับบริการเจาะเลือด เป็นระยะเวลาตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องเจาะเลือดจนกระทั่งได้รับการเจาะเลือด ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลานาน 15 -30 นาที มากที่สุด ร้อยละ 37.0 รองลงมา คือไม่เกิน 15 นาที ร้อยละ 33.5 และมีเพียงร้อยละ 8.5 ที่ใช้เวลารอนานประมาณ 12 ชั่วโมง

ระยะเวลาในการรพพบแพทย์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่หลังจากได้รับการบริการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต จนกระทั่งได้เข้ารับการตรวจจากแพทย์ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลารพพบแพทย์นาน 2-3 ชั่วโมง มากที่สุดถึงร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ รอนาน 3-4 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 26.5 และรอน้อยกว่า 1 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 2.0 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ เป็นระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลว่าได้รับการตรวจเพียง 3-5 นาที ถึงร้อยละ 76.0 รองลงมานานประมาณ 10 นาที ร้อยละ 7.0

ระยะเวลาในการรอรับยา เป็นระยะเวลาตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างมาห้องจ่ายยาจนกระทั่งได้รับยาและคำแนะนำต่างๆ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลารอรับยานาน 15-30 นาที มากที่สุด ถึงร้อยละ 45.5 รองลงมาก็คือรอนาน 4-6 ชั่วโมง ร้อยละ 30.5 และที่รอนานที่สุดมากกว่า 1 ชั่วโมงมีร้อยละ 3.5

เมื่อพิจารณารวมระยะเวลาในการรับบริการทั้งหมดในการมาเข้ารับบริการแต่ละครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลา 4-5 ชั่วโมงมากที่สุดถึงร้อยละ 42.5 รองลงมาใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ร้อยละ 32.0 และที่ต้องใช้เวลา 6 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 3.0

การรับรู้ต่อระยะเวลาในการตรวจรักษา

การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารอนานมากที่สุดถึงร้อยละ 53.0 รองลงมาก็คือ รอนานปานกลาง ร้อยละ 63.0 และมีเพียงร้อยละ 13.0 ที่รับรู้ว่ารอนาน (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา และ การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ระยะเวลา	จำนวน n =200	ร้อยละ
รับบริการทำบัตร (นาที)		
≤ 15	65	32.5
16 - 30	54	27.0
31 - 45	12	6.0
46 - 60	42	21.0
1 ชั่วโมงขึ้นไป	26	13.0
รับบริการเจาะเลือด (นาที)		
≤ 15	67	33.5
16 - 30	74	37.0
31 - 45	42	21.0
46 - 60	17	8.5
รอพบแพทย์ (ชั่วโมง)		
น้อยกว่า 1	4	2.0
1 - 2	20	10.0
2 - 3	109	54.5
3 - 4	53	26.5
4 ชั่วโมงขึ้นไป	14	7.0
แพทย์ตรวจ (นาที)		
< 3	3	1.5
3 - 5	152	76.0
6 - 8	14	7.0
9 - 11	25	12.5
11 นาทีขึ้นไป	6	3.0

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
	n =200	
รอรับยา (นาที)		
< 15	21	10.5
15 - 30	91	45.5
31 - 45	20	10.0
46 - 60	61	30.5
1 ชั่วโมงขึ้นไป	7	3.5
รวมระยะเวลาทั้งหมด (ชั่วโมง)		
< 1	1	0.5
1 - 2	5	2.5
2 - 3	11	5.5
3 - 4	64	32.0
4 - 5	85	42.5
5 ชั่วโมงขึ้นไป	34	17.0
การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา		
ไม่นาน	26	13.0
นานน้อย (คะแนน 1-3)	5	2.5
นานปานกลาง (คะแนน 4-7)	63	31.5
นานมาก (คะแนน 8-10)	106	53.0

การรอเตียงเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในเพียง 29 ราย ซึ่งเมื่อได้ซักถามกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องระยะเวลาในการรอเตียง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.3 จะใช้เวลารอเตียงนานไม่เกิน 30 นาที ภายหลังจากได้รับทราบจากแพทย์ว่าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และที่เหลือร้อยละ 20.7 ต้องรอนาน 31 นาที-1 ชั่วโมง

การรับรู้ต่อระยะเวลาในการรอเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารอนานเกินไปมากที่สุดร้อยละ 98.2 รองลงมาคือรอนานน้อย และรอนานปานกลางมีจำนวนเท่ากันร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่รอเตียงและการรับรู้ต่อระยะเวลาในการรอเตียงเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน n =200	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รอเตียงเพื่อเข้ารับบริการ		
≤ 30 นาที	23	79.3
31 - 60 นาที	6	20.7
การรับรู้ต่อระยะเวลาในการรอเตียง		
ไม่นาน	27	93.2
นานน้อย	1	3.4
นานปานกลาง	1	3.4
นานมาก	-	-

ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับบริการแต่ละครั้ง จะพบว่า เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่เกิน 20 บาทที่สุด ร้อยละ 49.5 รองลงมา คือเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 21-40 บาท ร้อยละ 23.0 และมีถึงร้อยละ 7.0 ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า 100 บาท ส่วนใหญ่เพราะเช่ารถมาในการเดินทางด้วยวิธีโดยสารส่วนตัวมา ผู้วิจัยจะซักถามกลุ่มตัวอย่างและประเมินค่าน้ำมันรถเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา

ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียในการตรวจรักษาถึงร้อยละ 72.5 ที่ทราบมีเพียงร้อยละ 27.5 ในจำนวนที่ทราบพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา 100-500 บาทมากที่สุดร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ 1,501-2,000 บาทร้อยละ 21.8 และมีเพียงร้อยละ 1.8 ที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 100 บาท

แหล่งช่วยเหลือค่ารักษา

แหล่งช่วยเหลือในด้านค่ารักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้บัตรสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 40.0 รองลงมา มีบัตรสูงอายุ บัตรสงเคราะห์ถึงร้อยละ 25.5 และมีเพียงร้อยละ 6.5ที่ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ

การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา

การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีแพงมากที่สุดถึงร้อยละ 61.8 รองลงมา แพงปานกลาง ร้อยละ 13.2 และมีกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบร้อยละ 28.0 (ตารางที่16)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ
ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา แหล่งช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษา และการรับรู้ต่อค่า
ใช้จ่ายในการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน n =200	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท/ครั้ง)		
≤ 20	99	49.5
21 - 40	46	23.0
41 - 60	18	9.0
61 - 80	5	2.5
81 - 100	8	4.0
100 บาทขึ้นไป	14	7.0
ไม่เสียเงิน	10	5.0
ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา(บาท/ครั้ง)		
< 100	1	1.8
100 - 500	19	34.5
501 - 1,000	11	20.0
1,001 - 1,500	11	20.0
1,501 - 2,000	12	21.8
2,000 บาทขึ้นไป	1	1.8
ไม่ทราบ	145	72.5
แหล่งช่วยเหลือค่ารักษา		
มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษา	45	22.5
มีบัตรสูงอายุ/บัตรสงเคราะห์	51	25.5
มีบัตรประกันสังคม	6	3.0
มีบัตรสุขภาพ	80	40.0
ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ	13	6.5
การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา		
ไม่แพง	89	61.8
แพงน้อย (คะแนน 1-3)	19	13.2
แพงปานกลาง (คะแนน 4-7)	25	17.4
แพงมาก (คะแนน 8-10)	11	7.6
ไม่ทราบ	56	28.0

การรักษาอื่นร่วมกับบริการที่ใช้อยู่

สำหรับการรักษาอื่นที่กลุ่มตัวอย่างใช้รักษาร่วมกับการรักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้การรักษาอื่นร่วม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาอื่นร่วมกับการรักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้วิธีการรักษาด้วยยาสมุนไพร และในจำนวนนี้มี 1 รายที่ใช้ร่วมกับการรักษาที่คลินิก (ตารางที่ 17)

สมุนไพรที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร เกาเหญ้าแห้ง ใบขมิ้นชัน ต้นไต้ใบ บอระเพ็ด รากเสื้อมอบ และเห็ดหลินจือ สำหรับวิธีใช้ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการต้มและรับประทานต่างน้ำ หรือใช้วิธีการบดและนำมาบดเป็นลูกกลอน ที่พบได้แก่ ฟ้าทะลายโจร และบอระเพ็ด

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรักษาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

การรักษาอย่างอื่นร่วมกับบริการที่ใช้อยู่	จำนวน n =200	ร้อยละ
ไม่ใช้	126	63.0
กลัวเป็นอันตราย	31	
รักษาหายลงอย่างเดี๋ยวกี่อาการดีขึ้น	26	
เชื่อว่ารักษาไม่ได้ผล	16	
ไม่มีเวลา ลำบาก ยุ่งยาก	6	
บุคคลาใกล้ชิด/แพทย์ ห้ามรับประทานยาอื่น	19	
ไม่ทราบว่าจะใช้อะไร	28	
ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1)	74	37.0
ยาสมุนไพร	74	
รักษาคลินิก	1	

2.5 ผลของการเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ

ผลของการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ ตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเป็นการประเมินผลเกี่ยวกับอาการของกลุ่มตัวอย่างในการเข้ารับบริการในแหล่งบริการนั้นๆซึ่งจะนำเสนอตามแหล่งบริการที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

2.5.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

แหล่งบริการที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป สถานีอนามัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ร้านขายยา และหมอแผนโบราณ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่ออาการก่อนและหลังเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนี้

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่ามีอาการไม่รุนแรงมากที่สุดร้อยละ 50.0 ภายหลังเข้ารับบริการแล้วรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น ปานกลางมากที่สุดร้อยละ 52.9 รองลงมาคือมีอาการคงเดิมร้อยละ 24.3

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่าอาการไม่รุนแรง ภายหลังเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการคงเดิมมากที่สุด ร้อยละ 44.8 และมีเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่รับรู้ว่ามีอาการแย่ลง

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 37.5 ภายหลังเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีอาการดีขึ้นปานกลางร้อยละ 50.0 มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่รับรู้ว่าคุณเองมีอาการแย่ลง

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการก่อนมาเข้ารับบริการพบว่า มีอาการไม่รุนแรงมากที่สุดร้อยละ 57.1 ภายหลังจากเข้ารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นปานกลางมากที่สุดร้อยละ 64.3 มีเพียงร้อยละ 14.3 ที่รับรู้ว่ามีอาการคงเดิม

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่สถานีอนามัย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ อาการก่อนเข้ารับบริการว่าตนเองมีอาการไม่รุนแรงมากที่สุดร้อยละ 38.5 ภายหลังจากเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการคงเดิมมากที่สุดร้อยละ 61.5 มีเพียงร้อยละ 23.1 ที่รู้สึกว่ามีอาการแย่งลง

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สุขภาพทบวง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่ามีอาการรุนแรง ถึงร้อยละ 69.2 ไม่รุนแรงร้อยละ 30.8 ภายหลังจากเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น ปานกลาง ร้อยละ 42.6 และร้อยละ 15.4 ที่รับรู้ว่ามีอาการคงเดิม

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่ร้านขายยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่ามีอาการไม่รุนแรงมากที่สุดร้อยละ 62.5 และมีเพียงร้อยละ 37.5 ที่มีอาการรุนแรงปานกลาง ภายหลังจากได้รับการพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีอาการคงเดิมมากที่สุด ร้อยละ 62.5 มีเพียงร้อยละ 25.0 ที่รู้สึกว่ามีอาการแย่งลง เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่ง บริการคือ รักษาไม่ได้ผล มีอาการรุนแรงมากขึ้น มากที่สุดร้อยละ 87.5 และมีเพียงร้อยละ 12.5 ที่ ผู้ให้การรักษานำแนะนำให้ไปรักษาสถานพยาบาลที่รักษาเบาหวานเฉพาะ

การรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่หมอแผนโบราณ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่า ตนเองมีอาการไม่รุนแรง และรุนแรงปานกลาง เท่ากัน ร้อยละ 50.0 ภายหลังจากได้รับการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นปานกลาง และแย่งลงเท่ากันร้อย ละ 50.0 (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังเข้ารับบริการในแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ	ร้าน ขายยา	คลินิก	สถานี อนามัย	รพ. ชุมชน	รพ. ทั่วไป	รพ.ศูนย์ /ทบวง	รพ. เอกชน
การรับรู้อาการ	n=6	n=8	n=70	n=13	n=29	n=14	n=13	n=16
การรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการ								
ไม่รุนแรง	3 (50.0)	5 (62.5)	35 (50.0)	5 (38.5)	14 (48.3)	8 (57.1)	4	4
รุนแรงน้อย	-	-	5	2	2	-	1	1
รุนแรงปานกลาง	3 (50.0)	3 (37.5)	22	4	6	6	3	5
รุนแรงมาก	-	-	8	2	7	-	5 (38.5)	6 (37.5)
การรับรู้อาการหลังเข้ารับบริการ								
แย่มาก	3 (50.0)	2	-	3	1	-	-	2
คงเดิม	-	5 (62.5)	17	8 (61.5)	13 (44.8)	2	2	4
ดีขึ้นเล็กน้อย	-	-	9	1	4	2	1	1
ดีขึ้นปานกลาง	3 (50.0)	1	37 (52.9)	1	8	9 (61.3)	6 (42.6)	8 (50.0)
ดีขึ้นมาก	-	-	7	-	3	1	4	1

2.5.2 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา มีการรับรู้ต่ออาการก่อนและหลังเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนี้

การรับรู้อาการก่อนมาเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอาการไม่รุนแรงและรุนแรงปานกลางในจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.0 และ 33.5 รองลงมา มีอาการรุนแรงมาก ร้อยละ 27.5

การรับรู้อาการภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 53.5 รองลงมาคือรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นมาก ร้อยละ 26.5 และไม่มียกตัวอย่างรายใดเลยที่รับรู้ว่ามีอาการแย่ลง (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อาการของก่อนเข้ารับบริการและหลังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

การรับรู้อาการ	จำนวน n =200	ร้อยละ
ก่อนเข้ารับบริการ		
ไม่รุนแรง	66	33.0
รุนแรงน้อย (คะแนน 1-3)	12	6.0
รุนแรงปานกลาง (คะแนน 4-7)	67	33.5
รุนแรงมาก (คะแนน 8-10)	55	27.5
หลังเข้ารับบริการ		
แย่ลง	-	-
คงเดิม	21	10.5
ดีขึ้นน้อย (คะแนน 1-3)	19	9.5
ดีขึ้นปานกลาง (คะแนน 4-7)	107	53.5
ดีขึ้นมาก (คะแนน 8-10)	53	26.5
แย่ลง		

2.8 เหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

ภายหลังการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ กลุ่มตัวอย่างจะมีการประเมินถึงผลการรักษา และบริการที่ได้รับ ถ้าประเมินแล้วว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่พอใจต่อบริการที่ได้รับอาจเป็นเหตุผลทำให้เปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพไปแหล่งอื่นต่อไป หรือถ้าประเมินแล้วรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นภายหลังการรักษา พอใจต่อบริการที่ได้รับ และได้รับประโยชน์สูงสุดก็จะเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งนั้นต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพไปแหล่งบริการอื่นที่พบมากที่สุดได้แก่ ค่ารักษาแพง (ร้อยละ 28.6) รองลงมาคือรักษาไม่ได้ผลมีอาการรุนแรงขึ้น (ร้อยละ 26.6) ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการสุขภาพจำแนกตามเหตุผลของการ
เปลี่ยนแหล่งบริการ

แหล่งบริการ เหตุผล	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สอ. n=13	รพ. ชุม ชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ. ศูนย์ / ทพวง n=13	รพ. เอกชน n= 16	รวม
แพทย์ส่งต่อ	-	-	-	1 (15.4)	13 (44.8)	1 (7.1)	-	2 (12.5)	17 (10.1)
ผู้ให้บริการแนะนำ ไปแหล่งที่รักษาเบา หวานเฉพาะ	-	1 (12.5)	9 (12.9)	6 (42.6)	2 (6.9)	-	-	-	18 (10.7)
ค่ายาแพง, ไม่มีเงิน รักษา	-	-	40 (57.1)	-	1 (3.4)	-	1 (7.7)	6 (37.5)	48 (28.6)
เดินทางลำบาก, ไม่ สะดวก	-	-	2 (2.9)	-	-	1 (7.1)	3 (23.1)	3 (18.8)	9 (5.3)
รักษาไม่ได้ผลมี อาการรุนแรงขึ้น	4 (66.7)	7 (87.5)	14 (20.0)	4 (28.6)	10 (34.5)	2 (14.3)	-	4 (25.0)	45 (26.6)
อาการดีขึ้นมารักษา รพ. ใกล้บ้าน	-	-	2 (5.9)	-	2 (6.9)	1 (7.1)	3 (23.1)	-	8 (4.7)
ย้ายที่อยู่	1 (16.7)	-	-	-	-	4 (28.6)	5 (38.5)	-	10 (5.9)
นึกว่าหายแล้ว	1 (16.7)	-	-	-	-	1 (7.1)	-	1 (6.3)	3 (1.7)
ตรวจรอนาน	-	-	-	-	-	1 (7.1)	-	-	1 (0.6)
ไม่แน่ใจผลการ ตรวจ	-	-	3 (8.8)	1 (7.7)	-	2 (14.3)	-	-	6 (6.3)
ใช้สิทธิเบิกได้ที่อื่น	-	-	-	-	-	1	1	1	3

แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 200 รายซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพตั้งแต่ 1 แห่ง - 8 แห่ง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนการแสวงหาบริการสุขภาพ 2 ขั้นตอนมากที่สุดร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ 1 แห่ง ร้อยละ 32.5 และมีเพียงร้อยละ 0.5 ซึ่งมีจำนวนเท่ากันที่มี 7 แห่ง และ 8 แห่ง (ตารางที่ 21)

แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่พบมีดังนี้

- 1 แห่ง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติและไปเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
- 2 แห่ง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีแบบแผน 2 แห่ง ซึ่งเมื่อมีอาการผิดปกติจะรักษาตัวเองก่อนมากที่สุดและจึงไปเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
- 3 แห่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะทำการรักษาตนเองก่อน และไปรับบริการจากแหล่งบริการอื่นมีตั้งแต่ หมอแผนโบราณ สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย แล้วมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพตั้งแต่ 3 แห่งขึ้นไป ส่วนใหญ่ก็จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะเลือกทำการรักษาตนเองก่อน และแสวงหาบริการอื่นต่อไป ประกอบด้วยหมอแผนโบราณ คลินิก สถานีอนามัย โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย แล้วจึงมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ

แบบแผนการแสวงหา บริการสุขภาพ	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
1 แหล่ง	65	32.5
2 แหล่ง	70	30.5
3 แหล่ง	43	21.5
4 แหล่ง	14	7.0
5 แหล่ง	3	1.5
6 แหล่ง	3	1.5
7 แหล่ง	1	0.5
8 แหล่ง	1	0.5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการศึกษาไว้ 2 ประเด็นคือ

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่พบส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบเป็นวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้องกับธรรมชาติของลักษณะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมักพบได้ในผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและอัตราความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นตามอายุ คือ ในกลุ่มอายุระหว่าง 30-60 ปี มีประมาณร้อยละ 4-7 และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 10-15 (สาริต วรรณแสง 2530 : 12, คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 30, 35-36) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.5 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 23.5 ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งมีอายุมาก ผู้หญิงกลุ่มนี้แต่เดิมถูกปลูกฝังให้มีการศึกษาเพียงแค่อ่านออกเขียนได้ก็พอแล้ว ประกอบกับโอกาสในการศึกษาต่อสำหรับผู้หญิงค่อนข้างมีน้อย และจากความเชื่อดั้งเดิมที่ว่าผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงดูบุตร จึงทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการศึกษาในระดับสูง (ปรานี วงศ์เทศ 2535: 191)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพถึงร้อยละ 60.5 และพบเป็นแม่บ้านมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่พบเป็นวัยกลางคนและผู้สูงอายุค่อนข้างมาก วิธีการเลี้ยงดูผู้หญิงไทยแต่เดิม มักปลูกฝังให้ผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่อยู่ภายในบ้าน ทำหน้าที่ดูแลสามีและบุตร ปรนนิบัติพ่อแม่ การทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหน้าที่ของผู้ชายเพราะได้ร่ำเรียนและมีความรู้มากกว่าและเป็นหัวหน้าครอบครัว หรืออาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุมากแล้วสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยในการทำงานจึงพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร แต่จะเป็นแม่บ้านคอยดูแลครอบครัวแล้ว และที่มีอาชีพร้อยละ 39.5 พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 41.7 รองลงมาค้าขาย

ร้อยละ 32.9 เมื่อพิจารณาถึงช่วงเวลาในการทำงาน ทำให้พบข้อแตกต่างของเวลาในการทำงานครั้งนี้ อาชีพรับจ้าง ซึ่งพบว่าเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป มีช่วงเวลาในการทำงานส่วนใหญ่ 08.00-17.00 น. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย จะมีลักษณะของเวลาการทำงานที่ไม่แน่นอนนัก ขึ้นอยู่กับจำนวนงานในแต่ละช่วงว่ามีงานทำมากน้อยเพียงใด เพราะลักษณะของงานจะเป็นงานที่จะได้รับผลตอบแทนตามชิ้นงานที่ทำ(รับจ้างเย็บเสื้อโหล , บีนโอง) อาชีพค้าขาย ส่วนใหญ่จะขายของที่เป็นอาหารสำหรับรับประทาน ซึ่งช่วงเวลาในการทำงานจะแตกต่างกัน 05.00-24.00 น. ส่วนใหญ่จะต้องเร่งรีบและต้องจัดเตรียมของต่างๆก่อนจะขายในช่วงเช้า อาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน ส่วนใหญ่ช่วงเวลาการทำงานไม่แน่นอน ไม่ได้ทำทุกวัน และอาชีพราชการ ที่พบมีเพียง 1 คน จะมีช่วงเวลาการทำงานที่แน่นอน คือ 08.30-16.30 น.สามารถอธิบายได้ว่าช่วงเวลาในการประกอบอาชีพที่กำหนดเวลาแน่นอน อาจมีเวลาจำกัดในการใช้เวลาไปแสวงหาบริการสุขภาพได้ ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติโดยไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน จะสามารถใช้เวลาในการเข้ารับบริการ หรือแสวงหาบริการสุขภาพได้โดยไม่เร่งรีบ

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ประมาณ 1,001-3,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 29.0 รองลงมาคือมากกว่า 1,000 บาทร้อยละ 24.5 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้านและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รายได้ส่วนตัวจะเป็นรายได้ที่ได้จากสามีและบุตร ซึ่งจะพบว่ามีรายได้ค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบจากรายได้ขั้นต่ำต่อคนต่อเดือนของประชาชนในภาคตะวันตก ซึ่งพบว่ามีรายได้ 3,836 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2539: 35) และเงินจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุดถึงร้อยละ 50.0 รองลงมาคือพอใช้และมีเหลือเก็บ 43.0 ส่วนที่เหลือร้อยละ 15.0 ไม่พอใช้จะแก้ไขโดยการยืมเงินจากญาติมากที่สุด รองลงมาคือใช้วิธีการประหยัดหรือจำนำของ

ส่วนรายได้ครอบครัวต่อเดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่ามีรายได้เท่าไรถึงร้อยละ 18.5 ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างในจำนวนนี้เป็นสมาชิกในครอบครัว และเป็นวัยสูงอายุ ไม่ได้จัดการกับภาระเรื่องเงินในแต่ละเดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่ามีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในเกณฑ์ 3,001-5,000 บาทมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุดถึงร้อยละ 46.5 รองลงมาคือพอใช้และมีเหลือเก็บร้อยละ 43.0 ส่วนที่ไม่พอใช้จะแก้ไขโดยการยืมจากญาติพี่น้อง หรือจำนำของ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คนพบมากที่สุด ร้อยละ 62.0 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะอาศัยอยู่กับสามีและบุตร ซึ่งเป็นครอบครัวขนาดเล็ก

บทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งพบว่ามีบทบาทภาระหน้าที่ 3 บทบาทมากที่สุด ร้อยละ 30.5 ได้แก่บทบาทการเป็นผู้ช่วย มารดา และภรรยา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านและจะอาศัยอยู่กับสามีและบุตร บทบาทหน้าที่ของผู้หญิงกลุ่มนี้จึงเป็นผู้รับ

ผิชอบดูแลบุตรและปรนนิบัติสามี ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมชั้นพื้นฐานการกำหนดบทบาทของผู้หญิงให้เป็นผู้โอบอุ้มเลี้ยงดูครอบครัวทั้งในฐานะภรรยาที่ต้องคอยดูแลปรนนิบัติสามี และในฐานะแม่ที่ต้องดูแลลูก (เอี่ยมพร ทองกระจาย 2539: 1) และดูแลรับผิดชอบตนเองในฐานะผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว แต่เมื่อเจ็บป่วยหรือต้องมาเข้ารับบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ทำแทนมากที่สุดถึงร้อยละ 57.5 ซึ่งอธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องมารับบริการตลอดชีวิต กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้ แม้จะมีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบก็จะมีบุคคลในบ้านรับผิดชอบหน้าที่ดังกล่าวแทน และด้วยลักษณะครอบครัวในสังคมไทย สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เมื่อเจ็บป่วยหรือมาเข้ารับบริการ ก็จะมีบุคคลในบ้านทำหน้าที่แทน ที่พบมากที่สุดคือ บุตร และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 19.0 ที่ไม่มีภาระหน้าที่ใดๆ ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีเพียงบทบาทเดียว คือบทบาทการเป็นผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้จะมีบุตรคอยให้การดูแลและช่วยเหลือ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน นาน 1-5 ปี มากที่สุดร้อยละ 53.0 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมาก และเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย กลุ่มตัวอย่างจึงมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคนาน และเมื่อป่วยเป็นโรคนี้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมกับการป่วยเป็นโรคเบาหวานด้วยร้อยละ 17.5 โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจ รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง

2.กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน

ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายตามคำถามวิจัย ดังนี้

2.1 เริ่มมีอาการผิดปกติอย่างไร

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95.4 ระบุว่าเริ่มมีอาการผิดปกติเริ่มแรกของโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มีมากกว่า 1 อาการ และอาการดังกล่าวมักจะปรากฏขึ้นร่วมกัน ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละราย อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดคืออาการปัสสาวะบ่อย(ร้อยละ 73.5) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการปัสสาวะมากที่สุด เกิดเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน มีผลทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะล้นออกมาทางปัสสาวะ และคั่งน้ำออกมาพร้อมกันด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก (จิตร จิรรัตน์สถิตและมนี แก้วปลั่ง 2534: 5) หรืออาจเกิดเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและเป็นช่วงเข้าวัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงของเลือดกระดู อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะวะ คือมีอาการปัสสาวะบ่อยได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่แต่งงานแล้วและผ่านการมีบุตรมาหลายคน กล้ามเนื้อที่ใช้ในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะอาจทำหน้าที่ได้ไม่ดี ประกอบกับการทำงานของเส้นประสาทในการควบคุมหูรูดของกระเพาะปัสสาวะไม่ดี เนื่องจากการเสื่อมอาจทำให้มีความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะได้

อาการกระหายน้ำ คึ่มน้ำมาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการนี้ ร้อยละ 46.0 รองลงมาจากปัสสาวะบ่อย เกิดขึ้นได้เนื่องจากมีภาวะการขาดน้ำจากการที่ร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะมาก มีผลทำให้กระหายน้ำ คึ่มน้ำบ่อยและจำนวนมากเพื่อชดเชยการขาดน้ำ อย่างไรก็ตามอาการกระหายน้ำ คึ่มน้ำมาก อาจเกิดเนื่องจาก ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่าประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดลักษณะงานเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานค่อนข้างมากและทำงานกลางแจ้ง ซึ่งมีอากาศร้อน (ตากหญ้า, รับจ้างตัดอ้อย) อาจทำให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ทำให้มีอาการกระหายน้ำได้

กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง และกินได้แต่พอมลง (ร้อยละ 35.5 และ 27.5 ตามลำดับ) เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลในเลือดเป็นพลังงานได้ และยังสูญเสียน้ำและน้ำตาลไปทางปัสสาวะ เสียสมดุลของโปแตสเซียม จึงต้องมีการสลายเนื้อเยื่อของร่างกายมาใช้แทน จึงมีการสลายเนื้อเยื่อของร่างกายมาใช้แทน ร่วมกับภาวะขาดน้ำจึงมี

อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ทั้งๆที่รับประทานอาหารได้มาก หรือรับประทานในปริมาณปกติ อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ผู้หญิงวัยนี้จะมีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้นตามอายุ การทำงานมากและได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้มีอาการอ่อนเพลียและน้ำหนักลดลงได้

อาการมึนงง เวียนศีรษะ และหน้ามืดเป็นลม ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ร้อยละ 18.0 และร้อยละ 21.5 เกิดขึ้นได้เนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ อาจสูงหรือต่ำเกินไป ร่างกายไม่สามารถนำไปเป็นพลังงานได้ อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นและกลุ่มตัวอย่างรับรู้อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำงานและเหนื่อยจากการทำงาน ร่างกายอ่อนเพลีย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมได้ หรือทำงานกลางแดดมากจนเป็นลมแดด นอกจากนี้อาการหน้ามืดเป็นลม เกิดได้จากการเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่เกิดร่วมกับการเป็นโรคเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมาก การตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุจะลดลง ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง ทำให้มีอาการหน้ามืดเป็นลมง่าย

อาการคันตามผิวหนังและช่องคลอด เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่างๆได้ โดยเฉพาะบริเวณข้อพับ ซอกอับ และช่องคลอดได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการนี้ร้อยละ 13.5 อย่างไรก็ตามอาการคันตามผิวหนังและช่องคลอดนี้ อาจเกิดได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นวัยกลางคน ซึ่งเป็นช่วงเข้าสู่วัยหมดระดู การเปลี่ยนแปลงของเลือดระดู อาจทำให้มีอาการคันผิวหนัง ร้อนวูบวาบตามตัว ปวดแสบในช่องคลอดได้ หรืออาจเกิดจาก การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ดีพอ ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่าย เนื่องจากผู้หญิงจะมีสิ่งคัดหลั่งมาจากช่องคลอดได้มาก โดยเฉพาะในวัยหมดระดู ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของเลือดระดู เลือดระดูอาจมากระปริดกระปรอย และบริเวณดังกล่าวเป็นบริเวณซอกอับ ซ่อนเร้น การทำความสะอาดไม่ดีพอ อาจทำให้เป็นแหล่งหมักหมมเชื้อโรคและติดเชื้อได้ง่าย

อาการชาปลายมือปลายเท้าเป็นอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท ที่เกิดเนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้การนำสัญญาณของเส้นประสาทเป็นไปได้ไม่ดี ผู้ป่วยจะมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการนี้ร้อยละ 3.5 แต่อาการดังกล่าวอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำงานประกอบอาชีพ และมีบทบาทภาระรับผิดชอบทั้งในและนอกบ้าน การจัดการเรื่องอาหารอาจจะซื้อมารับประทานมาก

กว่าประกอบอาหารเอง อาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะขาดวิตามินและเกลือแร่ ทำให้เกิดอาการขาดได้

เป็นแผลรักษาไม่หาย เป็นอาการซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีการสะสมของสารคีโตนในเลือด ทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เกิดเลือดคั่งเกาะและรวมตัวกันได้ง่าย เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด และที่สำคัญทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่มีความสามารถในการจับกันเชื้อโรคตกลง จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและลุกลามเร็ว และหายได้ช้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการนี้ร้อยละ 5.0 อย่างไรก็ตาม การเป็นแผลรักษาไม่หาย อาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ระบบประสาทสัมผัสทำหน้าที่เสื่อมลง อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุเป็นแผลได้ง่าย โดยไม่ทราบหรืออาจจะทราบแต่ไม่ได้ใส่ใจกับอาการ ปล่อยจนแผลลุกลามติดเชื้อไปมารักษาไม่หาย หรือเกิดจากการดูแลทำความสะอาดไม่ถูกต้อง ทำให้เป็นแผลรักษาไม่หายหรือหายช้าได้ ประกอบกับการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากการเมื่ออาหารและอยากอาหารลดลง ทำให้อาการตามัว มองเห็นไม่ชัดเจน เป็นอาการทางตาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการดังกล่าวร้อยละ 3.0 ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุมาก อาจเกิดจากการเสื่อมของเลนส์ตาได้ หรือเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ร่วมกับโรคเบาหวาน ทำให้มีจุดบอดบางส่วนในด้านสายตา ทำให้อาการตามัว มองเห็นไม่ชัด

นอกจากนี้อาการอื่นที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นบางครั้งไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกวัน เช่น มีไข้ ปวดหัว เหนื่อย เหงื่อออกมาก อาการดังกล่าวมักเป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ หรืออาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างทำงานมากไปนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือเครียดวิตกกังวลต่าง ๆ

จากอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการผิดปกติมากกว่า 1 อาการ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน เป็นอาการแสดงที่มักเกิดขึ้นร่วมกัน เนื่องจากเป็นอาการที่ส่งผลต่อเนื่องกัน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำดื่ม น้ำมาก อ่อนเพลียไม่มีแรง น้ำหนักลดลง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้อาการดังกล่าวได้ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ยังพบว่ามียุทธศาสตร์ที่รับรู้อาการดังกล่าวร่วมกับอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า คันช่องคลอด เป็นแผลรักษาไม่หาย หน้ามืด เป็นลม และตามัวมองเห็นไม่ชัด

อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.5 ไม่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติของโรคเบาหวานแต่มาตรวจร่างกายพบ หรือมาโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น และมาตรวจเลือดพบว่า เป็นเบาหวาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นในผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบในผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นชนิดที่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานไม่ชัดเจน อาการมักเกิดขึ้นช้า ๆ ไม่ค่อยพบอาการผิดปกติ (วลัย อินทร์พรค์ 2535: 26) หรืออาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้หญิงซึ่งมีบทบาทภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทำงานทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน อาจไม่ได้มีเวลาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคที่บางครั้งถูกเรียกว่า “เพชรฆาตรุกเงียบ” ซึ่งผู้ป่วยมักเป็นโดยไม่รู้ตัวมาก่อน และจะมาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการรุนแรงมาก หนักไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว หรือมาด้วยอาการด้วยโรคอื่นหรือมาตรวจสุขภาพ สอดคล้องกับการสำรวจของสมาคมเบาหวานอเมริกันที่ได้ประมาณการไว้ว่ามีชาวอเมริกัน 7 ล้านคน ที่เป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และจากการสำรวจเมื่อไม่นานมานี้ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 9 แสนคน และประมาณครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคนี้นมาก่อน (อมรชัย หาญผดุงธรรม 2539: 49, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2539: บทนำ) และจะมาโรงพยาบาลด้วยโรคแทรกซ้อนของเบาหวานแล้ว หรือมาตรวจพบโดยบังเอิญ ดังนั้นจะเห็นว่าในการมาตรวจสุขภาพจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ทำให้ทราบความผิดปกติของร่างกายได้ แม้ว่าจะไม่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติแล้วทั้งนั้น มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่มาโรงพยาบาลเพื่อตรวจร่างกายโดยไม่มีอาการผิดปกติ สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลมีความคิดความเชื่อที่แตกต่างกันในเรื่องสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการอบรมเลี้ยงดูและกระบวนการทางสังคม ตลอดจนอิทธิพลจากสื่อโฆษณาต่าง ๆ ที่ทำให้คนทั่วไปจะสนใจเรื่องสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น ขาดการให้ความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นของการทำให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2539:33) เราควรให้สุศึกษาเน้นถึงประโยชน์ของการมาตรวจสุขภาพ และรณรงค์ให้มีการมาตรวจเช็คสุขภาพประจำปี เพื่อจะได้ตรวจพบอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2.2 ให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ของตนเองอย่างไร

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการผิดปกติ จะให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกที่เกิดขึ้นในกระบวนการและการบริการสุขภาพ ในการให้ความหมายนี้ ผู้ป่วยจะให้ความหมายตามวิธีที่ตนเองรับรู้หรือมีประสบการณ์มา แต่ถ้าเป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ก็อาจจะมีการขอความคิดเห็นจากบุคคลในเครือข่ายในสังคมต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประการคือ

- 2.2.1 ไม่สามารถให้ความหมายได้
- 2.2.2 ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน
- 2.2.3 ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคอื่น
- 2.2.4 ไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วย

2.2.1. ไม่สามารถให้ความหมายได้

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่าไม่ทราบว่าเป็นอะไรมากที่สุด ร้อยละ 35.5 อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้คือ อาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลียไม่มีแรง กินได้แต่พอมลง หน้ามืดเป็นลม มึนงง เวียนศีรษะ คันตามผิวหนัง/ช่องคลอด หิวบ่อย เป็นแผลรักษาไม่หาย อาการชาปลายมือปลายเท้า และตามัวมองเห็นไม่ชัด อาการดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ แต่ไม่ทราบว่าเป็นอะไร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุมาก มีระดับการศึกษาน้อย ไม่รู้จักโรคนี้อีก่อน ประกอบกับอาการที่เกิดขึ้นมักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และปรากฏอาการขึ้นร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าเป็นอะไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับนุช และ ลือชัย ศรีเงินยวง (2537: 273) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากไม่รู้จักโรคนี้อีก่อน แต่จะรู้จักโรคนี้อีกเมื่อตนเองมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว

2.2.2 ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 200 ราย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 22 ราย (ร้อยละ 11.0) ที่ให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคเบาหวาน (จากตารางที่ 4) อาการที่ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวานได้แก่ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 34.4) กระหายน้ำ (ร้อยละ 18.0) อ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 16.4) กินได้แต่พอมลง (ร้อยละ 13.1) มึนงง เวียนศีรษะ (ร้อยละ 6.5)

อาการคันตามผิวหนัง/ช่องคลอด (ร้อยละ 3.3) หิวบ่อย (ร้อยละ 3.3) หน้ามืดเป็นลม แผลรักษาไม่หายและอาการขาปลายมือปลายเท้า (มีจำนวนเท่ากับร้อยละ 1.6)

ซึ่งเมื่อพิจารณาจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวานนี้ ส่วนใหญ่จะรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานระยะเริ่มแรก มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่รับรู้อาการของโรคแทรกซ้อน และให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวาน

ในการให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวานได้ถูกต้อง พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้มี 3 ประการคือ

2.2.2.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หรือหนังสือ การสอนสุขศึกษาในโรงพยาบาล จากแผ่นพับ หรือโปสเตอร์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าเมื่อเป็นโรคเบาหวานจะมีอาการอย่างไร

2.2.2.2 มีบุคคลใกล้ชิดช่วยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคนี้อีก่อน ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง และเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2.2.2.3 จากอาการแสดงที่ปัสสาวะแล้วมีมดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 รายที่ยังไม่แน่ใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ แต่เมื่อพบอาการแสดงที่ปัสสาวะแล้วมีมดขึ้นจะทำให้แน่ใจว่าเป็นโรคเบาหวาน

จากปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวานได้ถูกต้องนั้น การเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ ผ่านทางสื่อต่าง ๆ การรับรู้หรือการมีประสบการณ์มาก่อน มีผลต่อการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา บุขรา พึ่งบุญประชา (2534) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานได้ถูกต้อง นั้นจะเป็นบุคคลที่มีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวานนี้มาก่อน หรือได้รับความรู้จากหนังสือ หรือการให้ความรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาล

2.2.3. ให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคอื่น

ที่พบได้แก่ โรคลม (ร้อยละ 37.9) อาการผิดปกติระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (ร้อยละ 13.7) อาการไข้หวัด (ร้อยละ 8.4) โรคคนแก่ (ร้อยละ 8.4) โรคเดิมที่เคยเป็นมีอาการรุนแรง หรือโรคเก่ากำเริบ (ร้อยละ 7.4) แผลหรือฝี อักเสบ (ร้อยละ 6.3) ทำงานหนักเกินไป (ร้อยละ 5.3) โรคตา (ร้อยละ 4.2) และโรคอื่นๆ ได้แก่ ขาชา โรคคัน เพราะกินยาถูกกลอน(ร้อยละ 8.4) เมื่อพิจารณาการให้ความหมายแต่ละความหมายสามารถอธิบายได้ดังนี้

โรคลม อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดคือ หน้ามืด เป็นลม (ร้อยละ 65.2) รองลงมา คืออาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลียไม่มีแรง มึนงง เวียนศีรษะ กินได้แต่พอมลง และ คับผิวหนัง/ช่องคลอด การให้ความหมายนี้เป็นการให้ความหมายตามอาการที่เคยประสบหรือรับรู้ มาก่อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นวัยกลางคนเข้าช่วงวัยหมดประจำเดือน ในระดับชาวบ้านมีความเชื่อว่าในขณะที่ร่างกายกำลังเปลี่ยนจากมัชฌิมวัยไปสู่ปัจฉิมวัย ซึ่งเป็นวัยที่มีธาตุลม เมื่อพ้นจากวัยกลางคนไปแล้ว ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมักมีสาเหตุมาจากลม เช่น เป็นลม วิงเวียน หน้ามืด ตามัว เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2535: 18) ซึ่งเชื่อว่าเป็นวัยที่เลือดจะไปลมจะมา ดังนั้นเมื่อมีอาการดังกล่าว โดยเฉพาะหน้ามืดเป็นลม ร่วมกับอาการอื่น ๆ ที่ปรากฏขึ้น และรับรู้พร้อมกัน ก็จะให้ความหมายว่าป่วยเป็นโรคลม

อาการผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ อาการที่กลุ่มดังกล่าวรับรู้มากที่สุด คือ อาการคันบริเวณขาหนีบ ช่องคลอด มากที่สุด ร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กินได้แต่พอมลง มึนงง เวียนศีรษะ การให้ความหมายดังกล่าว เป็นการให้ความหมายของอาการที่รับรู้ว่าเป็นอาการที่ทำให้ไม่สุขสบายมากที่สุด โดยเฉพาะ ตกขาว คันอวัยวะสืบพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของการมีระดู อาจมีประจำเดือนมาบ้างไม่มาบ้าง หรือมากระปริดกระปรอย มีอาการแสบคันในช่องคลอดได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังให้ความหมายตามอาการที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ที่เคยรับรู้มา คือเป็นมะเร็งปากมดลูก เพราะมีบุคคลใกล้ชิดมีอาการผิดปกติดังกล่าว และมาตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก

อาการไข้หวัด อาการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ จะมีอาการไข้ร่วมกับอาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการมึนงง เวียนศีรษะ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กินได้แต่พอมลง การให้ความหมายเป็นการให้ความหมายตามประสบการณ์และการรับรู้ ซึ่งเมื่อตนเองมีไข้ อาจทำให้มีอาการอื่น ๆ ตามมาได้ ก็จะให้ความหมายว่าตัวเองเป็นไข้

โรคคนแก่ อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้พบมากที่สุดคือ อาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลียไม่มีแรง กินได้แต่พอมลง มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม คับช่องคลอด ตามัวมองเห็นไม่ชัด การที่กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายดังกล่าว เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุ อาการดังกล่าวที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรับรู้หรือเข้าใจว่าเป็นผลมาจากการที่มีอายุมาก

โรคเดิมที่เคยเป็นมีอาการรุนแรง หรือโรคเก่ากำเริบ อาการที่พบได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลียไม่มีแรง กินได้แต่พอมลง หน้ามืด เป็นลม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้จะให้

ความหมายตามโรคเดิมที่เคยเป็น เพราะคิดว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้นจากการควบคุมโรคไม่ดี ไม่ได้ รับการพักผ่อน หรือมีความเครียดวิตกกังวล ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบ โรค เครียด และโรคร้อนใน

ทำงานหนักเกินไป อาการส่วนใหญ่ที่รับรู้ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลียไม่มี แรง กินได้แต่พอมลง หิวบ่อย หน้ามืด เป็นลม มึนงง เวียนศีรษะ และชาปลายมือปลายเท้า การ ให้ความหมายนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ประกอบอาชีพ เป็นผู้หารายได้ในครอบครัว เพื่อหาเงินมาจุนเจือ ปริมาณงานที่ทำหมายถึงจำนวนเงินที่จะได้รับ ทำให้ต้องแข่งขันกับเวลา เมื่อมี อาการผิดปกติเกิดขึ้น ก็คิดว่าอาการดังกล่าวเป็นเพราะทำงานหนักเกินไป ไม่มีเวลาพักผ่อน

การให้ความหมายแผลหรือฝี อักเสบ โรคตา และอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ขาชา โรคคัน เพราะกิน ยาลูกกลอน เพราะกินยาแก้หอบหืด มักเป็นการให้ความหมายตามอาการที่เกิดขึ้น หรือให้ความ หมายตามสาเหตุที่คิดว่าจะทำให้เกิดอาการดังกล่าว

4. ไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายนี้ร้อยละ 1.5 อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้คือ อาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ กินได้แต่พอมลง ชาปลายมือปลายเท้า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทภาระ หน้าที่มากกว่า 4 บทบาท คือ มีบทบาทเป็นผู้ป่วย ภรรยา มารดา ชาย/ย่า และผู้หารายได้ อาการดัง กล่าวที่เกิดขึ้นคิดว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วยอะไร ซึ่ง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบมาก จึงไม่มีเวลาใส่ใจกับสุขภาพของตนเอง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย และรับรู้ว่าจะไม่ทำให้เกิดอันตรายหรือรบกวนการทำกิจกรรม หรือบทบาทหน้าที่ที่ ทำอยู่ ก็จะคิดว่าไม่ได้ป่วยเป็นอะไร

2.3 มีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างไร

เมื่อกกลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการผิดปกติ และให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ก็จะมี การจัดการกับอาการผิดปกตินั้น เริ่มตั้งแต่ปล่อยไว้เฉย ๆ รอสังเกตอาการ รักษาตนเอง ไปพบ แพทย์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้จากการตัดสินใจด้วยตนเองหรือขอความเห็นจาก บุคคลอื่น

การจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการมาก ที่สุด ถึงร้อยละ 53.0 รองลงมา รักษาด้วยตนเอง ร้อยละ 35.0 ปล่อยไว้เฉยๆเป็นเองหายเอง ร้อยละ 6.0 ซื้ยยาตามร้านขายยา ร้อยละ 1.0 ไปพบแพทย์ ร้อยละ 0.5 และมาตรวจพบ ร้อยละ 4.5

เมื่อพิจารณาการจัดการกับอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่าง จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกตามการให้ความหมาย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “ไม่ทราบว่าเป็นอะไร” จะจัดการโดยการรอสังเกตอาการมากที่สุดร้อยละ 86.0 รองลงมาคือ รักษาตนเอง(ร้อยละ 8.4) และปล่อยไว้เฉยๆ (ร้อยละ 5.6) ซึ่งอธิบายได้ว่า อาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นและผู้ป่วยรับรู้มักเป็นอาการที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และอาการดังกล่าวไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการทำกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันแต่ละวัน จึงไม่ได้ทำอะไรได้แค่สังเกตอาการไปก่อน จนเมื่อทนไม่ได้หรือมีอาการรุนแรงมากจึงแสวงหาบริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคเบาหวาน” จะพบว่าส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 90.0 ทั้งนี้ขออธิบายได้ว่าอาการ อาการแสดงของโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก อาการมักไม่ชัดเจน และมักเกิดขึ้นซ้ำๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงรอสังเกตอาการให้แน่ใจว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ หรืออาการดังกล่าวยังคงอยู่หรือมีความรุนแรงขึ้นหรือไม่ โดยระยะเวลาของการรอดูอาการมีตั้งแต่อย่างน้อยกว่า 1 สัปดาห์- 6 เดือน ส่วนใหญ่จะรอดูอาการนาน 1-2 เดือน ซึ่งใช้เวลาในการจัดการกับอาการผิดปกติน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายเป็นอย่างอื่น และจะแสวงหาบริการสุขภาพที่มีแพทย์เร็วกว่ากลุ่มอื่น

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย “โรคลม” “ไข้หวัด” และ “แผลหรือฝี อีกเสบ” จะจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกโดยการรักษาตนเองมากที่สุดทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นการเจ็บป่วย และเคยมีประสบการณ์ต่ออาการเจ็บป่วยดังกล่าวจะใช้วิธีการรักษาที่เคยรักษาอาการดังกล่าวให้หายไประยะหนึ่งจึงทำการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Igun (พิมพ์วัลย์ ปรีดา สวัสดิ์และคณะ 2530: 73) เมื่อบุคคลประสบกับโรคภัย ถ้าสามารถตระหนักถึงความผิดปกติได้ และทราบว่าอาการผิดปกตินั้นเป็นอาการของโรคใด ก็จะทำการรักษาตนเองหรือทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการที่ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายนั้น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอาการไม่สุขสบาย และอาจจะคุกคามต่อชีวิตได้ ก็จะใช้วิธีการรักษาที่เคยใช้รักษาอาการดังกล่าวให้หายไปมาใช้รักษาตนเองก่อน

การรักษาตนเองที่ใช้ในผู้ป่วยที่ให้ความหมายว่าเป็นโรคลม ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการกินยาลม ยาหอม คมยาหม่อง ร่วมกับการนอนพักผ่อน บางรายอาจใช้วิธีการบีบนิ้วบริเวณต้นคอ ที่เชื่อว่า จะช่วยให้มีอาการดีขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณศรี มงคลชาติ (2535: 58) พบว่า ประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาอันดับหนึ่ง ได้แก่ ยาลม ยาหอม ยาขับลม และยาผงแดง (ร้อยละ 97.0) ซึ่งอาการของโรคที่ใช้ยาดังกล่าว มักเป็นโรคที่เกิดกับผู้หญิงและผู้สูงอายุ

เช่น โรคเป็นลม วิงเวียน แน่น จุกเสียด ซึ่งมักเป็นโรคเรื้อรัง เป็นๆหายๆ ที่เป็นเช่นนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่พบเป็นผู้สูงอายุ ที่เคยมีประสบการณ์กับอาการนี้มาก่อนจะทำการรักษาด้วยการใช้ยา

การรักษาตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็นไข้หวัด มักจะรักษาตนเองโดยการกินยาลดไข้ร่วมกับนอนพักผ่อน และในกลุ่มที่ให้ความหมายว่าเป็นแผลหรือฝี อีกเสบจะรักษาตนเองโดยการทำแผลเองทั้งหมด มีเพียง 1 รายที่ไปพบแพทย์ทันที เนื่องจากบาดแผลมีขนาดใหญ่ และจะไปฉีดยาป้องกันบาดทะยัก

กลุ่มที่ให้ความหมายอาการผิปกติระบบอวัยวะสืบพันธุ์ โรคเกาต์กำเริบ โรคตา และโรคอื่นๆ จะจัดการกับอาการผิปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกโดยการรอสังเกตอาการก่อนทั้งหมด ซึ่งอธิบายได้ว่า อาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นและผู้ป่วยรับรู้มักเป็นอาการที่เกิดขึ้นช้าๆ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะมีอาการไม่รุนแรง และอาการนั้นไม่รบกวนการทำกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย เป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันแต่ละวัน จึงไม่ได้ทำอะไรได้แค่สังเกตอาการไปก่อน จนเมื่อทนไม่ได้ หรือมีอาการรุนแรงมากจึงแสวงหาบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมาย โรคคนแก่ จะจัดการกับอาการกับอาการผิปกติครั้งแรกโดยการปล่อยไว้เฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีความเชื่อในเรื่อง เกิดแก่เจ็บตาย ทำให้รับรู้เรื่องความแก่เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ(อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม(2539: 37) จะไม่ทำอะไรกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533: 70) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ จากความเข้าใจที่ว่าเมื่ออายุมากอวัยวะต่างๆของร่างกายต้องเสื่อมโทรมลงหรือเป็นความผิปกติที่รักษาไม่หาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะประสบบัญหาค้ำๆกัน จึงทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นลักษณะของผู้สูงอายุทั่วไป จึงไม่จำเป็นต้องแสวงหาการรักษา ต่อเมื่ออาการเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความรุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆหรือทำอะไรได้จึงตัดสินใจแสวงหาการรักษา

การจัดการกับอาการผิปกติครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างที่พบส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการมากที่สุดไม่ว่าจะให้ความหมายว่าป่วยเป็นอะไร และระยะเวลาของการรอสังเกตอาการนั้นมีตั้งแต่ นานน้อยกว่า 1 เดือน- 3 ปี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน เป็นอาการที่มักเกิดขึ้นช้าๆ และกลุ่มตัวอย่างสังเกตอาการผิปกติได้ยากและที่รับรู้อาการผิปกติที่จะรับรู้ว่าจะอาการดังกล่าว เป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรงและยังสามารถประกอบภารกิจต่างๆหรือแสดงบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำมาก่อนได้ ก็จะอดทนรออาการไปก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ สิริสุนทร (2531: 102) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้มีอาการไม่รุนแรงจะอดทนรออาการ

มากที่สุด โดยทั่วไปผู้หญิงจะยอมรับว่าตนเองมีสุขภาพดีตราบเท่าที่เธอยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามสังคมกำหนดไว้ได้อย่างเต็มที่ ทั้งๆที่ผู้หญิงนั้นอาจจะอยู่ในสภาวะของการมีปัญหาสุขภาพ และด้วยวิถีชีวิตการเลี้ยงดูผู้หญิงในสังคมไทย ปลุกฝังให้ผู้หญิงยอมรับภาระหน้าที่ตามสังคมกำหนดครอบครัวคาดหวัง อาจทำให้ผู้หญิงไม่ได้ใส่ใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์ 2539: 7) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบมาก ที่พบมี 3 บทบาทมากที่สุด คือบทบาทการเป็นภรรยา มารดา และผู้ป่วยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้จัดการอะไรกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด แต่จะอดทนรอดูอาการไปก่อน

จากการศึกษาพบว่า การจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกจะอยู่ภายใต้ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเองเป็นส่วนใหญ่ แต่จะขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นเมื่อมีอาการรุนแรงมากหรือรักษาไม่หาย กลุ่มตัวอย่างมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัวเดียวกันก่อนไปพบแพทย์มากที่สุดร้อยละ 66.9 และบุคคลที่ให้คำปรึกษามากที่สุดคือบุตร จะเห็นได้ว่าบุคคลในครอบครัวมีบทบาทช่วยในการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ รวมทั้งประเมินอาการของกลุ่มตัวอย่างและเลือกแหล่งบริการด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา คำรงกิตติกุล(2533: 98) ที่พบว่าครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการให้คำแนะนำปรึกษาในส่วนของ การตัดสินใจลงความเห็นอาการของโรคเท่าซ้าง และประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งแนะนำวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาตามประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคตามที่เคยได้รับมาโดยพบว่า บุคคลใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีบทบาทในการประเมินอาการและให้คำแนะนำวิธีการรักษาตลอดจนแหล่งบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

2.4 มีการเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่งอย่างไร

เมื่อพิจารณาแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ซึ่งได้แก่ ร้านขายยา หอมแผนโบราณ คลินิก สถานิอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน

แหล่งบริการสุขภาพที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการมากที่สุดอันดับแรกคือ คลินิก ถึงร้อยละ 41.4 รองลงมาโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 17.2 และมีเพียงร้อยละ 3.6 ที่รักษาหอมแผนโบราณ ในการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิกมากที่สุดอธิบายได้ว่า ปริมาณคลินิกในสังคมภาคตะวันตกของประเทศไทยมีจำนวนมาก และกระจายไปทั่วทุกแห่ง การเดินทางไปยังแหล่งบริการนั้นได้สะดวก ใช้เวลาไม่นานในการเดินทาง เพราะอยู่ใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการ

ตรวจจากแพทย์ และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่นเจาะเลือด และตรวจปัสสาวะด้วย ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีนาน ฟังพอใจต่อบริการที่ได้รับเพราะได้รับการสะดวกรวดเร็ว และกลุ่มตัวอย่างเองมีความสามารถในการซื้อบริการได้ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงแหล่งบริการได้ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการทางการแพทย์ของเพนชานสกีร์และโทมัส(Penchansky and Thomas 1981: 127-140) มี 5 ประการด้วยกัน ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการจ่ายบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ จะทำให้บุคคลเข้าถึงแหล่งบริการได้

เหตุผลสำคัญที่สุดของการมาเข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิก คือ มีบุคคลแนะนำมาและพามา โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้พากลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีอาชีพเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ อยู่ในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ ในการแสวงหาบริการสุขภาพในที่ๆไม่เคยไปมาก่อนอาจเป็นไปได้ยาก บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจในการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการนี้

การเลือกและเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างไปใช้มาก รองลงมา จากคลินิกเหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการคืออยู่ใกล้บ้านถึงร้อยละ 44.8 การเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพได้สะดวก ใช้เวลาในการตรวจรักษานาน 1-2 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีนาน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในการที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการของรัฐในระดับชุมชนนี้ เพราะโรงพยาบาลชุมชนต่างกระจายอยู่ทั่วทุกแห่งในชุมชนและอยู่ใกล้บ้าน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อดีในการรักษาแผนปัจจุบัน และในการเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจจากแพทย์ทุกราย และได้รับการตรวจทางเทคโนโลยีทางการแพทย์เช่น เจาะเลือด และตรวจปัสสาวะด้วย ในการจ่ายค่าบริการไม่แพง บางราย อาจไม่ต้องเสีย เพราะใช้สิทธิเบิกค่ารักษาได้ หรือใช้บัตรสุขภาพ หรือผู้สูงอายุ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น

การเลือกเข้ารับบริการในสถานีนามัย นั้น พบว่า มีเพียงร้อยละ 7.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไปเข้ารับบริการที่สถานีนามัย เหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพคือรู้จักกับเจ้าหน้าที่ในแหล่งรักษาและอยู่ใกล้บ้าน แต่พบว่า การใช้บริการส่วนใหญ่ไปเพียงครั้งเดียว ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการนั้น เจ้าหน้าที่ได้ตรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งพบว่าในการใช้บริการที่สถานีนามัยนี้สามารถให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 69.2

โดยเพียงการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ หรืออาจเป็นเป็นไปได้ว่า ในการเลือกเข้ารับบริการในสถานีนานามัย มาเพียงเพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเท่านั้น

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพก่อนมาเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงร้อยละ ร้อยละ 3.6 ที่รักษาหมอแผนโบราณ นั้นอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อถือในการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าแผนโบราณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกย์ (2530) พบว่า เมื่อประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มุ่งจะเลือกใช้แหล่งบริการรักษาที่มีแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 78.2 และจากการศึกษาพบว่าเหตุผลสำคัญที่เข้ารับบริการในหมอแผนโบราณคือกลุ่มตัวอย่างรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้การรักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการสุขภาพของหมอแผนโบราณ เพราะหมอแผนโบราณที่ให้การรักษาในชุมชน จะมีระดับชีวิตความเป็นอยู่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก มีความคุ้นเคยกัน และได้บริการอย่างเป็นกันเองมาก จะมีการซักถามโรคและค้ำนึ่งถึงภาวะจิตใจของกลุ่มตัวอย่างด้วย จึงมีกลุ่มตัวอย่างบางราย ที่ยังนิยมรักษากับหมอแผนโบราณอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไหมสาเราะะ บินมะหะหมัด (2530: 35) ที่พบว่าชาวบ้านเลือกรักษากับหมอแผนโบราณเพราะอรรถาศัยดี ซักถามโรคได้ดี

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.0 มีการแสวงหาการรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพร บางรายใช้วิธีบนบานศาลกล่าว ไปรับการรักษาจากพระควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ การแสวงหาการรักษาอื่นร่วมนี้ เป็นไปตามความคิดความเชื่อตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยในสังคมไทย เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและปฏิบัติในการเยียวยารักษา ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสวงหาการรักษาด้วยยาสมุนไพรหรือยาหม้อ เพื่อรักษาอาการให้ดีขึ้น โดยเชื่อว่าสมุนไพรเป็นยารักษา ยาตัดเบาหวาน ยาหม้อปัจจุบันเป็นยาคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ ประดับมุขและลือชัย ศรีเงินยวง (2537: 274) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาเกือบทั้งหมดมีความเชื่อว่า โรคนี้ต้องอาศัยการรักษาในระบบแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก และผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งยังมีการใช้สมุนไพรคู่ไปกับยาปัจจุบัน และจากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาในผู้ป่วยเบาหวานของลือชัย ศรีเงินยวง (2534) และอาทร รั้วไพบุลย์และคณะ (2533) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร และในปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ก็คงใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการใช้ยาของแพทย์ การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้สะท้อนการดำรงอยู่ของระบบสังคม วัฒนธรรมการรักษาแบบโบราณของผู้ป่วยและท้องถิ่น

สำหรับการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีเหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ มีบุคคลแนะนำ และพามา ถึงร้อยละ 29.5 รองลงมา คืออยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 16.5 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุมาก ในการตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพจะขึ้นอยู่กับบุคคลใกล้ชิดที่เป็นสำคัญที่พบมากที่สุดได้แก่บุตร สามี ญาติ และเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นและได้รับคำแนะนำมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา และพบว่าในการเดินทางมารับบริการได้สะดวก ได้รับการตรวจจากแพทย์ที่มีชื่อเสียง ฟังพอใจต่อค่าใช้จ่ายในบริการ เพราะโดยส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจะใช้บัตรสุขภาพหรือบางรายใช้บัตรสูงอายุ แต่ในการรอรับบริการ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับรู้ว่ารอนานมากที่สุด ถึงร้อยละ 53.0 รองลงมา รอนานปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยอมรับได้ โดยบางรายให้เหตุผลว่า “ทำอย่างไรได้ เรากินยาเข่าฟรีก็ต้องรอน้อย” “รอนานก็ต้องรอ เพราะคนมันเยอะ”

2.5 ผลของการเข้ารับบริการสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง กลุ่มตัวอย่างจะมีการประเมินผลของการรักษา โดยพิจารณาจากการรับรู้อาการก่อนและหลังภายหลังเข้ารับบริการในแห่งนั้นๆ และหากประเมินว่าอาการไม่ดีขึ้น อาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพได้ จากการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งต่างๆ ซึ่งได้แก่ คลินิก โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สถานีอนามัย ร้านขายยา มีการรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการสุขภาพว่าตนเองมีอาการไม่รุนแรง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่าตนเองมีอาการรุนแรงมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจะมีการประเมินอาการตนเองก่อนและเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการที่ตนคิดว่าจะรักษาอาการดังกล่าวให้หายไปได้ ถ้าประเมินว่าตนเองมีอาการไม่รุนแรงก็จะเลือกเข้าแหล่งบริการต่างๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก ถ้าประเมินว่าอาการรุนแรง ก็จะเลือกเข้ารับบริการสุขภาพที่คิดว่ามีความสามารถในการให้การรักษาที่ดีที่สุด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เพราะมีเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจรักษามาก ทันสมัย และได้รับการตรวจจากแพทย์ที่มีชื่อเสียง นอกจากนี้ยังมีการเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมาก ในการมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐบาลซึ่งเสียเงินน้อย หรือไม่ต้องเสียเงิน อาจได้รับ

การตรวจที่ไม่ดีพอ จึงยอมเสียเงินเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน เพราะเชื่อว่า จะได้รับการตรวจอย่างดี ถูกต้อง และเชื่อถือได้

ภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิก โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการภายหลังเข้ารับบริการว่ามีอาการดีขึ้นปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า แหล่งบริการดังกล่าว เป็นแหล่งบริการที่มีแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา กลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าไปรับบริการจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ การตรวจด้วยทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้เข้าไปรับประทานหรือฉีด และการนัดมาตรวจซ้ำ ซึ่งได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะใกล้เคียงกับปกติได้ ทำให้อาการทุเลาลงกลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพหมอแผนโบราณ ภายหลังเข้ารับบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินและรับรู้ว่าตนเองมีอาการดีขึ้นปานกลางและอาการแยลงมีจำนวนเท่ากัน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการหมอแผนโบราณซึ่งได้รับการตรวจรักษาเพียงแค่เล้าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ฟัง และผู้ให้การรักษาก็เป็นการจัดยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการรักษาอาการดังกล่าวมาให้กลุ่มตัวอย่างไปต้มกินหรือนวดประคบที่บ้าน ซึ่งเป็นการรักษาที่อาจไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น เนื่องจากโรคเบาหวาน เป็นโรคที่ไม่สามารถมองเห็นภายนอกว่าเป็นตรงไหน จะทราบแน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ ก็ต่อเมื่อได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเท่านั้น ดังนั้นจากการรักษาดังกล่าวอาจไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ทำให้อาการที่เกิดขึ้นไม่ทุเลาแต่กลับมีอาการรุนแรงมากขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการแยลง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่ง รับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นภายหลังเข้ารับบริการว่ามีอาการดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริการที่ได้รับจากผู้ให้การรักษา ซึ่งให้บริการแบบเป็นกันเอง มีการซักถามอาการของโรคและอหิชาติ การรักษาของหมอแผนโบราณจะเป็นการรักษาที่มีผลต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เมื่อเข้ารับบริการแล้วแม้มีอาการเจ็บป่วยต่างๆ ยังคงอยู่ แต่ผู้ป่วยก็จะรับรู้ว่าคุณเองมีอาการดีขึ้น หรืออาจเป็นไปได้ว่า ภายหลังจากการรักษา กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นเพราะอาการดังกล่าวหายไป แต่ก็หายจากการรักษาดังกล่าวเป็นเพียงแค่ระงับอาการไปชั่วคราวเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่ร้านขายยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการภายหลังเข้ารับบริการว่ามีอาการคงเดิมมากที่สุด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการสุขภาพที่ร้านขายยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเข้ารับบริการเพียงครั้งเดียว และในการตรวจรักษาเป็นเพียงเล้าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ผู้ให้การรักษาทัก และได้เข้าไปรับประทานหรือทา ซึ่งอาจได้

รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับโรค อาการต่างๆยังคงอยู่ ไม่ทุเลาลง กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีอาการคงเดิม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพในสถานีนอนามัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการภายหลังเข้ารับบริการว่ามีอาการคงเดิมมากที่สุด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการสุขภาพที่สถานีนอนามัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเข้ารับบริการเพียงครั้งเดียวเช่นเดียวกัน และบริการที่ได้รับเป็นการตรวจรักษาจากเจ้าหน้าที่ในแหล่งนั้นด้วยการวัดความดันโลหิต และการตรวจปัสสาวะ และให้คำแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาโรคเบาหวานต่อไป หรืออาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการเพียงเพื่อขอคำปรึกษา และคำยืนยันเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ ผู้ป่วยจึงยังไม่ได้รับการรักษาเพื่อบำบัดอาการ กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีอาการคงเดิมภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพแล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการภายหลังเข้ารับบริการว่ามีอาการคงเดิมมากที่สุด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้ว ซึ่งเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรักษาอาการดังกล่าว เนื่องจากไม่มีเครื่องมือในการช่วยการรักษาอย่างเพียงพอจึงส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลในระดับต่อไป กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีอาการดังกล่าวที่ตนรับรู้อยู่ยังมีอาการคงเดิม ไม่แยลง หรือดีขึ้น

การรับรู้อาการก่อนและหลังเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการสุขภาพว่าอาการไม่รุนแรงและรุนแรงปานกลางจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.0 และร้อยละ 33.5 และภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.5 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเลยที่รับรู้ว่ามีอาการแยลง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาซึ่งเชื่อว่าเป็นแหล่งที่มีความสามารถให้การรักษาโรคเบาหวานได้ เป็นแหล่งที่มีแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา และได้รับการตรวจด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่นการเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ และการตรวจพิเศษอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ตลอดจนได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทำให้อาการต่างๆดังกล่าวทุเลาลง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น

2.6 มีเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพอย่างไร

เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการในแหล่งบริการสุขภาพใดๆก็ตาม ก็จะมีการประเมินผลของการเข้ารับบริการ ความพอใจในการรับบริการ ทั้งนี้หากประเมินผลและรับรู้ว่าการไม่ดีขึ้น ไม่พอใจต่อบริการ ก็อาจเป็นสาเหตุให้มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ ก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการรักษาที่พบมากที่สุดคือค่ายาแพง (ร้อยละ 28.6) รักษาไม่ได้ผลมีอาการรุนแรงมากขึ้น (ร้อยละ 26.6) ผู้ให้บริการแนะนำหรือส่งต่อไปรับการรักษาในแหล่งที่ให้การรักษาเฉพาะ(ร้อยละ 20.8) เดินทางไม่สะดวก ต้องการรักษาแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน (ร้อยละ 15.9) และนึกว่าหายแล้ว (ร้อยละ 1.7)

เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ค่ายาแพง (ร้อยละ 28.6) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากในการเข้ารับบริการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และในการมาตรวจรักษาที่คลินิกพบว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 100-500 บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับบริการสุขภาพเพียง 1-2 ครั้งกลุ่มตัวอย่างจะพอมีกำลังซื้อบริการได้ แต่ถ้าต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเช่นนี้ตลอด กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีกำลังเงินพอที่จะซื้อบริการต่อไปได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อย(1,001-3,000 บาท) ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งรักษาใหม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน ก็มีเหตุผลนี้เช่นเดียวกัน

เหตุผลสำคัญในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพที่พบรองลงมาคือ รักษาแล้วไม่ได้ผล มีอาการรุนแรงมากขึ้น (ร้อยละ 26.6) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพหมอแผนโบราณ ร้านขายยา จึงเป็นผลให้มีการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแหล่งรักษาใหม่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแหล่งบริการหมอแผนโบราณและร้านขายยาไม่สามารถให้การวินิจฉัยอาการผิดปกติของกลุ่มโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากบริการที่ได้รับส่วนใหญ่ จะเป็นการเล่าอาการให้ผู้รักษาฟังและให้ยาไปรับประทาน ซึ่งไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวาน จะทราบได้แน่ชัดก็ต่อเมื่อได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเท่านั้น (จิตร จิรรัตน์สตีต และมุณี แก้วปลั่ง 2534: 14) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาในแหล่งบริการนี้อยู่นานจะมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นที่พบเป็นแผลรักษาไม่หาย เป็นลมช็อกมา จึงมาเข้ารับการรักษาที่มีแพทย์

เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพคือ ผู้ให้การรักษาแนะนำหรือส่งต่อรักษาในแหล่งที่ให้การรักษาเฉพาะ (ร้อยละ 20.8) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่สถานี

อนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งรักษาเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์และเจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ โดยการแนะนำหรือส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างอาจมีความรุนแรงมากเกินขีดความสามารถของการให้บริการของแหล่งบริการสุขภาพนั้น จึงได้มีการแนะนำและการส่งต่อไปรักษาต่อในโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพที่พบได้คือ เดินทางไม่สะดวกต้องการรักษาแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน (ร้อยละ 15.9) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลทั่วไป ในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อผลการรักษา แต่ก็ต้องเปลี่ยนแหล่งรักษาเพราะแหล่งรักษาอยู่ไกล เดินทางไม่สะดวก หรือต้องย้ายที่อยู่ใหม่ จึงต้องการมารักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แหล่งให้บริการสุขภาพดังกล่าวนี้ มีอยู่เฉพาะในแหล่งชุมชนเมืองใหญ่ๆ เป็นแหล่งที่ให้การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับต่างๆ กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการส่งต่อมารับการรักษาที่นี่ เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว การจะรักษาในแหล่งบริการนั้นต่ออาจเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก เพราะอยู่ไกลบ้าน เดินทางมาไม่สะดวกจึงเปลี่ยนแหล่งรักษา

สำหรับเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างนี้กว่าอาการเจ็บป่วยดังกล่าวรักษาหายแล้วจึงไม่ทำการรักษาที่นั่นต่อ (ร้อยละ 1.7) ซึ่งพบได้ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน และหอแพทย์ โบราณ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าในการเข้ารับบริการสุขภาพดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือกลุ่มตัวอย่างไม่ได้คำแนะนำ หรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตนเป็นอยู่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นหายเป็นปกติแล้วจึงไม่ได้ทำการรักษาต่อ

ในการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้มีการประเมินแล้วว่า ในการเดินทางมารับบริการสุขภาพเดินทางมาได้สะดวก และในการเข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่มาเองคนเดียวไม่ต้องกลางาน กลุ่มตัวอย่างที่ต้องมีบุคคลพามา ส่วนใหญ่พบว่าบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาไม่ต้องกลางานเพราะมีอาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน เวลาของการทำงานไม่แน่นอนสามารถจัดเวลาในการเข้ามาใช้บริการรักษาได้โดยไม่เสียเวลาและมาส่งกลุ่มตัวอย่างตอนเช้าและมารับกลับตอนเที่ยง ซึ่งเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่จัดการกับเหตุการณ์ได้ เพื่อที่จะให้มารับบริการสุขภาพได้ในช่วงเช้า เวลาราชการ 1 เดือนต่อครั้ง ดังนั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อ

ทำงานของกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมา ในการเดินทางใช้เวลานาน 31 นาที-1 ชั่วโมง มากที่สุดร้อยละ 33.5 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีนาน เสียค่าใช้จ่ายประมาณไม่เกิน 20 บาทมากที่สุด ฟังพอใจต่อค่าใช้จ่าย เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้บัตรสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงแก้ไขปัญหาโดยการซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีแพงกับการซื้อบัตรสุขภาพในราคา 500 บาทต่อการรักษา 1 ปี การรับรู้อาการภายหลังเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างทุกคนรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น แม้ในการมารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารอนานมาก รอนาน 4-5 ชั่วโมงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยืนยันในการรักษาที่แหล่งบริการนี้ต่อไป เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาถูก และยอมรับกับบริการที่ต้องคอยนาน กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องการให้มีการปรับปรุงระบบบริการให้รวดเร็วขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเลือกแหล่งบริการเพื่อการรักษานั้นต่อไปหรือไม่นั้น บุคคลจะเลือกพิจารณาแหล่งที่คิดว่า จะได้รับประโยชน์สูงสุด คือสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่มีผลดีต่อการรักษามากที่สุด ดังนั้นในพื้นที่ที่มีบริการให้เลือกมากพอ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยคาดว่าสะดวกและคุ้มค่าจะได้รับการเลือกใช้ โดยมีปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านส่วนบุคคล สังคม และวัฒนธรรม ทรัพยากรชุมชน โอกาสในการเข้าถึง เป็นตัวกำหนดในการเลือกแหล่งบริการนั้น

ในการจัดบริการสุขภาพของรัฐ ควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้หญิงโรคเบาหวาน และเอื้อประโยชน์แก่ผู้หญิงกลุ่มนี้อย่างแท้จริง

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้หญิงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันตก จำนวน 200 คน ระหว่างวันที่ 6 มกราคม ถึง 7 มีนาคม 2540 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำเสนอข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ ในลักษณะของจำนวนและร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะประชากรและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคเบาหวาน มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 57.015 ปี) เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ร้อยละ 90.5 สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.5) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ ถึงร้อยละ 60.5 พบเป็นแม่บ้านมากที่สุด มีรายได้ส่วนตัวต่อเดือน 1,001-3,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 29.0 ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ รายได้ครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ 3001-5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 28.9 ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ มีสมาชิกในครอบครัว 1-4คน (ร้อยละ 62.0) เป็นครอบครัวขนาดเล็ก กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัว 3 บทบาทมากที่สุด (ร้อยละ 30.5) ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย มารดา และภรรยา กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน นาน 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.0 และมีการเจ็บป่วยอื่นร่วมกับการป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง

2.กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพมี 3 ขั้นตอน และสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ ดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการตอบคำถามการวิจัยในส่วนของกรรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ การให้ความหมายและการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพและการเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นการตอบคำถามการวิจัยในส่วนของกรเลือกและเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่งของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเหตุผล ระยะเวลาการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาและการรับรู้ต่อเรื่องต่างๆในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร และในขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ เป็นการตอบคำถามการวิจัยในส่วนของผลของการเข้ารับบริการสุขภาพและเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนนี้เริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มีมากกว่า 1 อาการ ที่รับรู้มากที่สุดคือ ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 73.5 รองลงมา กระหายน้ำ ร้อยละ 46.0 อ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 35.5 และอาการอื่น ๆ ซึ่งมักปรากฏขึ้นร่วมกัน จะให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มคือกลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายได้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะให้ความหมายว่า “ไม่ทราบว่าเป็นอะไร” มากที่สุดร้อยละ 35.5 กลุ่มที่ให้หมายได้ว่า เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.0 กลุ่มที่ให้หมายว่าเป็นโรคอื่นที่พบได้แก่ โรคลม (ร้อยละ 37.9) อาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (ร้อยละ 13.7) โรคคนแก่ (ร้อยละ 8.4) ไข้หวัด (ร้อยละ 8.4) โรคเกาต์กำเริบ (ร้อยละ 7.4) แผลหรือฝี อักเสบ (ร้อยละ 6.3) ทำงานหนัก (ร้อยละ 5.3) โรคตา (ร้อยละ 4.2) อื่นๆ (ร้อยละ 8.4) กลุ่มสุดท้ายคือไม่คิดว่าเป็นการเจ็บป่วย (ร้อยละ 1.5)

กลุ่มตัวอย่างที่ให้หมายว่าเป็นโรคเบาหวานได้ถูกต้อง เนื่องจากเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก่อน มีบุคคลใกล้ชิดชี้แนะว่าเป็นโรคนี้ และสังเกตจากอาการแสดง คือ ปัสสาวะแล้วมีมดขึ้น ภายหลังประสบอาการและให้ความหมายแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า จะอยู่ภายใต้ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเองเป็นส่วนใหญ่ และจะจัดการกับอาการผิดปกติตามการให้ความหมาย ซึ่งจะใช้วิธีการรอสังเกตอาการก่อน เป็นอันดับแรกมากที่สุด ร้อยละ 53.0 โดยพบว่าระยะเวลารอสังเกตอาการนาน 1-3 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 48.1 เมื่อประเมินอาการแล้วว่าอาการไม่ทุเลาหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น ก็จะมีอาการขอคำปรึกษาจาก

บุคคลอื่นก่อนไปพบแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไปขอคำปรึกษาจากบุคคลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันมากที่สุดร้อยละ 66.7 และบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างไปขอคำปรึกษามากที่สุดคือ บุตร

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพและการเข้ารับบริการสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเลือกเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งตรงมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลปัจจุบันเลย (ร้อยละ 48.0) และไปรับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการอื่นก่อนมาโรงพยาบาลปัจจุบัน (ร้อยละ 52.0) แหล่งบริการสุขภาพอื่นที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการก่อนมาโรงพยาบาลปัจจุบันที่พบมากที่สุด ได้แก่ คลินิก (ร้อยละ 41.4) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 17.2) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 9.5) โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 8.3) สถานีอนามัย (ร้อยละ 7.7) โรงพยาบาลศูนย์/ทบวงมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 7.7) ร้านขายยา (ร้อยละ 4.7) และหมอแผนโบราณมีเพียงร้อยละ (3.6) เหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพอื่น คือ มีบุคคลแนะนำหรือพามา อยู่ใกล้บ้าน ชื่อเสียงของแหล่งบริการ รู้จัก และคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ และอื่น ๆ และเช่นเดียวกันในการมารับบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลปัจจุบันนี้พบว่า มีเหตุผลสำคัญที่สุดคือ มีบุคคลแนะนำหรือพามา ร้อยละ 29.5 รองลงมาอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวกร้อยละ 16.5

ในการเลือกและเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่งนั้น กลุ่มตัวอย่างจะพิจารณาถึงความรู้เกี่ยวกับการให้บริการ ซึ่งอาจได้รับจากการบอกเล่า หรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น ความสะดวกในการเดินทาง ปัจจัยเสริมอำนาจในการซื้อบริการ ความคุ้นเคยกับแหล่งบริการ และผู้ให้การรักษา ชื่อเสียงของแหล่งบริการ และความสะดวกในการรับบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

การประเมินผลบริการจะกระทำภายหลังได้เข้ารับบริการสุขภาพนั้นแล้ว ซึ่งจะพิจารณาได้จาก การรับรู้อาการหลังการรักษา การรับรู้ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลการเปลี่ยนแหล่งบริการได้ ถ้าหากประเมินแล้วว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่พึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งเหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งพบว่าเหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ค่ารักษาแพง (ร้อยละ 28.6) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน รักษาไม่ได้ผลมีอาการรุนแรงมากขึ้น (ร้อยละ

26.6) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพจากร้านขายยา และหมอแผนโบราณ ผู้ให้บริการแนะนำหรือส่งต่อรักษาแหล่งรักษาเฉพาะ (ร้อยละ 20.8) เป็นเหตุผลที่พบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เดินทางไม่สะดวก ต้องการรักษาแหล่งบริการใกล้บ้าน (ร้อยละ 15.9) เป็นเหตุผลที่พบได้มากในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพที่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89.0 ไม่สามารถให้ความหมายได้ว่าป่วยเป็นอะไร หรือให้ความหมายเป็นโรคอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าป่วยเป็นอะไร และมีเพียงร้อยละ 11.0 เท่านั้นที่ให้ความหมายได้ว่าป่วยเป็นเบาหวาน ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรให้ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งอาการ อาการแสดง การรักษาและการป้องกัน แก่กลุ่มผู้หญิงและครอบครัวอย่างจริงจัง ซึ่งอาจผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย สิ่งตีพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และการออกเยี่ยมชุมชน เพื่อให้ความรู้ตลอดจน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้หญิงมีการตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ และควรเน้นถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี จะทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งอาจจัดให้มีสัปดาห์การตรวจสุขภาพประจำปีขึ้น และให้ประชาชนมารับบริการฟรี

2. จากการศึกษาพบว่า คลินิก เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยนิยมไปใช้มากที่สุดเมื่อมีการเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากได้รับบริการที่รวดเร็ว สะดวกดังนั้นควรสนับสนุนให้มีการจัดบริการของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้หญิงเพื่อให้ผู้หญิงเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างรวดเร็ว ไม่เสียเวลามาก อาจทำโดยการจัดคลินิกนอกเวลาราชการสำหรับผู้หญิง

3. ควรจัดให้มีการอบรมความรู้ให้แก่หมอแผนโบราณ ร้านขายยา เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในผู้หญิง การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานเบื้องต้น และแนะนำการส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ในการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาพบว่า การมาเข้ารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารอนานมากที่สุด ดังนั้น ควรมีการปรับปรุงระบบบริการให้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจและมาเข้ารับบริการสุขภาพต่อไปอย่างสม่ำเสมอ

5. การเข้าถึงแหล่งที่รักษาโรคได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การส่งต่อ โดยเฉพาะในสถานีนอนามัย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการจัดให้มีพยาบาล

วิชาชีพในสถานีนามัย ซึ่งจะสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ป่วย จะลดเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษา

6. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องอาศัยการควบคุม และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ตลอดจนต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

7. ในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล ควรเน้นให้นักศึกษามองเห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งอาการ อากาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ที่ เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในการศึกษา เพราะเป็นการวิจัยที่ให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ตรงที่มีความหมายและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล

2. ศึกษาหาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการสร้างแบบวัด การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ในการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อขยายผลการวิจัยให้สามารถใช้ได้อย่างกว้างขวางสำหรับผู้ป่วย

3. ศึกษาหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านลักษณะประชากรและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก

4. ศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุลและพิมพ์วัลย์ บุญมงคล. “รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่องรื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539 เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย, 2539.
- กิตติ อังศุสิงห์. “ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน.” ใน คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน, หน้า 56-59. วรณี นิธิยานันท์และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.
- _____. “ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน.” ใน คู่มือการประกอบการเข้าค่ายเบาหวาน, หน้า 55-59. กิตติ อังศุสิงห์และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2534.
- กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. “ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท.” ใน พฤติกรรมสุขภาพ. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุขและจรรยา สุทธิสุคนธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข. กทสส, 2533: 91-110.
- _____. แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข, 2535.
- _____. “แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย.” ใน ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 2. หน้า 3-63. เสรี พงศ์พิศ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง กรุ๊ป จำกัด, 2536.
- คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 และแนวโน้มมาตรการแก้ไข. มปท. 2538.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544). มปศ. 2539.
- จิตร จิรรัตน์สถิต และมณี แก้วปลั่ง. ปรึกษาแพทย์เรื่องเบาหวาน. เชียงใหม่: โครงการตำราหน่วยวารสารวิชาการ, 2534.

- ชนิดา สันธินาค. ความแตกต่างกันทางสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการแสวงหาบริการรักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท. *ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์)*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ชื่นชม เจริญยุทธ. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท. *วิทยานิพนธ์ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาส์นศาสตร์การแพทย์*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- ชุติมา ทังหิรัญ. การศึกษาพฤติกรรมอาการเจ็บป่วย และปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี. *วิทยานิพนธ์ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาส์นศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- ชุมศักดิ์ พงกษาพงษ์. “เบาหวาน.” *ใกล้หมอ*. 27(ตุลาคม 2536): 28-31.
- ชูศรี ผลเพิ่ม. ปัจจัยกำหนดการให้บริการเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยในสถานพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- น้อมจิตต์ สกฤตพันธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วิทยานิพนธ์ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “ฐานคติของแพทย์และสถาบันการแพทย์.” *การวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2(ตุลาคม - ธันวาคม 2537): 249-259.
- _____. “แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์.” ใน *สังคมวิทยาการแพทย์*. หน้า 222 . กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2528.
- ทิพย์สุดา เฌรทอง. การเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน. *วิทยานิพนธ์ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ทิพาพร วงศ์หังสกุลและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน. *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 2535.
- เทพินทร์ พ็ชรานุรักษ์. แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวาแบบพื้นบ้าน. *วิทยานิพนธ์ปริญาสาส์นศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- บุญทิพย์ สิริรังศรี. ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- _____. ผู้ป่วยเบาหวาน: การดูแลแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: ฝ่ายการพิมพ์
ศูนย์อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัมย์, บรรณาธิการ. สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการ
ใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- บุปผา คำรงกิตติกุล. พฤติกรรมการรักษาและการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจของ
ผู้ป่วยโรคฟิลาเรีย (โรคเท้าช้าง): ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรี-
ธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์
และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- บุศรา เกิดพึ้งบุญประชา. แนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- บุญขมาศ บุญใจเพชร. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษา
แผนโบราณและแผนปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- เบญจวรรณ กำธรวัชร. การนำแนวคิดและทฤษฎีของต่างประเทศมาใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ
ในประเทศไทย. นครปฐม: ภาควิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
2538.
- เบญจา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล. “พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย.” ใน
ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาการแพทย์. เบญจา ยอดคำเนินและ
คณะ, บรรณาธิการ. โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ประภาศรี รงค์เดชประทีป. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการด้านสุขภาพที่โรง
พยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ของข้าราชการและลูกจ้างประจำสังกัดกองทัพเรือในเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- ปราณี วงษ์เทศ. เพศและวัฒนธรรม. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์, 2535.
- ปรียานุช แยมวงษ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด NON-INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS และแนวทางการป้องกันการเกิดโรค. คลินิก. 12(2539): 336-339.
- พรพิศ ชีวะกำนวน. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- พวงพยอม การภิญโญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์-ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. พฤติกรรมการรักษาเยียวยาตนเองด้วยฝิ่นของชาวม้งที่เจ็บป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. ความแตกต่างของเลือกวิธีการรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. “แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง.” ใน การดูแลสุขภาพตนเอง: ทิศนะทางสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: แสงแดด, 2530.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและคณะ. วิจัยทางการแพทย์: หลักกระบวนการ, พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: โรงพิมพ์อัลลอยด์เพรส, 2535.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. “ผู้หญิงกับสุขภาพ: มิติของงานวิจัยระบบสาธารณสุข.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพเรื่องหรือสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และลือชัย ศรีเงินยวง. สถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. การวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(ตุลาคม-ธันวาคม 2537): 272-279.
- ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: คลินิก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอบัวบ้าน, 2539.

ภาวนา กิริติยุดวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำ
จังหวัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

มัลลิกา มัติโก. “แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง.” ใน การดูแลสุขภาพของ
ตนเอง: ทิศทางสังคมวัฒนธรรม, หน้า 11-12. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพวัลย์ ปรึดาสวัสดิ์ และคณะ,
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: แสงแดด, 2530.

ยุวดี ฤาชาและคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท สยามศิลป์การ
พิมพ์ จำกัด, 2537.

เรณู พุกบุญมี. “ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิง
กับสุขภาพ เรื่องรื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539.
เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
2539.

วรรณวิไล จันทราภา, กัญญา กาญจนบุรานนท์ และปรีชา ดีสวัสดิ์. เอกสารการสอนชุดวิชาการสา
ธารณสุข 1 หน่วย 1-2 พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาริราช, 2538: 88-92.

วรรณิ นิธิยานันท์. คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์,
2533.

วลัย อินทร์พรชัย. โภชนาการกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์, 2528.

วัลยา ตันตโยทัย. การศึกษาติดตามความรู้โรคและภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่
ควบคุมโรคไม่ได้หลังจากได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลืออย่างมีระบบ. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

วัลยา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงคี. “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน.” ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์
เล่ม 4, หน้า 241-267. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:
วิ.เจ.พรินติ้ง, 2534.

วาทีณี บุญชะลิกย์. รูปแบบการเลือกใช้บริการรักษาของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศ
ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. “การพัฒนาเศรษฐกิจ/สังคมและการแพทย์, สาธารณสุขไทย: a review.”
การวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(มกราคม-มีนาคม 2536): 25-37.

- ศิริพร ปรากฏประสิทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ศิริอร สินธุ. “ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่องรื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. เบาหวาน. 25(ตุลาคม-ธันวาคม 2536): 10-18.
- ส่วนข้อมูลทางสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข (2532-2537). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สันทัต เสริมศรี. “สังคมวิทยาของการเลือกใช้บริการสุขภาพ.” ใน เอกสารการสอนชุดสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 1-8 สาขาวิชาสาธารณสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- สาธิต วรรณแสง. มารู้จักโรคเบาหวานกันเถอะ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2536.
- _____. “โรคเบาหวานและการรักษา.” ใน คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน, หน้า 6-10. วรรณ นิธิยานันท์และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.
- _____. “Epidemiology of Diabetes Mellitus in Thailand.” ใน Diabetes in Practice, หน้า 8-14. วรรณ นิธิยานันท์และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: มหานครออฟเซตเพรส จำกัด, 2530.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. สมุดรายงานสถิติภาคตะวันตก. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์อักษรไทย, 2536: 12.
- _____. ข้อมูลสถิติที่สำคัญรายจังหวัด พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ. 2539.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ผลการปฏิบัติงานกิจกรรมสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.

- _____ . สถานการณ์ ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ระดับภูมิภาคของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
- สำลี เปลี่ยนบางช้างและคณะ. สังคมวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง, รายงานการสำรวจเบื้องต้น. กระทรวงสาธารณสุข, 2524.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. “ภาวะเรื้อรัง.” เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในทศวรรษหน้า วันที่ 14-17 มีนาคม 2538. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
- สุนทร ตันชนันท์. “อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อโรคเบาหวาน.” สารศิริราช. 48(มีนาคม 2539): 281-283.
- สุนทร ตันชนันท์ และวลัย อินทร์ทรัพย์. คู่มือโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: สุภาวิณีการพิมพ์, 2535.
- สุวิภา บุญยะโหดระ. “ภาวะสุขภาพผู้หญิงไทยวัยหมดระดู.” การวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (จ.1 2539): 29-35.
- สุวิทย์ วินุดผลประเสริฐและคณะ. การแพทย์แผนไทย: ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2530.
- สุธีรา สุนทรระกูล. การศึกษาติดตามพฤติกรรมการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมาลาเรีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- แสงทอง แหงมงาม. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนชนบท จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ไทมสาเราะ บันมะหะหมัด. การศึกษาความเชื่อทางศาสนาอิสลามกับพฤติกรรมวางแผนครอบครัวของชาวไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- อมรชัย หาญผดุงธรรมะ. “การดูแลเท้าผู้ป่วย.” ใกล้หมอ. 20(มิถุนายน 2539): 49-52.
- อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม. การวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 4(จ. 1), 2539.

อาทร รวีไพบูลย์และวัชรา รวีไพบูลย์. “ผู้ป่วยเบาหวานทางเลือกในการรักษา.” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง, หน้า 261-263. ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

อรุณศรี มงคลชาติ. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้จ่ายเงินโบราณและยาสมุนไพรของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. การสู่มตัวอย่างทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพินนี้พับบลิชซิง, 2532.

เอี่ยมพร ทองกระจาย. “ผู้หญิงกับการบริการสุขภาพ.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพเรื่องหรือสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

Aday, L.A. and Andersen R. Access to Medical Care. Health Administration Press, An Andersen, R.M. “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?” Journal of Health and Social Behavior. 36(March 1995): 1-8.

Anderson, R, et al. “Learning to empower patients.” Diabetes Care. 14(July 1991): 584-590.

Cahill, G.F. Etzwiler, D.D. & Freinkel, N. “Control and diabetes.” New England Journal of Medicine. 29(April 1976): 1004-1005.

Carlson, K.J. et al. Primary Care of Women. Missouri: Mosby-Year Book, Inc, 1995:45.

Chrisman, N.I. “Health Seeking Proces: An Aproach to the Natural History of Illness.” Culture, Medicine and Psychiatry. 1(1997): 351-377.

Chunharas, Somsak and Choprapawon, Chanpen (editors). The National Epidemiology Board of Thailand: The First Four Years (1987-1990). Thailand: Desure Co., 1990.

Davis, C.K. “Who will pay? The Economic Realities of Health Care Reform.” Scholarly Inquiry for Nursing Practice. 6(1992): 217-219.

Ellencwweig, A.Y. Analysing health systems: a modular approach. New York: Oxford University Press, 1992.

Fabrega H. “Toward a model of illness behavior.” Medical Care. 6(November-December 1973), 470-484.

- Fain, J. "National trends in diabetes an epidemiologic perspective." Nursing clinics of North America. 28(March 1993): 2.
- Foster, J.C. "A Woman's Health Agenda." Holistic Nursing Practice. 8(July 1994): 74-88.
- Gauthier, C.,C. & Krassen-Maxwell, E. "Time Demands and Medical Ethics in Women's Health Care." Health Care for Women International. 12(1991): 153-165.
- Gochman, D.S. Health Behavior: emerging research ppererspective. New York: Plenum Press, 1985.
- Hawkins, J.W. & Higgins, L.P. "Access to Quality Health Care: Who Benefits?" In Community health nursing: issues and topics, pp. 127-143. Edited by S.J.Wold. Norwalk: Appleton & Lange, 1990.
- Igun, U.A. "Stage in health-seeking: A descriptive model." Social science & Medicine 19 (1979): 445-456.
- Juarbe, T.C. "Access to Health Care for Hispanic Women: A Primary Health Care Perspective." Nursing Outlook. 43(January-February 1995): 23-27.
- Lauver, Diane. "A Theory of Care-seeking Behavior." Image: Journal of Nursing Scholarship. 24(November 1992): 281-286.
- Lauver, Diane & Angerame, Mary. "Women's Expectations About Seeking Care for Breast Cancer Symptoms." Oncology Nursing Forum. 20(1993): 519-524.
- Lauver, Diane. "Psychosocial Variables, Race, and Intention to seek care for Breast Cancer Symptoms." Nursing Research. 41(July-August 1992): 236-241.
- Leclere, F.B.,Jensen, L. & Biddlecom, A.E. "Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation Among Immigrants to the United States." Journal of Health and Social Behavior. 35(December 1994): 370-384.
- Marmor, J.A. "Health and Health Seeking Behavior of Turkish Women in Berlin." In Women and Health: cross-cultural perspective, pp.84-96. Edited by P. Whelehan, et al. New Your: Bergin & Garvey, 1988.
- Millman, Michael. Access to health care in America. Washington D.C.: National Academy, 1993.
- Penchansky, Roy. "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction." Medical Care. 19(February 1981): 127-140.

- Pick up, J.C. & Williams, G. Text book of Diabetes Vol 1 & 2. London: Blackwell scientific publications, 1991.
- Porapakham, Y. Thailand Care Studies on Sex Differences in the Utilization of Health Resonser. Research Report No.59. Institute for population and Social Resarch, Mahidol University, 1982.
- Rifkin, H. & Porte, D. Diabetes Mellitus: Theory and Practice. 4th edition. New York: Elsevier, 1990.
- Siriorn Sindhu. Role Clarity and Health Perceptions: Thai Women with Valvutar Heart Disease. Doctoral Dissertation. University of California, San Francisco, 1992.
- Siperstein, M.D., et al. "Control of blood glucose and diabetic Vascelar disease." New England Journal of Medicine. 296(May 1977): 1060-1062.
- Suchman, E. "Stages of illness and medical care." Journal of Health and Human Behavior. 6 (1965): 114-128.
- The National Commission on Women's Affairs. Report: First national assembly on women in development in the year of Thai woman 1992. Bangkok: Unicef, 1992.
- Thomas, V.G. "Using Feminist and Social Structural Analysis to Focus on the Health of Poor Women". Women & Health. 22(1994): 1-14.
- Tomey, A.M. Nursing Theories and Their Work. St.Louis: Mosby Year Book, Inc, 1994.
- Wetterhall, S.F., et al. "Trends in diabetes and diabetic Complication, 1986-1987." Diabetes Care. 15(August 1992): 960-967.
- Whittaker, A. "Quality of Care for Women in Northeast Thailand: Intersections of Class, Gender, and Ethnicity." Health Care for Women International. 17(September-October 1996): 435-447.
- Wiedman, D.W. "Adiposity of Longevity: Which factor accounts for the increase in type II diabetes mellitus when population acculturate to an industrial technology?" Medical Anthropology. 11(1989): 237-253.
- Wikblad, K. "Patient perspective of diabetes care and education." Journal of Advanced Nursing. 16(1991): 837-844.
- Wood, S.H. & Ramsom, V.J. "The 1990 s: A Decade for Change in Women's Health Care Policy." JOGNN. 23(February 1994): 139-142.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา อุปโยคิน
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพัทธ์ บุญมงคล
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ อุษافر ชวลิตนิธิกุล
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล





เอกสารขอความร่วมมือและพิกัดสิทธิในการวิจัย

ดิฉัน นางสาวศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ นักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยในเรื่อง “การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก” เพื่อนำ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ ผู้หญิง เข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น จึงขอความร่วมมือจากคุณ โดยการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่คุณตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผล กระทบใดๆ ทั้งต่อตัวคุณและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม และในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันจะขออนุญาตจดบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่คุณให้มา ทั้งหมด เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล

ในขณะสัมภาษณ์ ถ้ามีคำถามใดที่ไม่สะดวกใจในการตอบ คุณสามารถที่จะละเว้นไม่ ตอบคำถาม หรืออาจขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ทันที

ในกรณีที่ให้คุณให้ข้อมูลแล้ว แต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้อมูล คุณสามารถติดต่อ ได้ที่ นางสาวศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ หมายเลขโทรศัพท์ 034-636078 เวลา 08.00-16.00 น.ทุกวัน

ขอขอบคุณในความร่วมมือ



แบบสัมภาษณ์เลขที่ [] [] []

โรงพยาบาล.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

โรค.....

วันเข้ารับการรักษาครั้งแรก.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก
คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์ผู้หญิงโรคเบาหวาน ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยโรคเบาหวาน

2. ผู้สัมภาษณ์ทบทวนข้อความต่างๆ ในแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจก่อนนำไปสัมภาษณ์

3. อธิบาย คำชี้แจง และขอความร่วมมือในการวิจัยตามเอกสารชี้แจงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจอย่างชัดเจน

4. การบันทึก ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย √ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

5. กรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับการรักษาอย่างอื่นก่อนที่จะมาโรงพยาบาลนี้ ให้สัมภาษณ์เพิ่มเติมโดยใช้แนวคำถามจากใบแทรก พร้อมทั้งจัดเรียงลำดับก่อนหลังของการเข้ารับบริการ สุขภาพที่มุมกระดาษบนขวาตามแบบฟอร์ม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

- (1) คุณใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่ไหน(จังหวัด).....นานเท่าใด.....
- (2) ปัจจุบันคุณอยู่ที่ไหน(จังหวัด).....นานเท่าใด.....
- (3) ขณะนี้คุณมีอายุเท่าใด.....ปี

(15) เมื่อคุณเจ็บป่วยมีใครทำหน้าที่ดังกล่าวแทน

- ไม่มี
- มี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

- (1) หมอบอกว่าคุณป่วยเป็นโรคอะไร.....
- คุณทราบผลของการเจ็บป่วยครั้งแรกเมื่อใด.....
- (2) ก่อนคุณจะมารับการตรวจ คุณมีอาการอย่างไรบ้าง
- (9) แล้วคุณทำอย่างไรที่ได้รับคำแนะนำหรือไม่
- ทำ
- ไม่ทำ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยโรคเบาหวาน

การเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล (ปัจจุบัน)

- (1) คุณมารับการรักษาด้วยโรคนี้ที่โรงพยาบาลแห่งนี้กี่ครั้ง.....ครั้ง
- นานเท่าไร(เดือน/ปี)

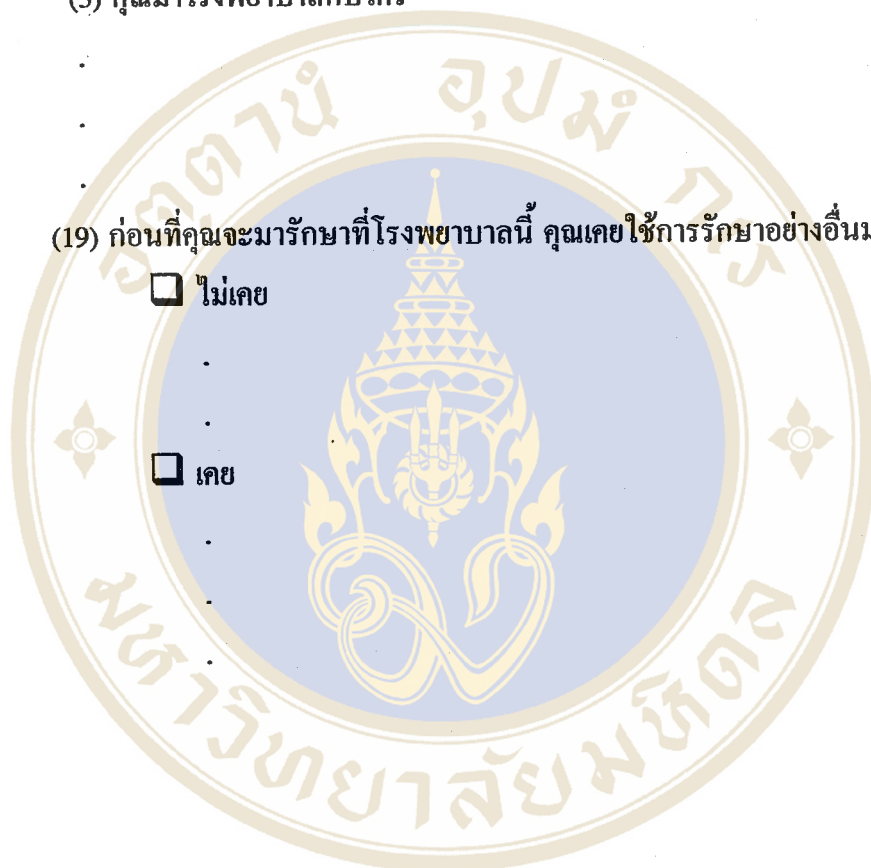
(2) เพราะเหตุใดจึงมารับการรักษาที่นี่ (เรียงลำดับไม่เกิน 3 ลำดับ)

(3) คุณมาโรงพยาบาลกับใคร

(19) ก่อนที่คุณจะมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ คุณเคยใช้การรักษาอย่างอื่นมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย

เคย



การเข้ารับบริการสุขภาพ ลำดับที่..... วิธีการรักษา.....
--

ใบแทรก

หลังจากได้คำตอบข้อ 16 หรือ 19 แล้ว นำวิธีการรักษาแต่ละวิธีมาถามเรียงตามลำดับ
การเข้ารับบริการสุขภาพดังรายละเอียดตามใบแทรก

1. ไปรักษาอยู่ที่ครั้ง.....นานแค่ไหน.....วัน/เดือน/ปี

2. เพราะเหตุใดจึงไปรักษาที่นั่น (เรียงลำดับไม่เกิน 3 ลำดับ)

ชื่อเสียงของแหล่งรักษา

รู้จักกับเจ้าหน้าที่ในแหล่งรักษาแห่งนั้น

3. มีอาการอย่างไรจึงไปรักษาที่นั่น

21. เพราะเหตุใดจึงไม่รักษาที่นั่นต่อ.....



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทภาระหน้าที่ในครอบครัว

บทบาทภาระหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วย	200	100.0
ดูแลรักษาตนเอง	200	
ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์/พยาบาล	29	
ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	21	
มารดา	108	54.0
เลี้ยงดูบุตร	107	
เลี้ยงดูบุตรที่ป่วย	1	
ทำงานบ้าน	62	
ภรรยา	99	49.5
ดูแลสามี	81	
ดูแลสามีที่ป่วย	8	
ทำงานบ้าน	53	
ผู้หารายได้	79	39.5
เลี้ยงตัวเอง	79	
เลี้ยงครอบครัว	75	
ยาย/ย่า	52	26.0
ดูแลหลาน	51	
ดูแลหลานที่ป่วย	1	
ทำงานบ้าน	37	
บุตร	12	6.0
ดูแลบิดามารดา	12	
รับผิดชอบค่าใช้จ่าย	10	
ทำงานบ้าน	10	
หมายเหตุ	1 คน มีได้มากกว่า 1 บทบาท	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนภาระหน้าที่ในครอบครัว

จำนวนบทบาท	จำนวน	ร้อยละ
1 บทบาท	38	19.0
ผู้ป่วย	38	
2 บทบาท	42	21.0
ผู้ป่วยและมารดา	15	
ผู้ป่วยและภรรยา	12	
ผู้ป่วยและยาย/ย่า	11	
ผู้ป่วยและผู้หารายได้	4	
3 บทบาท	61	30.5
ผู้ป่วย มารดา และภรรยา	17	
ผู้ป่วย มารดา และยาย/ย่า	15	
ผู้ป่วย ภรรยา และผู้หารายได้	9	
ผู้ป่วย มารดา และผู้หารายได้	8	
ผู้ป่วย ภรรยา และยาย/ย่า	6	
ผู้ป่วย บุตร และผู้หารายได้	3	
ผู้ป่วย ยาย/ย่า และผู้หารายได้	3	
4 บทบาท	50	25.0
ผู้ป่วย มารดา ภรรยา และผู้หารายได้	35	
ผู้ป่วย ภรรยา และยาย/ย่า	5	
ผู้ป่วย ภรรยา ยาย/ย่า และผู้หารายได้	3	
ผู้ป่วย มารดา ยาย/ย่า และผู้หารายได้	2	
ผู้ป่วย ภรรยา มารดา และบุตร	2	
ผู้ป่วย มารดา บุตร และผู้หารายได้	1	
ผู้ป่วย ภรรยา บุตร และผู้หารายได้	1	
ผู้ป่วย บุตร ยาย/ย่า และผู้หารายได้	1	
5 บทบาท	9	4.5
ผู้ป่วย มารดา ภรรยา ยาย/ย่า และผู้หารายได้	5	
ผู้ป่วย มารดา ภรรยา บุตร และผู้หารายได้	3	
ผู้ป่วย ภรรยา บุตร ยาย/ย่า และผู้หารายได้	1	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการสุขภาพ จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
ชื่อเสียงของแหล่ง บริการ	1 (16.7)	1 (12.5)	15 (21.4)	-	2 (6.9)	1 (7.1)	2 (15.4)	4 (25.0)
รู้จักเจ้าหน้าที่	3 (50.0)	-	3 (4.3)	6 (46.1)	2 (6.9)	-	-	-
มีบุคคลแนะนำ/พามา	2 (33.3)	1 (12.5)	27 (38.6)	-	7 (24.1)	5 (35.7)	5 (83.3)	8 (50.0)
มีอาการรุนแรงมาก	-	-	-	-	2 (6.9)	2 (14.3)	2 (15.4)	-
ได้รับการส่งต่อ	-	-	-	-	-	1 (7.1)	1 (7.7)	-
ใกล้บ้าน	-	3 (37.5)	19 (27.1)	6 (46.1)	13 (44.8)	4 (28.5)	3 (23.1)	2 (12.5)
เดินทางสะดวก	-	-	2 (2.9)	-	-	-	-	-
บริการสะดวกรวดเร็ว	-	-	4 (5.7)	-	-	-	-	2 (12.5)
รักษาอยู่ประจำ	-	1 (12.5)	-	-	2 (6.9)	-	-	-
เบิกค่ารักษาได้/ ค่ารักษาไม่แพง	-	2 (25.0)	-	1 (7.7)	1 (3.4)	1 (7.1)	-	-

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการจำแนกตามจำนวนครั้งที่มารับ
บริการและระยะเวลาของการเข้ารับบริการ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
จำนวนครั้งที่เข้ารับ บริการ								
1 ครั้ง	2 (33.3)	5 (62.5)	22 (31.4)	8 (61.5)	12 (41.4)	3 (21.4)	2 (15.4)	4 (25.0)
2-5 ครั้ง	3 (50.0)	1 (12.5)	18 (25.7)	1 (7.7)	3 (10.3)	5 (35.7)	3 (23.1)	7 (43.7)
6-9 ครั้ง	1 (16.7)	-	4 (5.7)	1 (7.7)	1 (3.4)	-	-	1 (6.3)
9 ครั้งขึ้นไป	-	2 (25.0)	26 (37.1)	3 (23.1)	13 (44.8)	6 (42.9)	8 (61.5)	4 (25.0)
ระยะเวลาของการ เข้ารับบริการ								
<1 เดือน	2 (33.3)	5 (62.5)	24 (34.3)	10 (76.9)	12 (41.4)	3 (21.4)	-	4 (25.0)
1 เดือน - 1 ปี	4 (66.7)	2 (25.0)	31 (44.3)	3 (23.1)	9 (31.0)	4 (28.6)	7 (53.8)	10 (62.5)
2 - 3 ปี	-	1 (12.5)	9 (12.9)	-	5 (17.2)	1 (7.1)	2 (15.4)	1 (6.3)
4 - 5 ปี	-	-	3 (4.3)	-	1 (3.4)	2 (14.3)	3 (23.1)	1 (6.3)
5 ปีขึ้นไป	-	-	3 (4.3)	-	3 (10.3)	4 (28.6)	1 (7.7)	1 (6.3)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการ จำแนกการมีบุคคลพากลุ่มตัวอย่าง
มารับการรักษา

ข้อมูล	แหล่งบริการ	แผน	ร้าน	คลินิก	สถานี	รพ.	รพ.	รพ.ศูนย์	รพ.
		โบราณ	ขายยา		อนามัย	ชุมชน	ทั่วไป	/ทบวง	เอกชน
		n=6	n=8	n=70	n=13	n=29	n=14	n=13	n=16
การมีบุคคลพากลุ่ม		2	1	34	6	17	4	6	10
ตัวอย่างมารับบริการ		(33.3)	(12.5)	(48.6)	(46.2)	(58.6)	(28.6)	(46.2)	(62.5)
บุตร		-	1	14	3	9	1	4	3
			(12.5)	(20.0)	(23.1)	(31.0)	(7.1)	(30.8)	(18.8)
สามี		-	-	9	2	4	1	1	3
				(12.9)	(15.4)	(13.8)	(7.1)	(7.7)	(18.8)
ญาติ		-	-	7	1	3	1	1	3
				(10.0)	(7.7)	(10.3)	(7.1)	(7.7)	(18.8)
เพื่อนบ้าน		2	-	4	-	1	1	-	1
		(33.3)		(5.7)		(3.4)	(7.1)		(6.3)
ไม่มี		4	7	36	7	12	10	7	6
		(66.7)	(87.5)	(51.4)	(53.8)	(41.4)	(71.4)	(53.8)	(37.5)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการ จำแนกตามการรายงานเพื่อเข้ารับ
บริการของกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่าง มา

แหล่งบริการ	แผน โบราณ	ร้าน ขายยา	คลินิก	สถานี อนามัย	รพ. ชุมชน	รพ. ทั่วไป	รพ.ศูนย์ /ทบวง	.เอก ชน
ข้อมูล	n=6	n=8	n=70	n=13	n=29	n=14	n=13	n=16
การรายงานของกลุ่ม ตัวอย่าง								
ไม่ลา	6 (100.0)	8 (100.0)	57 (81.4)	10 (76.9)	24 (82.8)	11 (78.6)	7 (53.8)	10 (62.5)
รายงานไม่ถูกหักเงิน	-	-	1 (1.4)	-	3 (10.3)	1 (7.1)	1 (7.7)	-
รายงานถูกหักเงิน	-	-	4 (5.7)	1 (7.7)	1 (3.4)	2 (14.3)	1 (7.7)	4 (25.0)
หยุดขายของ	-	-	8 (11.4)	2 (15.4)	1 (3.4)	-	4 (30.8)	2 (12.5)
การรายงานของบุคคล ที่พากลุ่มตัวอย่างมา								
ไม่ลา	2 (100.0)	1 (100.0)	29 (85.3)	5 (83.3)	15 (88.2)	4 (100.0)	5 (83.3)	9 (90.0)
รายงานไม่ถูกหักเงิน	-	-	3 (8.8)	1 (16.7)	2 (11.8)	-	1 (16.7)	-
รายงานถูกหักเงิน	-	-	2 (5.9)	-	-	-	-	-
หยุดขายของ	-	-	-	-	-	-	-	1 (10.0)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเดินทาง และระยะเวลาในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
วิธีการเดินทาง								
เดินมา	3 (50.0)	5 (62.5)	9 (12.9)	7 (53.8)	2 (6.9)	-	1 (7.7)	1 (6.3)
รถส่วนตัว	2 (33.3)	1 (12.5)	34 (48.6)	6 (46.2)	13 (44.8)	5 (35.7)	5 (38.5)	11 (68.8)
รถประจำทาง 1 ต่อ	1 (16.7)	2 (25.0)	26 (37.1)	-	10 (34.5)	5 (35.7)	5 (38.5)	4 (25.0)
รถประจำทาง 2 ต่อ	-	-	-	-	2 (6.9)	4 (28.6)	2 (15.4)	-
รถประจำทาง 3 ต่อ	-	-	1 (1.4)	-	2 (6.9)	-	-	-
ระยะเวลาการเดินทาง								
ไป-กลับ								
≤ 30 นาที	5 (83.3)	7 (87.5)	34 (48.6)	11 (84.6)	10 (34.5)	4 (28.6)	3 (23.1)	5 (31.3)
31-60 นาที	-	1 (12.5)	28 (100.0)	-	16 (55.1)	4 (28.6)	4 (30.8)	3 (18.8)
61-90 นาที	-	-	3 (4.3)	-	-	2 (14.3)	-	3 (18.8)
91-120 นาที	-	-	2 (2.9)	1 (7.7)	-	3 (21.4)	1 (7.7)	-
120 นาทีขึ้นไป	1 (16.7)	-	3 (4.3)	1 (7.7)	3 (10.3)	1 (7.1)	5 (38.5)	5 (31.3)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง
เข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ	ร้าน ขายยา	คลินิก	สถานี อนามัย	รพ. ชุมชน	รพ. ทั่วไป	รพ.ศูนย์ /ทบวง	รพ. เอกชน
ข้อมูล	n=6	n=8	n=70	n=13	n=29	n=14	n=13	n=16
การรับรู้ต่อความ สะดวกในการเดินทาง								
ไม่สะดวก	1 (16.7)	-	8 (11.4)	-	5 (17.2)	4 (28.6)	5 (38.5)	6 (87.5)
สะดวกน้อย	-	1 (12.5)	14 (20.0)	4 (30.8)	6 (20.7)	3 (21.4)	2 (15.4)	2 (12.5)
สะดวกปานกลาง	3 (50.0)	6 (75.0)	28 (40.0)	7 (53.8)	13 (44.8)	6 (42.6)	4 (30.8)	4 (25.0)
สะดวกมาก	2 (33.3)	1 (12.5)	20 (28.6)	2 (15.4)	5 (17.2)	1 (7.1)	2 (15.4)	4 (25.0)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการสุขภาพ จำแนกตามบริการที่ได้

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
บริการที่ได้รับ *								
รับฟังอาการ	6 (100.0)	8 (100.0)	70 (100.0)	13 (100.0)	29 (100.0)	14 (100.0)	13 (100.0)	16 (100.0)
รับการตรวจจาก แพทย์/เจ้าหน้าที่	1 (16.7)	-	70 (100.0)	13 (100.0)	29 (100.0)	14 (100.0)	13 (100.0)	16 (100.0)
รักษาด้วยยา	6 (100.0)	7 (87.5)	65 (92.8)	9 (69.3)	28 (96.5)	14 (100.0)	13 (100.0)	16 (100.0)
ตรวจด้วยเทคโนโลยีการแพทย์	-	-	64 (91.4)	5 (38.5)	27 (93.1)	14 (100.0)	12 (92.3)	14 (87.5)
เจาะเลือด	-	-	33	-	18	12	3	5
เจาะเลือดและ ตรวจปัสสาวะ	-	-	17	-	6	2	9	9
ตรวจภายใน	-	-	1	1	2	-	-	-
ปัสสาวะ	-	-	7	4	-	-	-	-

* ตอบได้มากกว่า 1

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ตรวจรักษาและการรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ตรวจรักษาในแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา								
< 30 นาที	4 (66.7)	8 (100.0)	15 (21.4)	8 (61.5)	-	-	-	1 (6.3)
31 นาที - 1 ชม.	1 (16.7)	-	45 (64.3)	5 (38.5)	3 (10.3)	-	-	7 (43.8)
1 - 2 ชม.	1 (16.7)	-	8 (11.4)	-	21 (72.4)	-	2 (15.4)	8 (50.0)
3 - 4 ชม.	-	-	-	-	3 (10.3)	11 (78.6)	9 (69.3)	-
5 - 6 ชม.	-	-	-	-	-	3 (21.4)	2 (15.4)	-
การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา								
ไม่นาน	5 (83.3)	8 (100.0)	68 (97.1)	13 (100.0)	22 (75.8)	-	3 (23.1)	15 (93.8)
นานน้อย	-	-	1 (1.4)	-	4 (13.8)	2 (14.3)	-	1 (6.3)
นานปานกลาง	1 (16.7)	-	1 (1.4)	-	3 (10.3)	9 (64.3)	6 (46.1)	-
นานมาก	-	-	-	-	1 (3.4)	3 (21.4)	3 (23.1)	-

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ
สุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ ณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท/ครั้ง)								
ไม่เสียเงิน	4 (66.7)	5 (62.5)	11 (15.7)	6 (42.6)	1 (3.4)	-	1 (7.7)	1 (6.3)
< 10	2 (33.31)	2 (25.0)	29 (85.3)	5 (38.5)	8 (27.6)	4 (28.6)	5 (38.5)	2 (12.5)
10 - 50	-	1 (12.5)	24 (34.3)	2 (15.4)	16 (55.1)	7 (50.0)	2 (15.4)	5 (31.3)
51 - 100	-	-	1 (1.4)	-	3 (10.3)	3 (21.4)	2 (15.4)	3 (18.8)
101 - 150	-	-	1 (1.4)	-	-	-	-	2 (12.5)
151 - 200	-	-	2 (2.9)	-	1 (3.4)	-	-	2 (12.5)
200 ขึ้นไป	-	-	2 (2.9)	-	-	-	3 (23.1)	1 (6.3)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาและแหล่งช่วยเหลือคำปรึกษาในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆ

แหล่งบริการ	แผนโบราณ	ร้านขายยา	คลินิก	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์/ทบวง	รพ.เอกชน
ข้อมูล	n=6	n=8	n=70	n=13	n=29	n=14	n=13	n=16
ค่าใช้จ่ายในการตรวจ								
(บาท/ครั้ง)								
มากกว่า 100	3 (50.0)	4 (50.0)	11 (15.7)	6 (42.6)	-	-	-	1 (6.3)
100 - 500	2 (33.3)	3 (37.5)	53 (75.7)	1 (7.7)	15 (51.7)	4 (28.6)	6 (42.6)	8 (50.0)
501 - 1,000	-	-	4 (5.7)	-	3 (10.3)	2 (14.3)	1 (7.7)	1 (6.3)
1,500 ขึ้นไป	-	-	2 (2.9)	-	2 (6.9)	1 (7.1)	1 (7.7)	6 (37.5)
ไม่ทราบ	-	-	-	5 (38.5)	9 (31.1)	7 (50.0)	5 (38.5)	-
ไม่เสีย	1 (16.7)	1 (12.5)	-	1 (7.7)	-	-	-	-
แหล่งช่วยเหลือคำปรึกษา								
มีสิทธิเบิกได้	-	-	-	-	9 (31.1)	2 (14.3)	4 (30.8)	-
ใช้บัตรสุขภาพ	-	-	-	5 (38.5)	7 (24.1)	5 (35.7)	5 (38.5)	-
ใช้บัตรสูงอายุ/บัตร พสส.	-	-	-	-	4 (13.8)	2 (14.3)	1 (7.7)	-
ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ	5 (83.3)	7 (87.5)	70 (100.0)	7 (53.8)	8 (27.6)	5 (35.7)	3 (23.1)	16 (100.0)
ไม่เสีย	1 (16.7)	1 (12.5)	-	1 (7.7)	1 (3.4)	-	-	-

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาในแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
การรับรู้ การตรวจรักษา								
ไม่แพง	6 (100.0)	7 (87.5)	2 (2.9)	10 (77.0)	21 (72.4)	10 (71.4)	10 (77.0)	2 (12.5)
แพงน้อย	-	1 (12.5)	6 (8.6)	3 (23.0)	6 (20.1)	3 (21.4)	1 (7.7)	2 (12.5)
แพงปานกลาง	-	-	45 (64.3)	-	2 (6.9)	1 (7.1)	2 (15.4)	6 (37.5)
แพงมาก	-	-	7 (10.0)	-	-	-	-	3 (18.8)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการสุขภาพจำแนกตามการรักษาอื่น
ร่วมกับบริการที่ใช้อยู่

แหล่งบริการ	แผน โบราณ n=6	ร้าน ขายยา n=8	คลินิก n=70	สถานี อนามัย n=13	รพ. ชุมชน n=29	รพ. ทั่วไป n=14	รพ.ศูนย์ /ทบวง n=13	รพ. เอกชน n=16
ข้อมูล								
ไม่ใช่	6 (100.0)	8 (100.0)	60 (85.7)	11 (84.6)	24 (82.8)	10 (71.4)	9 (69.2)	15 (93.7)
กลัวไม่กล้าใช้	-	-	7	1	4	-	-	1
เชื่อว่ารักษาไม่หาย/ ไม่ได้ผล	-	-	3	1	3	2	-	-
มีบุคคลห้าม	4 (66.7)	-	6	-	2	2	1	2
ไม่ทราบว่าจะใช้ อะไร	2 (33.3)	8 (100.0)	32	9	10	5	4	11
รักษายาหลวงก็ อาการดีขึ้นแล้ว	-	-	10	1	5	1	5	1
ไม่มีเวลา	-	-	2	-	-	-	-	-
ใช้	-	-	10 (14.3)	2 (14.3)	5 (17.2)	4 (28.6)	4 (30.8)	1 (6.3)
ยาสมุนไพร	-	-	10	2	5	4	4	1
รักษาโรงพยาบาล	-	-	-	-	1	-	-	-
ทบวง								