

การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

ในกรุงเทพมหานคร

A STUDY ON HEALTH SERVICE SEEKING PROCESS OF WOMEN WITH
VALVULAR HEART DISEASE IN BANGKOK



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974 - 588 - 821 - 4

สงวนลิขสิทธิ์

๗๗

๑ ๒๕๕๓

๒๕๕๐

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคติดเชื้อเอดส์ในกรุงเทพมหานคร

.....
.....

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

ผู้วิจัย

.....
.....

จริยวัตร คมพัยศรี

วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์)

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศิริธร สิ้นธุ

ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), D.N.Sc.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

อติรัตน์ วัฒนไพลิน

ค.บ., กศ.ม.(การแนะแนว)

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ทัศนา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed . D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

.....
.....

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น .บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

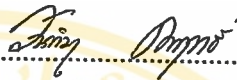
เรื่อง

การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคติดเชื้อเอดส์ในกรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 28 พฤษภาคม 2540



จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

ผู้วิจัย

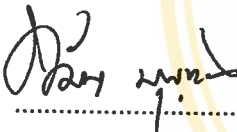


จริยาวัตร คมพัยค์รณ์

วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์)

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)

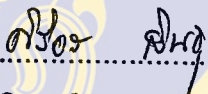
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนาศ บุญทอง

ค.บ., MS., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศิริอร สิ้นสุ

ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), D.N.Sc.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

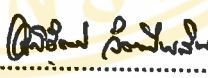


อุษารัตน์ ชาลิตนิกุล

วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข)

M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

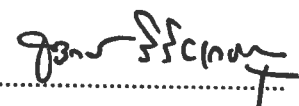


อติรัตน์ วัฒนไพโลน

ค.บ., กศ.ม.(การแนะแนว)

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

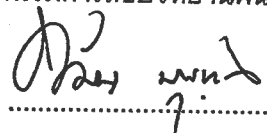


อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น .บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทัศนาศ บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจันทร์มา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

วัน เดือน ปีเกิด 12 ตุลาคม 2512

สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2530 - 2534 :
พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538 - 2540 :
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.ต้งตรงจิตร์1 โรงพยาบาลศิริราช

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ4

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สีนรุ และอาจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ทุ่มเทแรงกาย แรงใจ เสียสละทั้งเวลา พลังความรู้ ความคิดในการชี้แนะ และผลักดันให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง และ รองศาสตราจารย์ อุษาพร ขวลิตนธิกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา อุปโยคิน รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และรองศาสตราจารย์ อุษาพร ขวลิตนธิกุล ที่กรุณาอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ และในโอกาสที่ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้สัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งในงานวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. ตั้งตรงจิตร1 ทุกท่านที่สละแรงกาย ความเหนื่อยยากในการแบกรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นแทนผู้วิจัยตลอดการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ “ครอบครัวฤกษ์เลื่อนฤทธิ์” โดยเฉพาะคุณพ่อคุณแม่ ที่ให้ชีวิต การศึกษา ความอบอุ่นและกำลังใจตลอดเวลา ขอบคุณพี่สาวและน้องสาวในการเสียสละรับผิดชอบงานในบ้านแทนผู้วิจัย รวมทั้งมีส่วนร่วมในความสำเร็จของวิทยานิพนธ์นี้ด้วย กราบระลึกถึงคุณครู อาจารย์ที่อบรมสั่งสอนให้ใฝ่ดีและมีวิชาติดตัว ขอบคุณอีกครั้งสำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรุณาพิจารณาอนุมัติทุนเกื้อหนุนบางส่วนของ China Medical Board of New York, Inc ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในงานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และขอบคุณอาจารย์ทุกท่าน พี่น้องทุกคนที่เป็นกำลังใจ สุดท้ายที่ไม่มีวันลืมจะจารึกไว้ในจิตใจตลอดไปคือความสุข ความทุกข์ ความรัก และความปรารถนาดี รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกันที่เกิดขึ้นในกลุ่ม Health Seeking ทั้ง 6 คนตลอดการทำวิทยานิพนธ์ “ขอบคุณจากใจ ”

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจ
 พิกัดในกรุงเทพมหานคร
 ชื่อผู้วิจัย จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
 ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ วท.บ., วท.ม., ส.ด.
 ศิริอร สันฐ ก.บ., วท.ม., D.N.Sc.
 อติรัตน์ วัฒนไพลิน ก.บ., กศ.ม., กศ.ด.

วันที่สำเร็จการศึกษา 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2540

บทคัดย่อ

โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้หญิงโดยเฉพาะผู้หญิงวัยทำงานและปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการคือมารับการรักษาที่ถูกต้องในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแทรกซ้อนของโรคแล้ว ซึ่งการดูแลเลี้ยงดูและรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้หญิงในสังคมไทย รวมทั้งอาการปรากฏที่ไม่เด่นชัดในระยะแรกของโรคนี้เป็นผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการสุขภาพ ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ง่าย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและนำเสนอในเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 25.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ (ร้อยละ 65.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 62.0) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 51.5) รายได้ส่วนตัว 3,001-6,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 36.1) มีบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ 3 บทบาท (ร้อยละ 37.0) มีระยะเวลาการป่วยไม่เกิน 1 ปี (ร้อยละ 24.0)

2. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ มี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ ให้ความหมายและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในขั้นต้น จะเริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการผิดปกติเกิดขึ้น โดยมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น 9 อาการ อาการที่พบบ่อย 3 อาการแรกคือ ปวดข้อ (ร้อยละ 32.0) เจ็บคอ (ร้อยละ 18.8) และเหนื่อย (ร้อยละ 14.6)

ซึ่งผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็น “ไข้หวัด” (ร้อยละ 41.0) “โรคกระดูก” (ร้อยละ 23.5) “โรคปอด” (ร้อยละ 11.5) และมีเพียงร้อยละ 10.0 ให้ความหมายว่าเป็น “โรคหัวใจ” การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการรักษาตนเองทั้งหมด โดยมีระยะเวลารักษาดูแลตนเองอยู่ในช่วง 3-6 เดือน (ร้อยละ 56.0) มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งเข้ารับบริการสุขภาพ ผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการมีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว และคนข้างบ้าน แล้วจึงเลือกแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ การรักษาแผนโบราณ อาสาสมัครหมู่บ้าน ร้านขายยา สถานีอนามัย หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีเหตุผลสำคัญของการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ คือ ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 25.2) ขณะที่เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ มีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 22.2) เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล และการเปลี่ยนแหล่งรักษา ผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการที่ไปเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ก่อนที่จะมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการรับรู้ต่ออาการภายหลังเข้ารับบริการว่าแย่ลงมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) และให้เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพทุกแหล่งยกเว้นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ว่ามีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายแพง (ร้อยละ 21.0) และมีเพียงร้อยละ 0.3 ที่ดูว่าการรักษาของในหลวงแล้วจึงเปลี่ยนมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าการรับรู้และการให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลรอบข้างมีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคคลื่นหัวใจพิการที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ เป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่เพราะกลุ่มตัวอย่างและบุคคลรอบข้างยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคคลื่นหัวใจพิการ จึงทำให้โรคนี้อยู่คงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ บุคลากรทางสุขภาพควรเป็นสื่อกลางในการเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอย่างถูกต้อง และควรตระหนักถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลให้กลุ่มตัวอย่างเลือกมารับบริการ และทำการปรับปรุงบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคคลื่นหัวใจพิการด้วยวิธีที่เหมาะสมกับผู้หญิงและครอบครัว สามารถให้ผู้หญิงทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใด มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น ให้ความหมายอย่างถูกต้อง และสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

Thesis title **A Study on Health Service Seeking Process of Women With Valvular Heart Disease in Bangkok**

Name **Juntima Rerkluenrit**

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

Valvular heart disease is a chronic disease increasingly found in women especially in working state. One of the important problems in caring of the women with valvular heart disease is that most of them have developed complication before seeking health service from hospitals. Given the nature of women's socialization and their role in Thai society, and the fact that in the early phase of valvular heart disease the symptoms may not clearly show, most women delay treatment and as a result have complications.

The purpose of this study was to analyse the process of health service seeking of women with Valvular Heart Disease in Bangkok. The samples consisted of 200 women who attended heart disease clinic at the Out-Patient Department, as well as female valvular heart disease patients admitted to heart disease wards in Government hospitals in Bangkok. The data were collected using Semi-structured questionnaire guideline developed by the investigator. Data were analysed by grouping and presented in qualitative styles.

The results of the study revealed the following :

1. The majority of subjects (25.0%) were between 35-44 years old, married (65.5%), primary education level (62.0%), without any job (51.5%) and 36.1% of the subjects earned income between 3,001-6,000 baht per month. Most of the subjects (37.0%) performed three roles. Twenty-four percent had the disease for less than one year (24.0%).

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

Step 1 Illness Recognition, Sympton Definition and Management

Health sevice seeking process started as soon as they realized that something had gone wrong. There were 9 symptoms recognized by the subjects. The first three most common symptoms were joint pain (32.0%), sore throat (18.8%) and tired (14.6%). The women with valvular heart disease defined these symptoms as "Common Cold" (41.0%), "Bone Disease" (23.5%) and "Lung Disease" (12.0%). Only 10.0% suspected that they were the symptoms of heart disease. For the management to symptoms, all of the subjects (100.0%) applied self treatment. Fifty-six percent of the subjects did self-treatment for 3-6 months.

Step 2. Selection of Health Service Agency

For the selection of health service agency, the women sought advice from family members and the people around them. There was a variety of health service agencies that the women went for services i.e. traditional medical center, voluntary health center, private drug stores, health center, mobile health service, community hospital, regional hospital, government general hospital in Bangkok, clinics and private general hospital. The reason that underlied the selection of the health service agencies was "getting worse" (25.2%). The reason for coming to the present hopital was "getting worse" (22.2%), too.

Step 3 Evaluation and Changing of the Health Service Agency

The women receiving treatment from other health service agencies before coming to the present hospital recognized from the result of the symptoms after treatment that they were getting worse (60.0%). The underlying reasons for their decisions in changing from previous agency to the current hospital were "getting worse" (45.3%), high cost of service (21.0%) and only 0.3% from "watching television about King's treatment".

From the result of the study, the investigator suggested that nurses need to provide knowledge and information regarding rheumatic fever and valvular heart disease to women and families. This is to assure that appropriate steps are taken in order to get appropriate health service at an early phase of the disease.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
แนวคิดกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	10
กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	46
ผลการวิจัย	46
อภิปรายผล	113
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	128
สรุปผลการวิจัย	129
ข้อเสนอแนะ	132
บรรณานุกรม	135
ภาคผนวก	
ก.รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	148
ข.เอกสารขอความร่วมมือและพินัยสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย	150
ค.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	152
ง.ตารางแสดงข้อมูล	156

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	49
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพและช่วงเวลาในการทำงาน	50
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนตัวต่อเดือน แห่ส่งรายได้ และความพึงพอใจของรายได้	51
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบทบาทในครอบครัว	53
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทในครอบครัว	54
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ทำหน้าที่แทน	55
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของครอบครัว	57
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้	61
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายรับรู้	62
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้และการให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	65
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะเวลาในการรักษาตนเอง	67
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ให้คำปรึกษาภายหลังการรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ	70
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการทำตามคำแนะนำที่ได้รับ	71
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการ	73
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้สึกรั้งแรกที่ทราบว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการ	74
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งบริการสุขภาพและลักษณะการวินิจฉัยโรค	76
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพ	157
19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีเพื่อนในการเข้ารับบริการที่แหล่งรักษาแผนโบราณ	158
20	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของอาการก่อนเข้ารับบริการทางสุขภาพในแต่ละแหล่ง	86
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการภายหลังการรักษา	87
22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ	153
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปรึกษากับบุคคลรอบข้างในการแสวงหาบริการในแหล่งต่าง ๆ	160
24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	98
25	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีคนมาเป็นเพื่อนในการเข้ารับบริการ	99
26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการลางาน	100
27	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการเดินทาง	101
28	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ	101
29	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาในการเดินทางตั้งแต่ออกจากบ้านจนกลับเข้าบ้านอีกครั้งหนึ่ง	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
30	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการต่อครั้งต่อคน	102
31	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบัน	103
32	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาในการตรวจแต่ละคราว	104
33	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา	106
34	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบริการที่ได้รับ	106
35	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาต่อครั้ง	107
36	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการจ่ายค่าตรวจรักษา	107
37	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป	108
38	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการก่อนและหลังเข้ารับบริการสุขภาพ	109
39	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรักษาที่ใช้ภายหลังการรักษาตนเอง	110

สารบัญแนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	แนวคิดกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ	7
แผนภูมิที่ 2	แนวคิดกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ในกรุงเทพมหานคร	59



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพดีเป็นความปรารถนาของประชาชนทุกคน แต่การจะบรรลุความปรารถนานี้ได้ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญก็คือ การที่ประชาชนมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างรวดเร็ว ซึ่งการแสวงหาบริการสุขภาพที่รวดเร็วและเหมาะสมนั้น ควรเป็นการแสวงหาบริการตั้งแต่ยังไม่เกิดอาการ โดยเป็นการแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีดังที่จรัสวรรณ เทียนประภาส (2533) ได้กล่าวไว้ว่าการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีคือการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยรวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพไปด้วย ภาวะสุขภาพที่ดีและความเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่องกัน (ปนัดดา ปรียพทุม 2539:31) ซึ่งความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติเช่นเดียวกับการเกิดและการตายของมนุษย์ โดยเกิดขึ้นกับบุคคลทุกคนในทุกสังคมได้ตลอดเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพียงแต่ว่าแต่ละบุคคลจะมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากน้อยต่างกันเพียงไหน เจ็บป่วยด้วยโรคอะไรหรือมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานเท่าใด (Coe 1970: 1) ในสมัยก่อนมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดจากภูติผีปีศาจมาทำให้อ่อนเพลียเพลียแรง และตายไปในที่สุด แต่เมื่อมาถึงยุคของวิทยาศาสตร์ทำให้มนุษย์รับรู้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นความบกพร่องของโครงสร้าง หรือเป็นความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของร่างกาย ซึ่งความเจ็บป่วยนี้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้โดยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ

การแสวงหาบริการสุขภาพถือว่าเป็นการปฏิบัติของประชาชนที่กระทำเพื่อตอบสนองอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายซึ่งบุคคลผู้นั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย (กุศลสุนทรธาดา และวรชัย ทองไพบ 2539: 5) โดยการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลมักเริ่มต้นตั้งแต่บุคคลผู้นั้นรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติปรากฏขึ้น และพยายามอธิบายหรือให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่ปรากฏขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร มีการตีค่าความรุนแรงและความสำคัญ เพื่อตัดสินใจกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งกับอาการดังกล่าว (Chrisman 1977: 351-377 ;Igum 1979: 447 ใน เบนญจวรรณ กำรวัชร 2538: 18-20,34-36;Suchman 1972: 145-147;Febriaga 1973 ใน ชูศรี ผลเพิ่ม 2536: 5-9) โดยธรรมชาติเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลใดก็ตาม ด้วยสัญชาตญาณของการอยู่รอด บุคคลนั้นจะช่วยเหลือดูแลตนเองก่อนตามความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่มีอยู่ แต่

ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลหรือแหล่งบริการอื่นๆ เพื่อเยียวยาให้ ความเจ็บป่วยนั้นทุเลาและหายไปในที่สุด ทำให้แต่ละบุคคลมีการแสวงหาบริการสุขภาพแตกต่างกันไป ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยมีอยู่หลายประเภท เริ่มตั้งแต่การรักษาตนเอง การ พึ่งพาร้านขายยา การรักษาแผนโบราณ ตลอดจนการรักษากับหมอพื้นบ้าน คลินิก และ โรงพยาบาล (เบญญา ยอดคำเนิน 2523: 65) จากสถิติการเข้ารับบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2528 ของ ประชาชนที่เจ็บป่วยพบว่า ซื้อยากินเองร้อยละ 28.6 รักษาแบบพื้นบ้าน ร้อยละ 2.4 สถานีอนามัย ร้อยละ 14.7 โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 32.5 โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ร้อยละ 21.8 (กองวางแผนงานสาธารณสุข 2535: 62)จะเห็นได้ว่าการรักษาแบบพื้นบ้าน รวมทั้งการซื้อยากินเองยังมีอยู่มากในประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า กว่าที่ประชาชนจะมีการ แสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ความเจ็บป่วยก็มักจะรุนแรงจนบางครั้งยากเกินกว่าจะ รักษาให้หายขาดได้ ประชาชนจึงต้องทนอยู่กับสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเรื่อยๆ เนื่องจากความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเกิดเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็น ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป การรักษา ด้วยยาหรือการผ่าตัดในปัจจุบันทำได้แค่เพียงทุเลาอาการหรือความรุนแรงของโรคเท่านั้น (Neil 1979: 443-456) และการเจ็บป่วยนั้นอาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ถาวร มีการกลับเป็นซ้ำหรืออาการ หายไปแล้วกลับรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ ซึ่งต้องการการดูแลรักษาระยะยาวหรืออาจตลอดชีวิตของ ผู้เจ็บป่วย (Richie, et al.1984 ใน เรณู พุกบุญมี 2539: 2) โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข โรคหนึ่งคือ โรคลิ้นหัวใจพิการ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาตลอดชีวิต และ มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 36) โดยพบว่าเป็นใน ผู้หญิงวัยทำงานมากที่สุด จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2538 พบว่าผู้ที่ มารับการรักษาด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2538 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2539 และสำหรับอุบัติการณ์การ เกิดโรคลิ้นหัวใจพิการในผู้หญิงพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติในปี พ.ศ. 2535 มีผู้หญิงโรค ลิ้นหัวใจพิการจำนวน 177 คน เพิ่มขึ้นเป็น 206, 208 และ 291 คน ในปี พ.ศ. 2536, 2537 และ 2538ตาม ลำดับ (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2539)

โรคลิ้นหัวใจพิการที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นมาตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังก็ได้ สาเหตุ ของการเกิดโรคลิ้นหัวใจพิการมีหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ และ การเกิดอุบัติเหตุ (จรรยา มะโนทัย 2524: 113) แต่สาเหตุที่สำคัญและพบบ่อย คือ การเกิดโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลัง

การเป็นไวรัสหัด (Thompson, et al. 1989: 57; อุดมพร เกษมสันต์และเดือนฉาย ชวนนท์ 2524: 267) เนื่องจากอาการในระยะแรกมีลักษณะคล้ายคลึงกับการติดเชื้อของโรคระบบทางเดินหายใจทั่วไป ทำให้ไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดๆที่สื่อถึงความรุนแรงของโรค ประกอบกับการเลี้ยงดูลูกของคนไทย ที่ไม่นิยมให้ลูกสาวไปไหนตามลำพังแม้แต่การไปพบแพทย์ และการกำหนดบทบาทของลูกชายและลูกสาวที่แตกต่างกันตามเพศ ทำให้ผู้หญิงไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับโรค จนเกิดมีพยาธิสภาพความพิการที่หัวใจ โดยลิ้นหัวใจอักเสบเกิดเป็นแผลหรือพังผืด ทำให้ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น (Black & Mattassarini-Jacobs 1993: 1212) จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่า เด็กหญิงวัยเรียนเป็นไวรัสหัดมากถึง 1.2-2.1 ต่อ 1,000 คน (เรณู พุกบุญมี 2539: 3) และนอกจากนี้ยังพบว่า โรคหัวใจไวรัสหัดเป็นโรคหัวใจที่พบมากที่สุด ในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งกรุงเทพมหานคร และส่วนภูมิภาคโดยพบได้ร้อยละ 34-39 ของโรคหัวใจทุกชนิด(กมล สีนชรานนท์ 2524: 9) ถึงแม้ว่าปัจจุบันโรคหัวใจไวรัสหัดจะมีแนวโน้มลดลง (สมพร เอกรัตน์ และคณะ 2535: 770) แต่เนื่องจากอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการจะแสดงภายหลังการติดเชื้อไวรัสหัดประมาณ 20 ปี (กาญจนา สิมะจาริก 2538: 14) ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคลิ้นหัวใจพิการยังอยู่ในอัตราที่สูงมาก

นอกจากผลกระทบทางร่างกายแล้ว โรคลิ้นหัวใจพิการยังทำให้ผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งอาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว แนวทางการดำเนินชีวิตและความหวังในชีวิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบค่อนข้างรุนแรงจนถึงขั้นมีการเปลี่ยนภาพพจน์ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง พบว่าผู้หญิงไทยมีความทุกข์ทั้งที่เกิดจากการเป็นโรคหัวใจ และจากความคาดหวังที่คาดหวังไว้ว่าตนเองจะต้องเป็นผู้ให้แก่ครอบครัว ทั้งนี้อาจเป็นผลจากวัฒนธรรมที่ว่า ผู้หญิงวัยทำงานจะเป็นผู้ดูแลครอบครัว และบิดามารดา แต่ในสภาพการณ์จริงที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยทำงานทำให้กลายเป็นผู้ถูกดูแล ซึ่งจะ เป็นผลกระทบต่อความสุขทางด้านจิตใจ เช่นความรู้สึกผิดที่บิดามารดาเป็นฝ่ายให้การดูแล หรือใน รายที่มีบุตรและไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลบุตรได้เต็มที่ (Siriorn Sindhu 1992) ส่วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้หญิงทั้งสิ้น นอกจากนี้ความไม่รู้ ความยากจนและด้อยโอกาสทางการศึกษาของผู้หญิงโรคนี้ก็เป็นผลกระทบอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้พยาธิสภาพของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยการด้อยโอกาสทางการศึกษาทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรค และขาดการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ฐานะที่ยากจนและเศรษฐกิจที่สูงขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ผู้หญิงต้องออกหางานทำนอกบ้าน เพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว (จินตนา บุญพันธ์ 2539: 3) โดยที่ยังต้องทำงานในบ้าน ดูแลสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพดี จึงปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้หญิงต้องทำงานหนักเพื่อรักษาบทบาทหน้าที่ดั้งเดิมของตนไว้ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพที่อ่อนแออยู่แล้วให้ทรุดหนักลงไปอีก

เนื่องจากไม่มีเวลาที่จะสนใจอาการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่มีเวลาไปรับบริการเพื่อตรวจสุขภาพ (อวยพร ตันมุขกุล 2538: 12)

อาการที่เกิดขึ้นในโรคนี้อาจเป็นอาการไข้ ปวดข้อ เหนื่อยง่าย และเป็นลม ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อยนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดังกล่าวเกิดจากความเหนื่อยง่าย จากการงานหนักจึงไม่เห็นความสำคัญของการแสวงหาบริการสุขภาพ จนกว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานตามปกติ การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการนี้จะเริ่มต้นจากการรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีการประเมินแล้วพบว่าการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกไม่ประสบความสำเร็จ จึงเริ่มแสวงหาการรักษาหรือการบริการทางสุขภาพตามความเชื่อของตนเอง และตามคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิดต่อไป ซึ่งอาจเลือกใช้การสวดมนต์ การรักษาทางไสยศาสตร์ตามความเชื่อ รักษาด้วยสมุนไพร หรืออาจใช้บริการจากร้านขายยา คลินิกแพทย์ หรือโรงพยาบาล หรืออาจใช้การรักษาหลายอย่างร่วมกัน และผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการอาจมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ตามการประเมินผลการรักษาที่ได้รับจากแหล่งนั้น หรืออาจยุติการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่ออาการต่างๆ ทุเลาลง เพราะผู้หญิงที่ป่วยมักต้องการเพียงสามารถกลับไปทำงานและดูแลบุคคลในครอบครัว สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันเพื่อครอบครัวได้ ไม่ได้มีเป้าหมายในการแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อให้หายจากโรค (Meleis 1989) รวมทั้งจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้หญิงขาดการกระตือรือร้นที่จะแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการอย่างถูกต้องตั้งแต่นั้นๆ และไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายต่อชีวิตของผู้หญิงมากยิ่งขึ้น คือ ภาวะหัวใจวาย ที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย บวม นอนราบไม่ได้และเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญทั้งต่อตัวผู้หญิงที่ป่วยเอง ต่อครอบครัวและสังคมเพราะการรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก อาการของโรคจะส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้หญิง และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าเมื่อโรคมีอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนมาก

กรุงเทพมหานครนับเป็นเมืองหลวงที่เป็นศูนย์กลางและมีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุดเป็นแหล่งของความเจริญในทุกๆ ด้าน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม มีการจัดตั้งบริษัท ร้านค้า โรงงานต่างๆ ขึ้นมากมายในกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดการอพยพแรงงานจากต่างจังหวัดเข้าสู่กรุงเทพมหานคร ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการรวมอยู่ด้วย ดังนั้นเมื่อผู้หญิงเหล่านี้มีอาการของโรคเกิดขึ้นก็จะแสวงหาบริการสุขภาพจาก

แหล่งบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครนั่นเอง ประกอบกับกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางของโรงพยาบาลใหญ่ระดับศูนย์กลางของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยแพทย และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครเอง กรุงเทพมหานครจึงเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่มีศักยภาพสูงในสายตาของประชาชนทั่วไป ทั้งในด้านการให้บริการ การวินิจฉัย การรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความรู้ ความชำนาญ เฉพาะด้าน และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูง จึงทำให้โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัย และให้การรักษาโดยโรงพยาบาลทั่วไปได้ และเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความศรัทธาในชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องการบริการสุขภาพจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ หรือผู้ป่วยที่ได้ไปใช้บริการสุขภาพจากแหล่งอื่นแล้ว ไม่ได้ผลจึงมาแสวงหาบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จึงสามารถกล่าวได้ว่าแหล่งบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครเป็นแหล่งให้บริการสุขภาพแก่ผู้หญิงที่มาจากภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาถึงกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพในผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการว่ามีการเข้ารับบริการอย่างไรบ้าง ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นโรค มีแหล่งใดบ้างที่ผู้หญิงโรคนี้เลือกที่จะแสวงหาและเข้ารับบริการรวมทั้งเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงแหล่งหรือวิธีการรักษา นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้หญิงกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการการรักษาโดยรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้หญิงกลุ่มนี้พบกับอุปสรรคอะไรบ้าง หากมีการรอเตียงว่าง ระหว่างที่รอผู้หญิงกลุ่มนี้มีการแสวงหาการรักษาโรคหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างไร การวิจัยในครั้งนี้จึงทำในผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ รวมทั้งผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่รับไว้รักษาภายในโรงพยาบาลด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่มารับบริการ ณ จุดนี้ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งนับเป็นการวินิจฉัยที่เชื่อถือได้ เพราะเป็นการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรง นอกจากนี้ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานครเป็นแหล่งที่เป็นศูนย์กลาง หรือแหล่งบริการที่ประชาชนทุกคนยอมรับว่าเป็นที่รวมของบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านต่างๆ จุดนี้จึงเป็นจุดที่ประชาชนทุกคนน่าจะผ่านเข้ามาใช้บริการ ผู้วิจัยจึงคาดว่าจะทราบถึงแนวทางการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ โดยคาดว่าข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ รวมทั้งทำให้บุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจความคิดและทราบถึงแหล่งบริการที่ผู้หญิงโรคนี้ไปใช้ดียิ่งขึ้น สามารถนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็ว เป็นการตัดตอน

การแสวงหาบริการทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค ทั้งนี้เพื่อ ลดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับผู้หญิงโรคโลหิตจางต่อไป โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในครั้งแรก

ขั้นตอนนี้เป็นการรับรู้อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล และตีความหรือให้ความหมายอาการและความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกายตนเองจากประสบการณ์หรือความรู้เดิม และข้อมูลจากบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และจะส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยหรือไม่ โดยอาจมีการประวิงเวลาเพื่อสังเกตอาการและความรุนแรงขณะเดียวกันอาจมีการรักษาหรือดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ ในขั้นตอนนี้บุคคลจะแสวงหาข้อมูล คำแนะนำและความช่วยเหลือเบื้องต้นจากบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิด เช่นสามี บิดามารดา เครือญาติหรือกลุ่มเพื่อน ซึ่งการรับรู้และการให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคคลว่า เป็นโรคใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และจะส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือไม่เพียงใด นั้น ส่วนหนึ่งจะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนและท้องถิ่นนั้นด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพ และการเข้ารับบริการสุขภาพ

เมื่อเห็นความสำคัญของอาการต่างๆ หรือยอมรับการเจ็บป่วยนั้นแล้ว บุคคลจะแสวงหาทางเลือกเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน การเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อการรักษาเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของตนเอง หรือบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดที่เคยประสบกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน รวมทั้งประเพณี วัฒนธรรมต่างๆ ก็มีผลต่อการเลือกแหล่งบริการสุขภาพด้วย นอกจากนั้นในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ บุคคลยังคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ หลายประการ ได้แก่

- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ พิจารณาทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ว่าต้องใช้จ่ายมากน้อยเพียงใด และค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแต่ละครั้งว่าตนเอง หรือครอบครัวมีกำลังความสามารถในการจ่ายได้หรือไม่
- ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ พิจารณาถึงสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่เอื้อให้ตนเองเข้ารับบริการได้ เช่นการประกันสังคม การประกันสุขภาพ การใช้บัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ รวมทั้งสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

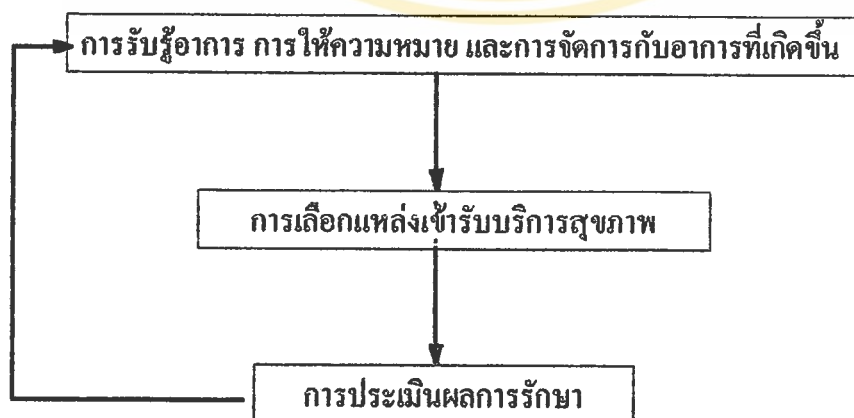
-ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ พิจารณาจากวิธีการเดินทาง ระยะทาง และ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ว่ามีความสะดวกมากน้อยเพียงใด

-ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนในการเข้ารับบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการเข้ารับบริการ ว่ามีความรวดเร็วมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และกิจวัตร ประจำวัน ของตนเอง และครอบครัวมากน้อยเพียงใด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการรักษา

เป็นการประเมินด้วยตนเอง หรือบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวกับผลการรักษาว่า อาการผิดปกติดีขึ้นหรือไม่เพียงใด โดยพิจารณาร่วมกันทั้งค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ ปังจ่ายเสริมอำนาจการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ และค่าเสียเวลาต่างๆ และค่าเสียเวลาต่างๆ เปรียบเทียบกับระยะเวลาและความยาวนานของการเจ็บป่วย กำลังทรัพย์ที่มีอยู่ รวมทั้งบริบทของสถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคมในขณะนั้น เกี่ยวกับชื่อเสียงของแหล่งบริการ ประสิทธิภาพการรักษา วิธีการรักษาจากแหล่งต่างๆ ตลอดจนความเอาใจใส่ อารมณ์ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพของบุคคลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของตัวบุคคลที่ป่วยเองและจากบุคคลรอบข้าง

ซึ่งสามารถสรุปเป็นแนวคิดตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการใน กรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

เมื่อผู้หญิงมีอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการแล้วเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแล้ว มีการแสวงหาบริการสุขภาพอย่างไร โดยศึกษาย้อนหลังเริ่มตั้งแต่มีอาการผิดปกติ และให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เลือกวิธีการรักษา จนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยมีประเด็นคำถามดังนี้

1. เริ่มมีอาการผิดปกติอย่างไร
2. มีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเองอย่างไร
3. มีการจัดการอาการผิดปกติครั้งแรกอย่างไร
4. แต่ละแหล่งที่ไปแสวงหาเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพนั้น
 - 4.1 มีเหตุผลในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร
 - 4.2 มีการเดินทางในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร
 - 4.3 ต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้ารับบริการสุขภาพประมาณเท่าใด
 - 4.4 ใช้เวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพนานเท่าใด
 - 4.5 มีความรู้สึกอย่างไรกับค่าใช้จ่าย เวลา และการเดินทางเมื่อไปเข้ารับบริการในแต่ละแหล่ง
5. ผลของการรักษาตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไ
6. มีเหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งหรือ วิธีการรักษาอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางสุขภาพ ณ คลินิกโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดกรุงเทพมหานคร คือโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และ
โรงพยาบาลราชวิถี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่เป็นจริงของผู้หญิงโรค
ลิ้นหัวใจพิการและนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับ
การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคนี้ เพื่อที่จะให้ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ และประชาชน
ทั่วไปได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค หรือการรักษาโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนส่งผลให้
เกิดอาการโรคลิ้นหัวใจพิการ และมีการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีอาการโรคลิ้นหัวใจพิการได้
อย่างรวดเร็วเสียค่าใช้จ่ายน้อย และได้ประโยชน์มากที่สุด

นิยามคำแปร

1. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจ
พิการ รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทั้งโดยการประสบอาการด้วยตนเอง หรือได้รับการ
ตรวจพบว่ามีอาการผิดปกติโดยไม่มีอาการเกิดขึ้นมาก่อน ให้ความหมายต่ออาการผิดปกตินั้นตาม
การรับรู้ของตนเอง ตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพแล้วเข้ารับบริการนั้น พร้อมประเมินผลการ
รักษาขณะเข้ารับบริการ และอาจมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพได้หากประเมินแล้วว่าบริการ
สุขภาพนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ซึ่งในการเลือกแหล่งและเข้ารับ
บริการสุขภาพ ประกอบด้วยลักษณะการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ และความ
รู้สึกในการเข้ารับบริการสุขภาพ ตลอดจนเหตุผลในการเข้ารับบริการและเหตุผลในการเปลี่ยน
แปลงแหล่งบริการสุขภาพแต่ละแหล่ง

2. บริการสุขภาพ หมายถึง บริการที่บุคคลหรือสถาบันของรัฐหรือเอกชนจัดขึ้น เพื่อ
ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจเป็นบริการด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว หรือเป็นบริการแบบ
ผสมผสานการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการ
ฟื้นฟูสภาพที่ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการตัดสินใจและเลือกรับบริการจากแหล่งบริการนั้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การเข้ารับบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญดังนี้
แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และอาจเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้เสมอ ในช่วงชีวิต (King 1981 in Tomey 1994: 310) เพียงแต่ความเจ็บป่วยนั้นจะมีอาการรุนแรงมากน้อย และบั่นทอนสุขภาพต่างกันเพียงใด เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลจะมีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (Orem 1991 ใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 19) เพื่อจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลอาจกระทำได้หลายวิธีตั้งแต่อยู่เฉยๆ เพื่อรอดูอาการ รอให้อาการต่างๆทุเลา หรือปล่อยให้หายไปเอง หรือสอบถามความคิดเห็นและขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ทำการรักษาตนเอง แสวงหาและเลือกแหล่งบริการที่เหมาะสมเพื่อเข้ารับการรักษา เช่น ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชน คลินิก หามอพื้นบ้าน หมอมนต์ หรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ และอาจมีการเปลี่ยนไปเข้ารับการรักษาจากแหล่งรักษาใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้หายจากอาการ เจ็บป่วย หรือกลับคืนสู่สภาพปกติ

บุคคลแต่ละคนจะมีกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตีความและการให้ความหมายต่อสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อแบบวิทยาศาสตร์ แบบโบราณหรือไสยศาสตร์ก็ตาม (มัลลิกา มัติโก 2533: 47) มีนักวิชาการหลายท่านเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนของการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลไว้หลายท่าน คือ

แนวคิดที่อธิบายถึงขั้นตอนพฤติกรรมความเจ็บป่วยของซัทแมน ที่อธิบายถึงลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในการแสวงหาบริการสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจในการรักษาว่าประกอบด้วย

5 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นตอนประสบการณ์(the symptom experience stage) ซึ่งบุคคลจะตัดสินใจการป่วยโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาอาจมีการประวิงเวลาเพื่อรอดูอาการก่อน จึงเข้าสู่ขั้นตอนการยอมรับการเจ็บป่วย (assumption of the sick role stage) และแสวงหาเพื่อตัดสินใจไปหาผู้บำบัดรักษาเป็นขั้นตอนต่อไป (the medical care contract) บุคคลจะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วย และให้ความร่วมมือเพื่อรักษาความเจ็บป่วยให้หาย(the dependent patient role stage) จนผู้บำบัดรักษายอมรับว่าผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพปกติแล้ว(the recovery or rehabilitation stage) หรือในบางคนอาจต้องยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ขั้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดกับทุกคน และไม่จำเป็นว่าทุกคนจะต้องมีครบทุกขั้นตอนบางคนอาจเริ่มจากขั้นตอนแรกไปสู่ขั้นตอนการยอมรับการเป็นผู้ป่วยเลยก็ได้ และในขั้นตอนของการเลือกแหล่งรักษานั้น จะเป็นขั้นตอนที่สะท้อนให้เห็นถึงโลกทัศน์ของผู้ป่วย ความสะดวกสบาย และการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางสุขภาพ(Suchman 1965: 114-128)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของคริสแมน(Health Seeking Process) ได้เสนอแนวคิด โดยกล่าวว่าเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย(symptom definition)ที่เกิดขึ้นตามความหมายทางวัฒนธรรม ความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกันมา และไปปรึกษาบุคคลใกล้ชิด (lay consultation) เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน ซึ่งบุคคลจะมีการเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role-behavior shift) โดยในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วย ว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังจากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา (treatment action) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการเลือกแหล่งรักษา และวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา เมื่อรักษาแล้วก็เข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายคือการประเมินผล (adherence and evaluation) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม ร่วมกันประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลา ว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นดีขึ้น หรือหายไปหรือยัง ตามคำอธิบายทางวัฒนธรรม และความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วยนั้นอาจมีการกลับคืนซ้ำ(recycling)ได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (Chrisman 1977: 351-377)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของไอกัน ได้เสนอแบบแนวคิดที่สามารถอธิบายถึงเหตุผลต่างๆของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการ และย้ายแหล่งบริการจากแหล่งหนึ่งไปยังอีกแหล่งหนึ่ง โดยมีครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน เข้ามามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ รวมทั้งมีส่วนในการประเมินอาการและประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการ

นั้นด้วย รวมทั้งมีส่วนในการประเมินอาการและประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการนั้นด้วย ไอกันอริบายไว้ว่าเมื่อบุคคลเริ่มประสบกับอาการ(symptom experience)ที่ผิดปกติ หากทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการอะไร และรับรู้ว่ามีรุนแรง ก็จะทำการรักษาด้วยตนเอง แต่ถ้าไม่ทราบว่าอาการผิดปกตินั้นคืออาการอะไร หรือเห็นว่าอาการนั้นมีความรุนแรง หรือรักษาด้วยตนเองแล้วอาการไม่ดีขึ้น ก็อาจจะสอบถามอาการกับบุคคลสำคัญ เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนสนิท ฯลฯ (communication to significant others) เพื่อที่จะประเมินอาการว่าเป็นอาการของโรคอะไรและอาจจะไปสู่ขั้นตอนการประเมินว่าจะทำการรักษาที่แหล่งไหนที่จะให้คุณภาพดีที่สุด(assessment of the probable efficacy or appropriateness of sources of treatment)หรือเข้าสู่บทบาทของการเป็นคนป่วย ที่สังคมยอมรับว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยก็ได้(assumption of the sick role) ในระหว่างนี้จะมีญาติ พี่น้อง เพื่อน มาเยี่ยมเยียนหรือมีบทบาทในการร่วมวินิจฉัยโรคหรือนำมาการรักษาโรค รวมทั้งอาจจะช่วยในการตัดสินใจว่าแหล่งบริการรักษาใดเหมาะสม(expression of concern by kin and close friends(expressive and or instrumental)) เมื่อตัดสินใจในการเลือกแหล่งที่จะรักษาแล้ว(selection of treatment plan) ก็จะไปทำการรักษา(treatment) โดยมีการประเมินผลการรักษา(assessment of effects of treatment of symptoms)ภายหลังจากที่ไปใช้บริการ ถ้าหายจากอาการป่วยก็จะไปสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ(recovery cure and rehabilitation) แต่ถ้าไม่หายหรือเกิดความขัดแย้ง (conflict) ระหว่างผู้ให้บริการกับรับบริการ ก็จะเกิดการเปลี่ยนแหล่งรักษา และกลับไปสู่ขั้นตอนการประเมินอาการใหม่ได้อีกครั้ง (Igun 1979: 445-456)

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในการแสวงหาบริการสุขภาพของแพรบริกา ที่แสดงให้เห็นว่าในการแสวงหาบริการของบุคคล เพื่อตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพวิธีใดวิธีหนึ่งนั้นต้องอาศัยหลักการทางเศรษฐศาสตร์มาร่วมพิจารณาด้วย แพรบริกา ได้อธิบายถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และพิจารณาถึงผลประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับจากวิธีนั้น โดยเริ่มจากขั้นตอนของการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย(illness recognition and labelling) ด้วยการตีความอาการผิดปกติจากข้อมูลประสบการณ์หรือการรับข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง แล้วนำมาตีค่าเพื่อประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง(illness disvalues) หากความเจ็บป่วยนั้นมีความสำคัญก็จะนำมาวางแผนเพื่อการรักษาต่อไป(treatment plan) ซึ่งเชื่อกันว่า บุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์จากความเจ็บป่วยในอดีต (assessment of treatment) ตลอดจนประเพณี วัฒนธรรม และการประเมินความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษาตามประสบการณ์ในอดีต ว่าวิธีใดจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่ากัน(Treatment Benefits) โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ (disvalues of illness) รวมทั้งค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายซึ่งขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย กำลังทรัพย์ที่มีอยู่ สถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคม พิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ(net benefit or utility) คือมีผลดีต่อการรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย และให้ผล

ประโยชน์มากที่สุด จึงตัดสินใจเลือกวิธีการรักษานั้น(selection of treatment plan) โดยสรุป การที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งนั้น บุคคลจะใช้ประสบการณ์ของการเจ็บป่วย และการรักษาในอดีต มาเลือกหาวิธีการต่าง ๆ แล้วพิจารณาถึงผลประโยชน์สุทธิที่เขาจะได้รับจากการเลือกการรักษาโดยวิธีนั้นนั่นเอง (Fabrega 1980: 470-484)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ คือ เมื่อเกิดอาการหรือความผิดปกติ บุคคลจะรับรู้และให้ความหมายอาการ หรือความผิดปกตินั้นตามประสบการณ์และคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น ว่าอาการหรือความผิดปกตินั้นแสดงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคใด มีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวตามบทบาทแต่ละบทบาทของบุคคลหรือไม่ อย่างไร ควรจัดการกับอาการและความผิดปกติดังกล่าวอย่างไร อาจรอดูอาการ และให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ หากอาการมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว เพื่อน จะร่วมกันประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ และแสวงหาวิธีการรักษา หรือแหล่งให้บริการรักษาที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพสูงสุดตามความเชื่อ และวัฒนธรรมของชุมชนนั้นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวจะร่วมกันประเมินผลการรักษาที่ได้รับ ว่าวิธีการรักษาจากแหล่งบริการนั้นสามารถบรรเทาอาการ หรือทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่รับรู้ว่าเป็นหรือไม่ หากประเมินแล้วว่าวิธีการรักษานั้นไม่เอื้อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย อาการและความผิดปกติดังกล่าวยังคงอยู่ ทรัพยากรที่มีอยู่หรือครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนในการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวต่อไปได้ ก็จะเปลี่ยน หรือย้ายแหล่งให้บริการรักษาต่อไป จนกว่าจะประเมินผลวิธีการรักษาจากแหล่งนั้นว่าเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ

ได้มีผู้ศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วย และบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไว้หลายท่าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นปัจจัยใหญ่ๆ สองกลุ่มคือ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ และ ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้รับบริการ

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพตามลำดับ กล่าวคือ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

ไคลน์แมน (Kleinman 1980 ใน เบญจวรรณ กำธรวัชร 2538: 45) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อย 3 ระบบคือ ระบบบริการสุขภาพของประชาชน เป็นการตีความและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยและสังคม และตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์หรือไม่ ระบบบริการสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ได้แก่การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพ ประกอบด้วย การใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ โสยศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า เป่าน้ำมันต์ คาถา เป็นต้น และประเภทไม่ใช่อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพร ระบบสุดท้ายคือ ระบบบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ คือการปฏิบัติการทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพ ในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูง มีการจัดองค์กรเป็นทางการ เช่น ระบบแพทย์ของจีน และระบบแพทย์แผนตะวันตก

ในส่วนระบบบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ เป็นระบบที่มีความสำคัญ เพราะสามารถให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละคน และระบบบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพในสังคมไทย สามารถแบ่งออกได้เป็นสองส่วนตามลักษณะการดำเนินงาน คือ ระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาครัฐ (public sector) และระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการ โดยเอกชน (private sector)

ระบบบริการสุขภาพของรัฐเป็นการจัดระบบบริการการแพทย์ และสาธารณสุข ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชน ในเรื่องสุขภาพอนามัย การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย เป็นภาระหน้าที่สำคัญ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ ประกอบด้วย หน่วยงาน และสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้นำแนวคิด หลักการ และวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้พัฒนาสุขภาพของประชาชนด้วยระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ แบ่งออกได้ 4 ระดับ คือ บริการสาธารณสุขระดับมูลฐาน บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง บริการสาธารณสุขระดับที่สอง และบริการสาธารณสุขระดับที่สาม (วรรณวิไล จันทราภาและคณะ 2538: 88)

1. บริการสาธารณสุขระดับมูลฐาน เป็นการดำเนินงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่ประชาชนดำเนินการช่วยเหลือร่วมมือกันเอง ใช้ทรัพยากรที่ได้ในท้องถิ่นมาช่วยสนับสนุนเป็นส่วนใหญ่ ระบบบริการสาธารณสุขระดับมูลฐานนี้กระจายอยู่ตามท้องถิ่นและหมู่บ้านต่างๆ ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและสะดวก ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค แต่ในการรักษาพยาบาลสามารถทำได้เพียงการรักษาเบื้องต้นเท่านั้น

หากไม่สามารถทำการรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

2. บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งตั้งอยู่ตามตำบล อำเภอ ทั่วไป ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่วนใหญ่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

3. บริการสาธารณสุขระดับสอง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้และความชำนาญสูงปานกลาง คือ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดทุกจังหวัด หรืออำเภอส่วนใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเองมีอาการรุนแรงต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจงตามโรค หรือได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างลงไป โรงพยาบาลระดับนี้มีขีดความสามารถในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สามารถให้บริการการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องการการรักษาเฉพาะทางได้

4. บริการสาธารณสุขระดับสาม เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆที่ต้องปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่เฉพาะทาง หรือด้วยวิธีการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง สถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ส่วนมากให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพที่มีศักยภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ สถานบริการในภาคเอกชนมีหลายประเภท ดังนี้

ร้านขายยา เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาได้ มีกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน สะดวกในการเข้ารับบริการมาก จัดแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. โดยจัดแบ่งตามขอบเขตความรับผิดชอบของเภสัชกรที่ควบคุม

คลินิก โพลีคลินิก เป็นการให้บริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ความชำนาญ มีการกระจายอยู่ตามสังคมเมืองที่มีระดับเศรษฐกิจค่อนข้างดี สามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและสะดวก ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันโรค ได้ดีพอควร แต่มีศักยภาพจำกัด ไม่สามารถให้บริการ การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนได้ จำเป็นต้องส่งต่อการรักษา ไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

โรงพยาบาลเอกชน เป็นการให้บริการสุขภาพ ดำเนินการโดยแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความชำนาญค่อนข้างสูง และในบางแห่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ซึ่งตั้งอยู่ตามจังหวัดหรืออำเภอใหญ่ๆ ที่มีระดับเศรษฐกิจดี ส่วนใหญ่ให้บริการด้านรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

ระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดของไคลน์แมนยังกล่าวถึงระบบบริการสุขภาพส่วนพื้นบ้านว่ายังเป็นอีกระบบหนึ่งของระบบวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งในวัฒนธรรมของสังคมไทยอาจแบ่งออกเป็นสามพื้นบ้านหรือที่เรียกว่าการรักษาแผนโบราณ เป็นการรักษแบบดั้งเดิมที่เชื่อถือสืบต่อกันมาตั้งแต่โบราณ โดยการบอกกล่าวหรือเขียนเป็นคำสาส์นทอดกันมา หมอแผนโบราณมักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบท ส่วนใหญ่จะมีระดับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมใกล้เคียงกับชาวบ้านมาก จึงมีความเข้าใจสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีเป็นกันเอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2530 : 33) จากการศึกษาของแสงทอง แหงมงาม (2533 : 91) พบว่าสาเหตุสำคัญของการรับบริการกับหมอพื้นบ้าน คือบริกรดี เป็นกันเอง รอไม่นาน นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้านไปให้บริการถึงบ้านของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว จึงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังรักษากับหมอประเภทนี้ การรักษาส่วนนี้แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น หมอยา หมอสมุนไพร หมอดำยา หรือผดุงครรภ์โบราณ หมอนวด หมอจับเส้น หมอฝังเข็ม หมอเฒ่า เป็นต้น

ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษาด้วยหมอพระ หมอผี หมอน้ำมนต์ หมอทรง หมอคุณไสย หมอขวัญ หมอเสกเป่า หมอรำผีฟ้า หรือเรียกโดยรวมว่าหมอไสยศาสตร์

สำหรับการแพทย์แผนโบราณทั้ง 2 ประเภทนี้ บางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกัน ด้วยเหตุผลว่า การรักษาด้วยยาสมุนไพร รักษาควบคู่ไปกับการทำกับคาถาอาคมร่วมด้วยเสมอ (เบญจวรรณ กำธรวัชร 2538 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2535)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

นอกจากระบบบริการสุขภาพแล้ว ในการแสวงหาบริการสุขภาพนั้น ผู้รับบริการ ยังคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้ให้บริการด้วย ซึ่งผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพจะมีความแตกต่างกันไป

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

บุคลากรที่ให้บริการในส่วนพื้นบ้าน หรือแผนโบราณ ประกอบด้วย 1) หมอสมุนไพรหรือหมอรักษาโรคทั่วไป 2) หมอที่ใช้วิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอน้ำมันต์ หมอผี หมอเสกเป่า 3) หมอเฉพาะทาง เช่น หมอนวด หมอจับเส้น หมอกระดูก 4) หมอแบบผสมผสาน ซึ่งมีมากที่สุด ของบริการแผนโบราณ เช่น หมอสมุนไพรกับหมอน้ำมันต์ เป็นต้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2530: 32-33)

จะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพมีหลายประเภท และมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้เข้ารับบริการมารับบริการในแหล่งนั้น หรือเปลี่ยนแหล่งใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเป็นกันเอง ท่าที และการมีจำนวนเพียงพอของผู้ให้บริการ ผู้ที่เคยเข้ารับบริการในแหล่งบริการสุขภาพ ย่อมได้พบเห็นหรือประสบกับสิ่งต่างๆ และเกิดความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการนั้น รวมทั้งสัมพันธภาพที่ได้รับจากผู้ให้บริการด้วย

ในระบบบริการของภาครัฐ หากผู้ให้บริการมีความสามารถในการทำงาน มีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ และมีอัธยาศัยดีกับผู้รับบริการแล้ว จะเป็นผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและเลือกใช้บริการจากแหล่งนั้นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย รวยอาจิณและคณะ (2524 ในแสงทอง แห่งมกราคม 2533: 96) พบว่าประชาชนมีการเลือกใช้บริการที่สถานีนอนมัยเมื่อมีความพึงพอใจต่อความรู้ ความสามารถและอัธยาศัยของเจ้าหน้าที่

ในระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อขายสินค้าและบริการเพื่อแสวงหากำไรเป็นสำคัญ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ 2532: 16) บริการของผู้ให้บริการจึงต้องดึงดูดใจลูกค้า สร้างความพึงพอใจเพื่อให้เขามารับบริการอีก เห็นได้จากการศึกษาของชูศรี ผลเพิ่ม (2536: 41) ที่พบว่าผู้รับบริการมาเข้ารับบริการจากแหล่งบริการนั้นอีก เพราะพึงพอใจในการบริการที่ได้รับนั่นเอง

ในระบบบริการส่วนพื้นบ้าน หรือบริการสุขภาพแผนโบราณ จะเห็นว่าผู้ให้บริการมีระดับชีวิต ความเป็นอยู่คล้ายคลึงกับชาวบ้าน มีความคุ้นเคยและเป็นกันเองมาก ในการรักษาของหมอโบราณจะมีการซักถามโรค และคำนึงถึงภาวะจิตใจผู้ป่วยด้วย จึงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังนิยมรักษากับหมอแผนโบราณ เห็นได้จากการศึกษาของไหมสาเราะ บินมะหะหมัด (2530: 35) ที่พบว่าชาวบ้านเลือกรักษากับหมอแผนโบราณ เพราะอัธยาศัยดี ซักถามโรคได้ และการศึกษาของแสงทอง

แห่งงาม(2533:91)ที่พบว่าเหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการกับหมอตามบ้าน คือ บริการดี เป็นกันเอง

จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ให้บริการเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการพิจารณาเลือกเข้ารับบริการ หรือเปลี่ยนแหล่งบริการ

2. ปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือผู้รับบริการ

ในศาสตร์ของการพยาบาลบุคคลจัดเป็นหนึ่งในมโนคติหลักทางการพยาบาล นักทฤษฎีหลายท่าน ได้กล่าวเกี่ยวกับบุคคลไว้ในหลายแง่มุม ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า บุคคลประกอบด้วย กาย จิต สังคม ซึ่งทำงานประสานกันตลอดเวลาไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ในที่นี้กายคือ โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยเซลล์และเนื้อเยื่อ ส่วนจิตจะประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ เช่น ความพึงพอใจ ความวิตกกังวล ความโกรธ เป็นต้น และยังประกอบด้วย สติปัญญาความคิดซึ่งหมายถึงความสามารถในการรับรู้ การแปลความ ความจำ ความเข้าใจ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความต้องการพื้นฐานและมีความเป็นปัจเจกบุคคล สังคมเป็นอีกส่วนของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดบทบาท หน้าที่ การดำรงตำแหน่งทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ โดยเฉพาะสังคมได้กำหนดสิทธิของความเป็นคนเช่นมีสิทธิที่จะตัดสินใจ มีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (Roger 1991; Roy 1984; Newman 1982; King 1981; Johnson 1980; Levine 1966)

ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย บุคคลจะมีการแสวงหาบริการสุขภาพตามความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และสังคมที่บุคคลนั้น ๆ อาศัยอยู่ แต่ก่อนที่จะมีการตัดสินใจที่จะเข้ารับบริการสุขภาพนั้น บุคคลจะมีการรับรู้ถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นว่า ส่งผลกระทบต่อภาวะปกติสุขของตนอย่างไร หรือส่งผลกระทบต่อบทบาท หน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนหรือไม่ และให้ความหมายอาการต่างๆ เหล่านั้นว่าเป็นโรคอะไรจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ตรงที่ตนเองเคยได้รับมา หรือจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของโรค และการรักษาหรือรับรู้มาจากคนรอบข้าง สอดคล้องกับทฤษฎีของคิง (King 1966) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะกระทำการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยนั้น จะมีองค์ประกอบหลายประการ แต่องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งคือ “การมอง” หรือ “การรับรู้” เกี่ยวกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วย และผลกระทบของโรคภัยไข้เจ็บที่มีผลต่อตนเองหรือครอบครัว ถ้าการเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ถ้ารับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อย หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะทำการรักษาเยียวยาเอง โดยวิธีการที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรู้จักดี (Young 1981: 499-507 ใน

เบญจวรรณ กำรวัชร 2538; Suchman 1972: 145-147 ใน วาทีนี บุญรักภี 2530; Fabrega 1980: 470-484)

เลาเวอร์ (Lauver 1992: 281) ได้พัฒนาทฤษฎี พฤติกรรมการแสวงหาการดูแล (Care-Seeking behavior) บนพื้นฐานทฤษฎี พฤติกรรมทั่วไป (general behavior) ของเทรนดิสส์ (Triandis 1977, 1980, 1982) ไว้ว่า พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคล ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ประสบการณ์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยที่รุนแรง หรือความหนักใจต่างๆ ในการตรวจรักษา ความคาดหวังและการประเมินค่าเกี่ยวกับประโยชน์และผลที่จะได้รับ ความเชื่อของคนในสังคม และของตนเองที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสวงหาการดูแล รวมทั้งการแสวงหาการดูแลตามประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวกเข้ามาเกี่ยวข้องในการตัดสินใจแสวงหาการดูแลด้วย

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวบุคคลในการแสวงหาบริการสุขภาพหลายท่าน อาทิเช่น แอนเดอร์สัน, เครวิตซ์และแอนเดอร์สัน (Anderson, Kravits & Anderson 1975: 5) ที่กล่าวถึงปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ 3 ปัจจัย คือ

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 factor) หมายถึง ปัจจัยที่บ่งบอก หรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคล ในการแสวงหาบริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้ การประกันสุขภาพที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน เช่น การมีสถานบริการและบุคลากรในชุมชน

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

กรีนและคณะ (Green, et al.1980: 4-12) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เรียกว่า PRECEDE FRAMWORK ย่อมาจากคำเต็มว่า Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และค่านิยม ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น รายได้ของครอบครัว และการเข้าถึงของทรัพยากรจนเกิดทักษะ และปัจจัยสร้างเสริม ได้แก่ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคคลอื่น ซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลได้

ส่วนหนึ่งของแนวคิดของ แอนเดอร์เซน และนิวแมน (Andesen and Newman 1973: 75-110) ได้กล่าวถึงการเลือกใช้บริการสุขภาพว่า มีตัวกำหนดทางด้านบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยมีปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการคือ ปัจจัยที่ทำให้มีแนวโน้มในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ขนาดครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต ความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ทักษะต่อแหล่งรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ ปัจจัยต่อมาคือปัจจัยที่ทำให้สามารถเลือกใช้บริการได้ ได้แก่ รายได้ของครัวเรือน การประกันสุขภาพที่ครอบครัวได้รับ และปัจจัยสุดท้ายคือ ปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยประกอบด้วย การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยและการถูกประเมินความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับ ชัง (Xiang 1981: 499-507 ใน เบญจวรรณ กำรวัชร 2538) ในปัจจัยด้านความเชื่อในผลของวิธีการรักษา คือบุคคลจะเลือกวิธีการรักษาตามความเชื่อถือศรัทธาว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนหายจากอาการเจ็บป่วย

โกรสส์ (Gross 1972 ใน กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย 2539: 9) ได้กล่าวไว้ถึงปัจจัยส่งเสริมผลักดันให้แต่ละบุคคลไปรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือสุขภาพของแต่ละบุคคล ได้แก่ รายได้ สถานภาพของการประกัน สุขภาพ และการศึกษา ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตัวผู้ให้การรักษา ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการที่มีอยู่ การรับรู้ต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล เช่น จำนวนวันที่มาทำงานไม่ได้ จำนวนวันที่ถูกจำกัดการทำงาน และจำนวนวันที่ป่วย และปัจจัยของการเข้าถึง เช่น ระยะทางที่บุคคลอยู่ห่างจากสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาสถานบริการ และเวลาในการรอพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแฟบริกา (Fabrica 1973 ใน สุธีรา สุนทรธาดา 2526) ที่อาศัยแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์มาอธิบายการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะเข้ารับบริการสุขภาพของบุคคลว่า จะใช้ประสบการณ์ของการเจ็บป่วยและการรักษาในอดีตมาเลือกวิธีต่างๆ แล้วพิจารณาผลประโยชน์สุทธิที่เขาจะได้รับจากการเลือกรักษาด้วยวิธีนั้นๆ โดยเปรียบเทียบผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนเวลาในการรักษา และยังมีแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ ของ เฮร์ชชี และคณะ (Hershy, et al. 1975 ใน กุศล

สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย 2539) เกี่ยวกับแบบจำลองของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ว่าเป็นผลจากปัจจัยสองด้านคือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยที่ความต้องการบริการของผู้รับบริการนั้นถูกกำหนดมาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งอาจจะอาศัยประสบการณ์จากอดีต ความต้องการหรือความจำเป็นในการรักษา และถ้ามีอำนาจการซื้อบริการ ก็จะทำให้เกิดความต้องการในการรักษาแล้วส่งผลให้เกิดการใช้บริการ

แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของเพนชานสกีร์ และโทมัส (Penchansky & Thomas 1981: 127-140) ซึ่งกล่าวว่าการเข้าถึงเป็นการแสดงระดับของความเหมาะสม (fit) ระหว่างผู้รับบริการกับระบบบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้คือ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก (accessibility) ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะที่ตั้ง และการเดินทาง ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ความสามารถในการใช้จ่าย สำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ (affordability) และการยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) นอกจากนี้ยัง (Young 1981: 499-507 ใน เบญจวรรณ กำธรวัชร 2538: 29-30) ได้ระบุไว้ว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความง่ายในการเข้าถึงบริการโดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้ เดินทางไปถึงสะดวกกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการเพียงพอ นอกจากนี้ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยังรวมถึงเวลาที่ใช้ในการเดินทาง เวลาคอยตรวจรักษา และช่วงเวลาที่มารับบริการสุขภาพด้วย (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย 2539: 14)

นอกจากนี้ผลการศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศ ซึ่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2526 ใน แสงทอง แหงมงาม 2533: 29) ได้ทำการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ว่ามีบริการด้านสุขภาพ เวลาที่มี ประสบการณ์ในอดีตและความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทาง จำนวนเงิน และลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อการที่บุคคลจะไปเข้ารับหรือไม่เข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ

จากการทบทวนแนวคิดข้างต้นเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ ในปัจจัยด้านตัวบุคคล หรือผู้ใช้บริการ เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังนี้

-ปัจจัยด้านประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว

-ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในความคิดของผู้รับบริการเองและสังคม

-ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ เกี่ยวกับการรักษาและผลของการรักษาของวิธีการ/แหล่งรักษา ทั้งของตนเองและสังคมวัฒนธรรม

-ปัจจัยด้านความพึงพอใจ เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ และผู้ให้บริการรวมถึงความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการด้วย

-ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ทั้งวิธีการ ขั้นตอนที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ

-ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของผู้รับบริการ รายได้ของครอบครัว การประกันสุขภาพ ต้นทุนด้านเวลา (time cost) เช่น เวลารอคอยในการรับบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง และเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพมีอยู่หลายปัจจัยดังสรุปไว้แล้ว และได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ไว้ดังนี้

ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

อายุ เป็นปัจจัยทางด้านประชากรปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการแสวงหาบริการ จากการศึกษารายงานการวิจัยของ ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ (2524: 6) พบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ คือกลุ่มที่ใช้บริการจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการเล็กน้อยคือ 39.26 ปี และ 33.58 ปีโดยลำดับ กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี และกลุ่มที่ใช้น้อยที่สุดอยู่ในช่วง 15-19 ปี ขณะที่ชนิดา สันธินา (2530: 52) พบว่า การแสวงหาบริการรักษาของผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ จะนิยมไปซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาเป็นการใช้บริการของรัฐ และใช้บริการของเอกชน และน้อยที่สุดเป็นการใช้บริการจากหมอโบราณและอื่น ๆ แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปีจะนิยมไปใช้บริการของรัฐมากกว่าอาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์ในการดูแลรักษาตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าควรซื้อยาอะไรมาทำการรักษา จึงไปใช้บริการจากรัฐซึ่งมั่นใจในผลการรักษามากกว่า ดังนั้นอายุน่าจะมีผลต่อการแสวงหาบริการ

สถานภาพสมรส สามารถทำให้รูปแบบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของคนแตกต่างกัน ผู้ที่มีคู่สมรสมักจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และมีที่ปรึกษาในการเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนั้น

รายงานการวิจัยส่วนใหญ่จึงมักพบว่าสถานภาพสมรสต่างกัน มีการแสวงหาแหล่งบริการเพื่อการรักษาต่างกัน (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 189) อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ (2522: 77) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ส่วนใหญ่นิยมซื้อยารักษาเอง แต่จากการศึกษาของ ชนินทร์ เจริญกุลและคณะ (2524: 6) พบว่ากลุ่มที่เป็นหม้ายใช้บริการของรัฐสูงกว่ากลุ่มอื่น

การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นดัชนีหนึ่งของฐานะทางสังคม ผู้มีการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลได้มาก และใช้วิจารณ์พิจารณาเลือกแหล่งที่ให้ประโยชน์แก่ตนได้สูงสุด มีงานวิจัยหลายงานที่พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีผลต่อการแสวงหาแหล่งบริการรักษาต่างกัน โดยพบว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะแสวงหาแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้ที่มีระดับศึกษาค่ำกว่า (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 189; ชนิตา สันธินาค 2530: 60)

อาชีพ มีงานวิจัยหลายงานที่ยืนยันว่า อาชีพก็เป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา พบว่า ผู้หญิงที่เจ็บป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีการไปใช้บริการของเอกชนต่างกัน (ชนิตา สันธินาค 2530: 64) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ วิชาการ ธุรกิจ และค้าขาย จะเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์ด้วยเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ และกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีการเลือกรับบริการจากแหล่งที่มีแพทย์น้อยที่สุด (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 190) และผู้มีอาชีพด้านวิชาชีพมีแนวโน้มนี้จะเป็นผู้ใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่าผู้มีอาชีพใช้แรงงาน นักเรียน นักศึกษา หรือผู้ที่ไม่ได้ทำงาน (บุศรี ผลเพิ่ม 2536: 72) และกลุ่มผู้ที่มีอาชีพแรงงานรับจ้าง จะมาใช้บริการที่คลินิกน้อยกว่ากลุ่มอื่นเกือบครึ่งหนึ่ง (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย 2539: 45) จากงานวิจัยเหล่านี้ พอจะสรุปได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งในการตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพของผู้หญิงได้

ศาสนา ถือเป็นความเชื่ออย่างหนึ่ง ที่น่าจะมีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการที่แตกต่างกันจากการศึกษาของ มานพ คณะโต (2522 ใน วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530: 36) ในกรณีที่รักษาด้วยตนเองไม่หายต้องพึ่งพาการรักษาจากแหล่งบริการสุขภาพนั้น พบว่า คนไทยพุทธส่วนมากจะไปรับการรักษาจากสถานบริการของรัฐ ส่วนคนไทยเชื้อชาติจีน ส่วนมากจะไปรักษาที่สถานบริการเอกชน แต่คนไทยมุสลิม ส่วนมากยังคงนิยมซื้อยาจากร้านมารักษาเองต่อไปอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกย์ (2530: 191) พบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธมีการเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่า ผู้นับถืออิสลาม โดยเฉพาะในเขตชนบท ดังนั้นศาสนาจึงน่าจะมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพด้วย

ขนาดครอบครัว สามารถบ่งบอกถึงความช่วยเหลือในระดับครอบครัว การที่บุคคลในครอบครัวป่วย โดยเฉพาะผู้หญิง ซึ่งมักจะทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัว จะมีผลกระทบเกิดได้มาก ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจะร่วมกันรับผิดชอบ ออกความคิดเห็นในการรักษาตามความเชื่อ พบว่าครอบครัวที่มีขนาดเล็กมีความสัมพันธ์กับการใช้แหล่งบริการทางแพทย์ เนื่องจากการดูแลภายในครอบครัวมีน้อยจึงต้องพึ่งบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น ทำให้มีการใช้บริการจากสถานพยาบาลมากขึ้น (Wolinsky 1978 ใน พัทธา เบญจรัตน์ภรณ์ 2533: 17) ขนาดครอบครัวจึงน่าจะมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้หญิง

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยในความคิดของตัวผู้รับบริการเองและสังคม

การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย เป็นผลทางอ้อมจากลักษณะทางวัฒนธรรม และมีผลโดยตรงต่อลำดับขั้นในการเลือกรับบริการว่าควรจะเลือกใช้บริการอะไรก่อน การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะรับรู้ได้ทั้งลักษณะการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย เบญญา ยอดคำเนิน และคณะ (2523: 54) พบว่าลักษณะการเจ็บป่วยนั้นเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจไปรับบริการจากแหล่งรักษาต่างๆ และยังเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลอีกด้วย และจากการศึกษาของพัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533: ข) พบว่า คนในวัยกลางคนเมื่อเจ็บป่วยด้วยความรุนแรงระดับมากและปานกลางจะไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า และจากการศึกษาของ ชนิดา สันธินาค (2530: 44) พบว่า เมื่อผู้หญิงเจ็บป่วยด้วยอาการที่พบบ่อยไม่รุนแรง จะเลือกการซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาไปใช้บริการของรัฐ และเอกชน ในขณะที่ผู้หญิงที่เจ็บป่วยเฉียบพลันค่อนข้างรุนแรงจะนิยมซื้อยากินเอง แต่ก็มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับการเข้ารับบริการของรัฐ อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่ป่วยเฉียบพลันค่อนข้างรุนแรง อาจจะซื้อยากินเองลดลง และไปใช้บริการของรัฐเพิ่มขึ้นก็ได้ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการเลือกใช้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยต่างกัน ดังนั้นในเรื่องของการเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อรักษาความเจ็บป่วยยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัดว่า การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนี้จะมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพหรือไม่

ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ เกี่ยวกับการรักษาและผลของการรักษาของวิธีการ/แหล่งรักษา ทั้งของตนเองและสังคมวัฒนธรรม

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มีความสำคัญต่อการแสวงหาการบริการจากแหล่งบริการการรักษาต่างๆ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการปฏิบัติตัวในการเจ็บป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลคนนั้น ที่พบได้เช่น บางรายมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่นเกิดจากภูติผี ปีศาจ นางไม้ เขาก็จะแก้ไขโดยการบนบานศาลกล่าว เสาะหาแม่หมอหมอผี หมอพระ เพื่อแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากธรรมชาติ ก็จะแสวงหาการรักษาแบบแผนโบราณ (แผนไทย) โดยการพึ่งพาสมุนไพร การตรวจโหราศาสตร์ ราศี หรือสะเดาะเคราะห์ รดน้ำมนต์ หรือบางรายมีความเชื่อด้านการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิทยาศาสตร์ ความมีเหตุผลที่พิสูจน์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มชุมชนเมืองที่จะไปพบผู้รักษาพยาบาลในแผนปัจจุบัน นอกจากนี้อาจจะพบผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อมั่นต่อผู้นำทางศาสนาหรือพิธีกรรมทางศาสนาเช่นนัถือศาสนาพุทธ ก็จะไปพึ่งเทศน์ ทำบุญตักบาตร หรือไปรับการรักษาจากพระ หากนัถือศาสนาคริสต์ก็จะไปพบบาทหลวง ไปสวดมนต์ในโบสถ์หรือขอพรจากพระเจ้า (บุญทิพย์ สิริรังศรี 2538: 26-27)

ปัจจัยด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ และผู้ให้บริการรวมถึงความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการด้วย

ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ ผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในแหล่งบริการใดย่อมได้พบเห็น หรือประสบกับสิ่งต่าง ๆ และเกิดความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการนั้น ทั้งจากสัมพันธภาพที่มีกับผู้ให้บริการ ความพอใจในบริการที่ได้รับ ปัจจัยด้านนี้จึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในระบบบริการภาครัฐ อรทัย รวยอาจิน และคณะ (2524 ในแสงทอง แสงงาม 2533: 96) พบว่า ประชาชนมีการเลือกใช้บริการที่สถานีนอนามัย เมื่อมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการทำงาน มีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ และมีธรรมาศที่ติดกับประชาชนผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2524: 4-6) ซึ่งพบการศึกษาในทำนองเดียวกัน สำหรับระบบบริการภาคเอกชนจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อขายสินค้าและการบริการเพื่อการแสวงหากำไรเป็นสำคัญ (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ 2532: 16) ดังนั้นบริการที่ให้อาจต้องดึงดูดใจลูกค้าเพื่อให้เข้ามาใช้บริการอีก เห็นได้จากการศึกษาของ ชูศรี ผลเพิ่ม 2536: 41) ที่พบว่าผู้รับบริการจากโรงพยาบาล โพลีคลินิก คลินิกที่เคยใช้บริการที่แห่งนี้อาจมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ทำให้มีการกลับมาใช้บริการจากสถานพยาบาลนั้นอีก และในส่วนของหมอแผนโบราณ ซึ่งมีระดับชีวิตความเป็นอยู่คล้ายคลึงกับชาวบ้าน มีความคุ้นเคยและเป็นกันเองมาก ในการรักษาของหมอโบราณจะมีการชักถามโรค และคำนึงถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย จึงมีผู้ป่วย

บางส่วนที่ยังนิยมรักษากับหมอโบราณได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นประสบการณ์ในอดีต และความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ จึงน่าจะมีผลต่อการกลับไปแสวงหาบริการสุขภาพในแหล่งนั้นได้

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ทั้งวิธีการขั้นตอนที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นอีกปัจจัยที่ใช้ประกอบการตัดสินใจของบุคคล ประเจตน์ เกษน้อย (2530: 168 ใน ศิริพร ปางประสิทธิ์ 2533: 29) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว พบว่าผู้ที่รับฟังวิทยุรายการสุขภาพเป็นประจำจะไปซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วย ในสัดส่วนต่ำกว่าที่ไม่ได้ฟังหรือฟังเป็นบางครั้ง ผู้รับฟังรายการสุขภาพเป็นประจำมีส่วนของการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือคลินิก เมื่อมาเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น และงานวิจัยของ แสงทอง แหมงงาม (2533) ซึ่งศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข มากกว่ามีการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยมากกว่าผู้ที่มีรู้น้อยกว่า

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ราคาของบริการทางการแพทย์) รายได้ของผู้บริโภค การประกันสุขภาพ ต้นทุนด้านเวลา (time cost) เช่น เวลาคอย และเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจการซื้อ (purchasing power) หรือความสามารถที่จะจ่ายได้ (ability to pay) และความตั้งใจที่จะจ่าย (willingness to pay) (ฤศล สุทธธาดา และวรชัย ทองไทย 2539: 10) ชื่นชม เจริญบุตร (2522: 59) ได้ศึกษาปัจจัยการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในชนบทพบว่ากรณีป่วยเรื้อรัง กลุ่มที่มีรายได้ต่ำจะนิยมใช้การรักษาแผนโบราณมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง และใช้บริการของรัฐ แต่ในกลุ่มที่รายได้ปานกลางและสูงจะมีรูปแบบที่คล้ายกันคือนิยมใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือรักษาตนเอง และใช้บริการเอกชน และงานวิจัยของ ธนิกา สันธินาค (2530: 70) พบว่า ผู้หญิงที่มีอาการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ในกลุ่มรายได้ต่ำ นิยมการซื้อยากินเอง รองลงมาคือใช้บริการของรัฐและเอกชน กลุ่มรายได้

ปานกลาง นิยมซื้อยากินเองเท่ากับไปใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือใช้บริการของเอกชน และในกลุ่มรายได้สูง จะนิยมซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาคือใช้บริการของเอกชน และบริการของรัฐตามลำดับ

ในการศึกษารูปแบบและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านบุคคลหรือผู้ใช้บริการสุขภาพ จนบางครั้งแยกกันไม่ออก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนนี้เป็นการรับรู้อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล และตีความหรือให้ความหมายอาการหรือความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกาย ตามข้อมูลหรือประสบการณ์ที่ตนเองเคยได้รับมาก่อน หรือรับรู้มาจากบุคคลรอบข้าง ขึ้นกับแบบแผนทางวัฒนธรรม และความเชื่อในแต่ละสังคมว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคคลอาจจะพยายามรักษาตนเองหรือประวิงเวลา เพื่อรอดูอาการที่เป็นก่อนว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด จะหายหรือไม่หาย รวมทั้งการปรึกษาและขอคำแนะนำจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลต่างๆ รอบตัว เช่น บิดามารดา เครือญาติ เพื่อนฝูง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพ และการเข้ารับบริการสุขภาพ

เมื่อยอมรับการเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะแสวงหาทางเลือกเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ทางเลือกเพื่อการรักษาเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์จากตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้อื่น ที่เคยประสบกับเหตุการณ์มาก่อนในอดีต ตลอดจนประเพณี วัฒนธรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยในขั้นนี้ ยังขึ้นอยู่กัปัจจัยหลายประการ ได้แก่

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

การเลือกแหล่งบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้น คาดว่าจะสะท้อนให้เห็นถึงโลกทัศน์ของผู้ป่วย ความสะดวกสบาย และการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคมที่มีผลต่อการบริการสุขภาพได้ด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการรักษา

เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง หรือบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวกับผลการรักษาว่าอาการผิดปกติดีขึ้นหรือไม่เพียงใด โดยพิจารณาพร้อมกับการเสียค่าใช้จ่ายและค่าเสียเวลาต่าง ๆ เปรียบเทียบกับระยะเวลาและความยาวนานของการเจ็บป่วย กำลังเงินที่มีอยู่ รวมทั้งสถานการณ์ และเงื่อนไขทางสังคมด้วย ตลอดจนความเอาใจใส่ อธิษาศัยของเจ้าหน้าที่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลต่อการตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงแหล่งรักษาของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง

2. กระบวนการแสวงหาของบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

สุขภาพของผู้หญิงกำลังได้รับความสนใจอย่างมากในระดับสากล เนื่องจากผู้หญิงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของคนในครอบครัวมาตั้งแต่อดีตกาล สุขภาพของผู้หญิงจึงหมายถึงสุขภาพโดยรวมของสังคม (เพ็ญจันทร์ ประดับสุข 2539: 1) ในยุคปัจจุบันซึ่งเป็นยุคที่ผู้หญิงมีจำนวนเท่า ๆ กับผู้ชาย บทบาทของผู้หญิงไทยในสังคมยุคปัจจุบันจึงมีมากมายหลายบทบาท มีทั้งบทบาทที่ผู้หญิงคาดหวังตนเอง และบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ ในบทบาทที่ผู้หญิงคาดหวังตัวเอง ส่วนหนึ่งมักมาจากการคาดหวังของสังคมที่มีต่อผู้หญิงว่าผู้หญิงควรมีบทบาทอะไรบ้าง ซึ่งความคาดหวังของสังคมชั้นพื้นฐานมักเริ่มมาจากความคาดหวังของบิดามารดาที่มีต่อบุตรที่เป็นผู้หญิง หวังที่จะให้ลูกสาวเป็นที่พึ่งพิงเมื่อยามแก่เฒ่า (เอี่ยมพร ทองกระจาย 2539: 1-3) จึงเป็นเหตุให้ในครอบครัวคนไทยมีแนวโน้มในการกำหนดบทบาทของลูกชายลูกสาวต่างกันไปตามเพศ ในวัยเด็กพ่อแม่จะไม่เรียกร้องให้ลูกชายทำงานบ้าน ไม่เคร่งครัดในการเรียกร้องให้แบ่งเบาภาระงาน ลูกชายจึงมีโอกาสดูแลเตร็ดเตร่นอกบ้าน มีเวลาพักผ่อนมากกว่าลูกสาวที่ถูกสอนให้รับผิดชอบงานบ้านตั้งแต่อายุ 7 ขวบ ลูกสาวจะได้รับการอบรมให้อดทน รับผิดชอบต่อครอบครัว เห็นความสำคัญของครอบครัวเหนือสิ่งอื่นใด (เจือจันทร์ และคณะ ไม่ปรากฏปีพศ.) ซึ่งจากการที่ถูกอบรมให้อ่อนน้อม ถ่อมตัวและอ่อนโยนนี้เอง ทำให้สังคมกำหนดบทบาทของผู้หญิงให้เป็นผู้ดูแล โอบอุ้ม เลี้ยงดูครอบครัวในฐานะลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่เมื่อพ่อแม่สูงอายุขึ้น ในฐานะภรรยาที่ต้องดูแล

ปรนนิบัติสามี และในฐานะแม่ที่ต้องเลี้ยงดูลูก ซึ่งบทบาทดังกล่าวแท้จริงแล้วก็เป็นบทบาทที่ผู้หญิงคาดหวังต่อตนเองด้วย Bruno (ใน เอื้อมพร ทองกระจาย 2539:4) กล่าวไว้ว่าความปรารถนาประการแรก และประการสูงสุดของผู้หญิงทั่วไปก็คือ การเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของผู้ชาย และเป็นแม่ที่ดีที่สุดของลูก ซึ่งสอดคล้องกับวริยา (ไม่ปรากฏปี พ.ศ.) ที่ได้สรุปวงจรชีวิตของผู้หญิงไว้ว่า ผู้หญิงคิดว่าบทบาทของตนเองคือ การเป็นภรรยาที่ดี ดูแลงานบ้าน รับใช้สามี ทำอาหาร ให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตร แม้ว่าจะต้องทำงานนอกบ้านควบคู่ไปด้วย แต่ก็ยังเต็มใจที่จะคงบทบาทเดิมต่อไป

จะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้หญิงในฐานะลูก แม่ เมีย ในบริบทของครอบครัวยังคงเป็นบทบาทหลักที่ทำให้ผู้หญิงอยู่ในสถานะของผู้ให้บริการสุขภาพแก่ครอบครัว โดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และส่วนหนึ่งก็เป็นโดยสัญชาตญาณ ความพึงพอใจ และโดยพัฒนาการ (Development task) ของความเป็นมนุษย์ และอัตลักษณ์เพศของผู้หญิงเอง ดังนั้นการที่ผู้หญิงจะดำรงบทบาทเหล่านี้ได้ ผู้หญิงจะต้องมีสุขภาพที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ดังกล่าวเสียก่อน ซึ่งในสังคมปัจจุบันนี้ก็มีกรมมองเห็นความสำคัญตรงส่วนนี้ จึงมีการกล่าวถึงสุขภาพของผู้หญิงมากขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO 1995 ใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2539:8) กล่าวไว้ว่าสุขภาพผู้หญิงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เพราะหมายถึง การเป็นอยู่ที่ดีทางกาย รวมทั้งการสามารถควบคุม กำหนดทิศทางของชีวิต การดำรงชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถใช้ทรัพยากรในครอบครัว และในชุมชน เพื่อการทำหน้าที่ที่ผู้รับผิดชอบต่อการมีสุขภาพดีของตนเอง และบุคคลในครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ ประดับสุข (2539) ที่กล่าวว่า สุขภาพของผู้หญิงเป็นเรื่องที่น่าสนใจอย่างยิ่ง และกำลังได้รับการกล่าวขาน ทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น โดยนัยของสิทธิของการเท่าเทียมกันทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงในสังคมไทยมีหน้าที่และมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคม สุขภาพของผู้หญิงจึงมีสำคัญต่อสุขภาพของสังคมด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้หญิงไทยถือได้ว่าเป็นเสาหลักทางสุขภาพของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับสภาพชีวิตที่เป็นสุข ความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว และในปัจจุบันผู้หญิงยังมีหน้าที่หารายได้จุนเจือครอบครัวเช่นเดียวกับผู้ชาย ในประเทศไทยผู้หญิงเป็นผู้มีส่วนร่วมในฐานะผู้ทำงาน ก่อให้เกิดผลดีทางเศรษฐกิจของประเทศมากกว่าบรรดาผู้หญิงประเทศอื่น ๆ ในทวีปเอเชีย และในชุมชน เพื่อการทำหน้าที่ที่ผู้รับผิดชอบต่อการมีสุขภาพดีของตนเอง และของครอบครัว (WHO 1995 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2539: 8)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสุขภาพของผู้หญิงจะได้รับความสำคัญอย่างกว้างขวางดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่การบริการสุขภาพในปัจจุบันยังไม่ได้มีเป้าหมายอยู่ที่สุขภาพอนามัยของผู้หญิงอย่างแท้จริง ทั้งนี้สังเกตได้จาก บริการทางสุขภาพที่รัฐจัดไว้ให้แก่ผู้หญิงมักเน้นหนักในเรื่องของการวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก ทำให้การจัดบริการสุขภาพที่ให้กับผู้หญิงในด้านอื่น ๆ

ของสุขภาพไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ผลก็คือปัญหาสุขภาพโดยองค์รวมของผู้หญิงไม่ได้รับการส่งเสริม หรือจัดบริการการรักษาอย่างเพียงพอ (เกตุขยา อาชวนิจกุล และพิมพ์วัลย์ บุญมงคล 2539:3)

นอกจากนี้สุขภาพของผู้หญิงในสังคมไทย ยังถูกกำหนดโดยกระบวนการทางสังคม ตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่ผู้หญิงดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งโดยทั่วไปผู้หญิงจะยอมรับว่าตนเองจะมีสุขภาพดี ตราบเท่าที่เธอยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้ได้อย่างเต็มที่ ทั้งที่ผู้หญิงนั้นอาจอยู่ในสภาวะของการมีปัญหาทางสุขภาพ แต่ด้วยวิถีชีวิตการเลี้ยงดูผู้หญิงในสังคมไทย ปลูกฝังให้ผู้หญิงยอมรับภาระหน้าที่ที่สังคมกำหนด ยอมรับบทบาทที่ครอบครัวคาดหวัง และกระทำหน้าที่นั้นโดยไม่มีข้อโต้แย้ง รวมทั้งไม่คิดจะโต้แย้ง ซึ่งมีการกระทำของผู้หญิงที่สนับสนุนอย่างเห็นได้ชัดคือ ผู้หญิงไม่ใส่ใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหรือใช้เวลาทั้งหมดในการดูแลทั้งงานนอกบ้านและในบ้านจนไม่มีเวลาเอาใจใส่ต่อตนเอง นอกจากนี้ตัวผู้หญิงและบุคคลในครอบครัวไม่ให้ความสนใจกับสภาพอารมณ์ หรือความรู้สึกของผู้หญิงที่แสดงถึงความไม่สมดุลทางอารมณ์ ผู้หญิงไม่พิจารณาความต้องการของตนเองและไม่เห็นความสำคัญในการที่จะกระทำตามในสิ่งที่ตนต้องการ แต่มักมีการดำเนินชีวิตตามเป้าหมายของครอบครัวเป็นหลัก การบิ่ดถือหรือการปฏิบัติของผู้หญิงดังกล่าวนี้ จึงแสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้หญิง ซึ่งกำหนดไว้โดยครอบครัวหรือสังคมโดยรวม และบิ่ดถือสืบทอดกันมาจนเป็นวิถีชีวิตที่ต้องปฏิบัติซ้ำแล้วซ้ำเล่า (จินตนา บุญพันธ์ 2539 :7)

จากลักษณะและการกระทำของผู้หญิงที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งนั่นหมายถึง สุขภาพโดยรวมของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติต้องมีปัญหาไปด้วย ดังนั้นรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรี ด้วยการกำหนดแผนงานหลักการพัฒนาสุขภาพสตรีระยะยาว (2535-2554) โดยมีปัญหาที่เป็นสาเหตุการตายในผู้หญิงเป็นหนึ่งในสิบแปดเรื่องที่ต้องรีบแก้ไข ทั้งนี้ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคข้อ ซึ่งกลายเป็นปัญหาสุขภาพของผู้หญิงที่พบมากขึ้นเป็นลำดับ ที่ส่วนแต่เป็นโรคที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายด้วย (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 36)

โรคลิ้นหัวใจพิการนับเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยอุบัติการณ์ของโรคลิ้นหัวใจพิการที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งคือโรคของลิ้นไมตรัล รองลงไปคือลิ้นเอออร์ติค ลิ้นไตรคัสปีด และลิ้นพัลโมนารี ตามลำดับ (กัมพล ประจวบเหมาะ 2538: 523) โดยโรคลิ้นหัวใจพิการสามารถแบ่งสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด คือความผิดปกติซึ่งเกิดโดยกำเนิด ซึ่งบางครั้งไม่พบความผิดปกติใด ๆ จนกว่าจะโต และความผิดปกติซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักมาจากโรคหัวใจรูห์มาติก โดยเมื่ออาการของโรครุนแรงผิดปกติไป อาการอักเสบ

ของกล้ามเนื้อหัวใจและเยื่อหัวใจ (endocardium) จะยังมีอยู่เป็นเวลานานและอาจกำเริบเมื่อมีไข้ รุ่หมัดค้ำงานในที่สุดจะเกิดความพิการของลิ้นหัวใจอย่างถาวร พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้มีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจและลิ้นหัวใจทำให้เกิดลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ หรือลิ้นหัวใจ รั่วและตีบ ร่วมกัน (ฉลาด โสมะบุตร 2536:56) เป็นผลให้มีการทำงานของหัวใจเสียไปเนื่องจากการตีบและ รั่วของลิ้นหัวใจ (Thompson et al. 1989: 57) อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความผิดปกติที่ทำให้ การไหลของเลือดลงสู่ห้องหัวใจต่าง ๆ ติดขัด หรือมีการไหลย้อนกลับของเลือด ซึ่งเป็นอาการที่ แสดงให้ทราบว่าลิ้นหัวใจมีความผิดปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังปกติ (Abramezyk E.L. & Mary Michael Brown 1991: 327) ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ สำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ (อัญชลี วิริยะประ 2535: 1) นอกจากนี้อาจเกิดจากการ ขาดเลือดจากภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับอุบัติเหตุ และจากการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ

เมื่อเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการตามแต่ว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นที่ลิ้น หัวใจใด ถ้ามีความพิการที่ลิ้นหัวใจไมตรีล ผลจะทำให้เกิดโลหิตออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดต่ำลง ในรายที่มีพยาธิสภาพรุนแรง อาจมีอาการเขียวตามส่วนปลาย (peripheral cyanosis) และ นิ้วปุ่ม (clubbing) จากการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ป่วยอาจจะผอมลง และมีอาการเหนื่อย โดย เฉพาะเวลาออกกำลังกาย ซึ่งเกิดขึ้นเพราะปอดเสียความยืดหยุ่นเนื่องจากมี โลหิตคั่งในปอด (pulmonary congestion) ทำให้โลหิตมาคั่งที่หลอดโลหิตฝอย ผู้ป่วยจึงต้องออกกำลังในการหายใจ เข้าและออก นอกจากนี้ในภาวะที่เกิดโลหิตคั่งในปอด จะทำให้ของเหลวซึมจากหลอดโลหิตฝอย เข้าสู่เนื้อเยื่อค้ำงาน (supporting tissue) ทำให้ปอดมีลักษณะแข็งและบวม

ผู้ป่วยอาจให้ประวัติว่าเป็นหวัดบ่อย และอาจจะเป็นโรคปอดบวมได้ เพราะของเหลว จะซึมเข้าไปในถุงลม (alveoli) ทำให้ในถุงลมมีน้ำจั่งอยู่ และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจะมี อาการไอบ่อยๆ อาจเกิดอาการไอเป็นโลหิตซึ่งอาการนี้ไม่จำเป็นว่าจะพบในรายที่มีความตีบของ ลิ้นมากเสมอไป ในบางรายอาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีลิ้นตีบตันเล็กน้อยเท่านั้นเกิดจากสาเหตุมีการ แรกของหลอดเลือดดำ bronchial จะไอโดยมีเลือดสดๆออกมาครั้งละมากๆ เนื่องจากมีหลอดเลือด ไปงพอง แต่เมื่อมี pulmonary hypertension นานๆ ผนังของหลอดเลือดดำจะหนาขึ้น การแตก ของหลอดเลือดดำจะน้อยลง เกิดภาวะคั่งในปอดจะไอเป็นน้ำปนเลือดเป็นจุดแดงๆ นอกจากนี้ อาจจะมีอาการใจสั่น ระยะแรกๆ จะมี atrial premature contraction และ paroxysmal atrial fibrillation ทำให้มีใจสั่นเป็นพักๆ และต่อมาจะมี atrial fibrillation อย่างถาวร จับหน้าอก พบได้ประมาณ ร้อยละ 15 มักจะเป็นอาการเจ็บตื้อๆ บางครั้งอาจแยกจาก angina pectoris ไม่ได้ สาเหตุมักเกิด จากภาวะหัวใจวาย ความดันสูงในหลอดเลือดแดงพัลโมนารี และ pulmonary infarction เสียขพบได้ในระยะหลังๆ เมื่อเอเตรียมซ้ายโตมากกว่าและกด recurrent laryngeal nerve

แต่ถ้าอาการผิดปกติเกิดขึ้นที่ลิ้นเอออร์ติก ในระยะแรกอาจยังไม่มีอาการ จะเริ่มมีอาการในระยะหลัง อาการสำคัญที่พบคือ เจ็บหน้าอก (angina) จะเกิดขึ้นในขณะที่กำลังออกกำลังกายหรือหลังจากออกกำลังกายแล้วเล็กน้อยก็ได้ พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 50 - 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นลมหมดสติ (syncope) อาจเป็นในขณะที่กำลังออกกำลังกายหรือหลังจากออกกำลังกาย สาเหตุอาจเนื่องมาจากการเต้นที่ผิดปกติของหัวใจชนิด ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation หรือเนื่องจากจำนวนของเลือดที่สูบฉีดออกไปจากหัวใจลดลงอย่างมากในขณะนั้น เหนื่อยหอบเนื่องจากมีภาวะหัวใจวาย ในคนที่อายุน้อยอาการของหัวใจวายจะไม่เด่นชัดเท่าในคนที่สูงอายุซึ่งจะมีอาการหัวใจวายรุนแรงกว่าคือนอนราบไม่ได้ หรือหอบเหนื่อยในเวลาอนกลางคืนร่วมด้วยเสมอ

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจากโรคลิ้นหัวใจพิการจะเกิดผลกระทบ ทั้งจากอาการผิดปกติที่กล่าวมาและจากการที่โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษายาวนาน โดยผลกระทบนั้นจะรุนแรงมากขึ้น หากโรคนี้เกิดในผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิง

ผลกระทบต่อผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการมี 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เศรษฐกิจ (Rumion 1985: 117) โดยผลกระทบด้านร่างกายนั้นส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งเป็นที่ทราบกันอย่างแน่ชัดว่าโรคลิ้นหัวใจพิการเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงและเกิดความทุกข์ทรมานมาก ผู้หญิงที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ จะรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเนื่องจากอาการที่กล่าวมา และจะพยายามใช้ทั้งความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และความเชื่อหรือแม้แต่ไสยศาสตร์มาอธิบายสาเหตุและให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น โดยผู้หญิงเริ่มต้นแปลอาการของโรคตามลักษณะอาการของโรคที่เกิด หรือพบบ่อยในท้องถิ่น เช่น อาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก หรือไอเป็นเลือด อาจถูกนำมาวินิจฉัยจากตัวผู้หญิงเองว่าเป็นโรคกระเพาะ วัณโรค หรือ โรคอื่นๆ จนกว่าผู้หญิงจะมีการแสวงหาการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จึงจะพบว่า เป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ มีนักวิจัยหลายท่านยืนยันว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ มีปัญหาด้านจิตใจ แต่ยังไม่มีการทำวิจัยในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ จึงอาจคาดได้ว่าจะมีผลด้านจิตใจคล้ายคลึงกัน เนื่องจากโรคลิ้นหัวใจนับเป็นโรคหัวใจชนิดหนึ่งที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจโดยตรง และยังมีผลคุกคามต่อชีวิตตลอดเวลา อีกทั้งบุคคลส่วนใหญ่มีความคิดว่าถ้าป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ แสดงว่าสัญญาณแห่งความตายได้ใกล้เข้ามาแล้ว และจากการที่โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการของโรคซ้ำแล้วซ้ำเล่า และบางครั้งอาการรุนแรงจนผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ เสียเงินในการรักษาพยาบาลทั้ง ๆ ที่ยากจนอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังทำให้ผู้หญิงป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะมีชีวิตข้างหน้าอย่างไร จะมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ต้องทุกข์ทรมานจนคิดถึงความตายหรือทรมานจนไม่อยากรักษา

อย่างไรก็ตาม พบว่า หากอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการ สามารถบรรเทาได้เร็ว สงบนิ่งหรือไม่รุนแรง เมื่อเทียบกับประสบการณ์ ที่เคยเป็นหรือเคยรับรู้มาก่อน ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อชีวิต และจะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ความทรมาณจากโรคลดลง เช่น การหาข้อมูลทั้งจากผู้ใกล้ชิดหรือจากบุคลากรทางการแพทย์ (ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร 2539) นอกจากนี้เมื่อเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ตาม ข้อมือมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เป็นระยะ ๆ ทำให้ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลว่าครอบครัวจะเบื่อหน่าย ไม่พอใจ และทอดทิ้งตน (อัญชลี ฐิตะบุระ 2535) เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งสิ้น

ผลกระทบด้านสุดท้ายคือผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงิน และความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่ากัน ผู้มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เมื่อเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลของตนเองระหว่างการเจ็บป่วย มีการรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพดี โดยไม่ต้องพะวงต่อปัญหาเศรษฐกิจ แต่สำหรับผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการมักเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน มีรายได้น้อย จากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถหาหน้าที่ได้ตามปกติ อาจเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานทำให้รายได้ลดลง และจากการศึกษาของ คาริณี สุวภาพ (2526: 65) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจจะได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 54.0 ผลกระทบต่ออาชีพ และการงานร้อยละ 63.0 นอกจากนี้ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ได้ตามปกติ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทของตนในครอบครัวและสังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเหว่ วิตกกังวลและไร้ค่า นอกจากนี้รูนิออน (Runion 1985: 115) ยังพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจยังมีปัญหาด้านครอบครัว และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ด้วย

เมื่อมีการคิดเชื่อใ้รัฐ ั้มาคิกในวัยรุ่นตอนต้นและต่อเนื่องมาในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน การทำงานไม่ได้จึงเป็นเหตุแห่งทุกข์ของผู้หญิงโรคนี้อย่างยิ่ง เนื่องจากวัฒนธรรมไทยที่กำหนดให้ผู้หญิงวัยทำงานเป็นผู้ดูแลครอบครัว บิดามารดา และหารายได้ช่วยครอบครัว แต่ในสภาพการณ์ที่ป่วยในวัยทำงาน ทำให้ผู้หญิงกลายเป็นผู้ถูกดูแล จึงเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ แต่ด้วยอุดมคติที่ว่าเพื่อครอบครัวสำคัญกว่าเพื่อตนเอง ทำให้ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ต้องพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้อาการของโรคลดลง เพื่อการทำหน้าที่ให้มีศักยภาพมากที่สุด จนบางครั้งผู้หญิงโรคนี้อาจต้องพยายามผสมผสานภาวะเจ็บป่วยกับความรับผิดชอบในบทบาท

หน้าที่ที่พึงมีต่อสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งวัฒนธรรมความคิดที่ว่าผู้หญิงเท่านั้นที่มีบทบาทในการเป็นผู้ให้การดูแล ทำให้เกิดปัญหาไม่มีใครดูแลผู้หญิงเมื่อผู้หญิงดำรงบทบาทของคนป่วย เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จนทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือความพิการถาวรที่หัวใจซึ่งประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาติจะมีการอักเสบของหัวใจ และนำไปสู่การเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก และลิ้นหัวใจพิการ ในที่สุด (เอกชาติ สุคนธสรพร 2531: 7)

ผู้หญิงมีโอกาสในการแสวงหา บริการสุขภาพค่อนข้างน้อย เนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว โดยเฉพาะในสถานะเศรษฐกิจปัจจุบัน ผู้หญิงจึงต้องรับภาระทั้งภายในและภายนอกบ้าน ทำให้โอกาสในการดูแลตนเองลดลง โอกาสที่จะไปตรวจน้อยลง เพราะการไปตรวจรักษาแต่ละครั้ง หมายถึงการละทิ้งครอบครัว การขาดงาน การลางาน และท้ายสุดหมายถึงการขาดหายไปของรายได้ที่ควรจะมี ความยากจนทำให้ต้องเลือกวิธีการรักษาที่มีราคาถูกที่สุด และสะดวกที่สุด และเนื่องจากโรคนี้ไม่ใช่โรคที่จะแสดงความพิการทางร่างกายภายนอก จึงทำให้ผู้คนรอบข้างผู้หญิงคิดไปต่าง ๆ นานา บ้างก็คิดว่าผู้หญิงโรคนี้เสี่ยงงานเนื่องจากเหนื่อยง่าย บ้างก็คิดว่าเป็นผีในท้อง ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคตามแต่ความเชื่อ และวัฒนธรรมในสังคมนั้น และหากผู้ที่วินิจฉัยนั้นเป็นผู้ที่ผู้หญิงนับถือ การรักษาจะเป็นไปตามแต่ความเชื่อของคนนั้น บางครั้งหากอาการเจ็บป่วยมากจนไม่สามารถรักษาตนเอง ไม่สามารถรักษากับแพทย์พื้นบ้านได้ ผู้หญิงจึงจะไปรักษากับแพทย์ที่คลินิก หรือโรงพยาบาลที่ไม่แพงมากนัก หากแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง การรักษาที่ถูกต้องก็จะเริ่มขึ้น

การรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการ จำเป็นต้องรักษากับแพทย์เฉพาะโรคหัวใจ โดยในระยะแรกจะเริ่มรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้นก่อน แต่หากพยาธิสภาพมากขึ้นจนการรักษาทางยาไม่ได้ผล แพทย์จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อไป แต่การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการช่วยเหลือที่มุ่งแก้ไขให้ความผิดปกติทาง สรีรวิทยาของระบบไหลเวียนมากกว่าที่จะแก้ไขพยาธิสภาพ (พันธุ์พิษณฺ์ สาครพันธุ์ 2524: 653) การผ่าตัดอาจจะทำเพื่อซ่อมแซมตกแต่งหรือขยายขอบของลิ้นหัวใจเพื่อรักษาลิ้นหัวใจเดิมไว้ แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพมากก็ต้องพิจารณาทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้ลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งมีราคาแพง และผู้ป่วยจำเป็นต้องจ่ายเงินในส่วนนี้เอง ซึ่งเป็นได้ยากเนื่องจากความยากจนที่กล่าวมาแล้ว

แม้ว่าการรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการที่ดีที่สุดคือการรักษากับแพทย์เฉพาะโรคหัวใจ แต่มีเพียงไม่กี่โรงพยาบาลที่มีแพทย์และเครื่องมือในการรักษาโรคหัวใจอย่างครบครันพร้อมที่จะให้การรักษาทั้งทางยาและทางการผ่าตัด การรักษาที่ครบวงจรนี้จะมีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันนี้มีโรงพยาบาลรัฐบาลเพียงไม่กี่โรงในไม่กี่จังหวัดที่สามารถรักษาอย่างครบวงจร

กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดหนึ่งที่นับได้ว่ามีโรงพยาบาลที่มีการรักษาเฉพาะทางโรคหัวใจมากที่สุด เป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นศูนย์กลาง เพราะเป็นเมืองหลวงของประเทศและเป็นจังหวัดที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด เป็นแหล่งของความเจริญในทุกๆด้าน โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม มีการจัดตั้งบริษัท ร้านค้า โรงงานต่างๆ ขึ้นมากมายในกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดการอพยพแรงงานจากต่างจังหวัดเข้าสู่กรุงเทพมหานคร ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการรวมอยู่ด้วย ดังนั้น โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครจึงควรเป็นแหล่งบริการที่ผู้หญิงโรคนี้ควรมาใช้บริการมากที่สุด ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการส่วนใหญ่เลือกมารักษาเมื่อมีอาการมากแล้ว จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย พบว่าผู้หญิงโรคนี้ส่วนใหญ่มีใช้คนกรุงเทพมหานคร การเลือกเข้ามารับบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร สำหรับผู้หญิงชนบทที่ยากจนและอยู่ห่างไกลแทบจะเรียกว่าไม่มีในความคิด จนกว่าอาการจะรุนแรงมากขึ้นถึงขั้นไม่สามารถปฏิบัติงานประจำได้ ผู้หญิงเหล่านี้จึงเริ่มที่จะแสวงหาแหล่งรักษาที่มีชื่อเสียงและไม่แพงหรือรักษาได้โดยไม่เสียเงิน นั่นคือโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร จริงอยู่ที่ว่าโรงพยาบาลเหล่านี้ให้การรักษายาแบบไม่ต้องเสียเงิน แต่อย่างทีกล่าไปแล้วว่าผู้หญิงโรคนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จึงต้องเสียเงินค่ารถ เสียค่าเดินทาง เสียเงินรายได้ เพราะต้องขาดงาน และความเป็นผู้หญิงไทยทำให้ไม่กล้าเดินทางตามลำพัง เนื่องจากได้รับการเลี้ยงดูให้อยู่กับยายเฝ้ากับเรือน(เสริมศรี เวชชะ 2533: 3) ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นการมาพบแพทย์แต่ละครั้งจึงต้องมีเพื่อนมาด้วยทำให้ขาดรายได้ทั้งผู้พี่พามาและตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ยังเสียเวลาที่ใช้ในการเดินทาง และรอคอยการตรวจ จากการศึกษาของ ศิริอร สันธุ (1992) เรื่องความกระจำงในบทบาทหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีไทยที่ป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการที่มาติดตามการรักษาต้องใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล (เที่ยวเดียว) ประมาณ 4-8 ชั่วโมง กว่าจะได้รับการตรวจผู้ป่วยต้องรอนานถึง 4-6 ชั่วโมง โดยบางคนต้องรอนานถึงครึ่งวัน ทำให้เสียสุขภาพ ดังนั้นภายหลังการตรวจรักษาจึงต้องกลับไปนอนพักอีก 2-3 วัน จึงจะทำงานต่อไปได้ทำให้หนี้สินพอกพูน และหากคนรอบข้าง เข้าใจก็ทำให้ผู้หญิงรู้สึกดีขึ้น แต่หากไม่เข้าใจผู้หญิงโรคนี้ก็อาจท้อใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและแสวงหาวิธีการรักษาอื่นต่อไป

สำหรับผู้หญิงโรคนี้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ไม่ได้หมายความว่าจะมีการแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่เนิ่นๆ การสำรวจพบว่าผู้หญิงในเมืองมีการซื้อยากินเองมากกว่าผู้หญิงในชนบท และเมื่อมีการรักษาในโรงพยาบาลก็อาจขาดการรักษาที่ต่อเนื่องเช่นกัน เพราะทราบกันคืออยู่แล้วว่าทุกชีวิตในกรุงเทพมหานครมีความเร่งรีบตลอดเวลา ทุกเวลาเป็นเงินเป็นทอง ผู้หญิงจึงมีเวลาเฉพาะในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว แต่ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ปล่อยจนอาการ

ของโรคเป็นมาก กระทั่งต่อการดำเนินชีวิต จึงจะเริ่มหาการรักษาอย่างจริงจังมากขึ้น ดังนั้นใน
ระยะเริ่มต้นการรักษา ผู้หญิงกลุ่มนี้จึงมีการแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย หรือ ไปรักษาวิธีอื่น
แทนเลยก็ได้ เพราะสะดวกและประหยัดเงินกว่า โดยลืมนึกว่าเสียเงินน้อยแต่เสียสุขภาพมาก
กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจเพื่อนุเคราะห์
ทางสาธารณสุขจะได้เข้าใจผู้หญิงโรคนี้ดียิ่งขึ้นและเพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางสุขภาพเพื่อ
ตอบสนองความต้องการของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดย

1.สำรวจหน่วยงานรับผิดชอบทางสุขภาพในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามี 6 หน่วยงาน โดยแต่ละหน่วยงานมีโรงพยาบาลในสังกัดที่มีคลินิกโรคหัวใจหลายโรงพยาบาล ได้แก่

-โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โดยในปี พศ.2538 มีจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ประมาณ 1,963 คน

-โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โดยในปีพศ. 2538 มีจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ประมาณ 3,415 คน

-โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย มีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ 1 แห่ง คือโรงพยาบาลตำรวจ โดยในปี พศ.2538 มีจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ประมาณ 40 คน

-โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยในปี พศ.2538 มีจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ประมาณ 2,165 คน

-โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม มีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยในปี พ.ศ.2538มีจำนวนผู้หญิงโรคลึ้นหัวใจพิการ ประมาณ 2,136คน

-โรงพยาบาลในสังกัดสภากาชาดไทย มีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยในปี พ.ศ.2538มีจำนวนผู้หญิงโรคลึ้นหัวใจพิการ ประมาณ 291 คน

ดังนั้นจำนวนผู้หญิงโรคลึ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2538 มีประมาณ 10,020 คน

2.คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศิริพร ขัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง (2535: 155)กล่าวว่า

ถ้าประชากรเป็น 10,000คน ให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1 ของจำนวนประชากร ซึ่งแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{1 \times \text{ขนาดของประชากร}}{100} \\ &= \frac{1 \times 10,020}{100} = 100.2\end{aligned}$$

ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณ 200ราย

3.ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ในแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 แห่ง รวมได้ 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = $\frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด} \times \text{จำนวนของผู้หญิงโรคนี้ในแต่ละรพ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$

จากจำนวนผู้หญิงโรคลึ้นหัวใจพิการที่โรงพยาบาลราชวิถี	550	ราย
จากจำนวนผู้หญิงโรคลึ้นหัวใจพิการที่โรงพยาบาลวชิระพยาบาล	110	ราย

จากจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่โรงพยาบาลศิริราช	765	ราย
จากจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	220	ราย
จากจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่โรงพยาบาลตำรวจ	40	ราย
จากจำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	291	ราย
รวม	1,976	ราย
แทนค่า กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลราชวิถี	$= \frac{200 \times 550}{1976} = 57$	ราย
กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลวชิระพยาบาล	$= \frac{200 \times 110}{1976} = 11$	ราย
กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลศิริราช	$= \frac{200 \times 765}{1976} = 77$	ราย
กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	$= \frac{200 \times 220}{1976} = 22$	ราย
กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ	$= \frac{200 \times 40}{1976} = 4$	ราย
กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	$= \frac{200 \times 291}{1976} = 29$	ราย
รวม	200	ราย

จากนั้นใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากโรงพยาบาลดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ กระบวนการแสวงหาวิธีการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะประชากร และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภูมิลำเนา จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ช่วงเวลาในการทำงาน แหล่งรายได้ ความพึงพอใจของรายได้ส่วนตัวและครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว และการมีหรือไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ

- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น
- การรับรู้อาการผิดปกติ
- การให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพ มีจำนวน 19 ข้อ รวมใบแทรกข้อมูลอีก 21 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ โดยมีรายละเอียดในเรื่อง

- เหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง
- ระยะเวลาของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง
- การเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง
- ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ใช้ในการแสวงหาบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาในแต่ละแห่ง
- ผลของการเข้ารับบริการสุขภาพ
- เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพ

ในการสัมภาษณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทาง ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพว่าใช้เวลาานานมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการเข้ารับบริการแต่ละครั้งว่าแพงมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาในการรอคอย เพื่อเข้ารับบริการสุขภาพว่านานมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการก่อนมาเข้ารับบริการสุขภาพว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด และความรู้สึกเกี่ยวกับอาการภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพว่าดีขึ้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งในการชักถามเกี่ยวกับการรับรู้ในเรื่องต่างๆที่กล่าวมา มีการใช้ rung Cantril ladder (Cochman 1988) โดยแบ่งออกเป็น 10 ลำดับ เพื่อยืนยันความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องนั้นๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1.การรับรู้ต่อความสะดวกในการเดินทาง แบ่งเป็น 2 คำตอบ คือ สะดวกและไม่สะดวก
 - ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่สะดวก” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างชี้บอกระดับคะแนนต่อ
 - ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “สะดวก” จะให้กลุ่มตัวอย่างชี้บอกความรู้สึกต่อความสะดวก
- ด้วยการให้คะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน	แปลผล
คะแนน 1-3	สะดวกน้อย
คะแนน 4-7	สะดวกปานกลาง
คะแนน 8-10	สะดวกมาก

2.การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 คำตอบ คือ แพงและไม่

แพง

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่แพง” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนต่อ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “แพง” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกความรู้สึกต่อความแพงด้วยการให้คะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

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

3.การรับรู้ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา แบ่งเป็น 2 คำตอบคือ นานและไม่นาน

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่นาน” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนต่อ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “นาน” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกความรู้สึกต่อความนานด้วยการให้คะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

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

4.การรับรู้ต่ออาการก่อนเข้ารับบริการสุขภาพแบ่งเป็น 2 คำตอบ คือ ไม่รุนแรง และ

รุนแรง

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่รุนแรง” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกระดับคะแนนต่อ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “รุนแรง” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกความรู้สึกต่อความรุนแรงด้วยการให้คะแนนบน rung Cantril ladder โดยแปลผลดังนี้

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

5.การรับรู้ต่ออาการภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 คำตอบ คือ อาการดีขึ้น คงเดิม และแย่ลง

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “อาการคงเดิมและแย่ลง” จะไม่มีการให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นอกระดับคะแนนต่อ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “อาการดีขึ้น” จะให้กลุ่มตัวอย่างขึ้นบอกความรู้สึกต่ออาการที่ดีขึ้นด้วยการให้คะแนนบน rung Canttril ladder โดยแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน	แปลผล
คะแนน 1-3	ดีขึ้นน้อย
คะแนน 4-7	ดีขึ้นปานกลาง
คะแนน 8-10	ดีขึ้นมาก

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(semi-structure questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และเหตุผลของการเข้ารับบริการตามประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ตามความรู้สึกที่แท้จริง มีอิสระในการเลือกตอบคำถาม ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลตามความเป็นจริง ครอบคลุมในส่วนที่ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยไม่มีการชักนำจากความคิดของผู้สัมภาษณ์ ถึงแม้จะมีข้อจำกัดคือใช้เวลานาน แต่มีผลดีคือบรรยากาศการสัมภาษณ์ ไม่เคร่งเครียด ไม่บังคับผู้ตอบ และผู้วิจัยสามารถปรับข้อคำถาม หรือจัดลำดับข้อคำถามได้ตามสภาพการณ์ โดยอยู่ในขอบเขตของการวิจัย ซึ่งมีแนวทางการสร้างดังนี้

1.ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ และรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ประกอบกับประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ในการกำหนดประเด็นหลักเพื่อตอบคำถามการวิจัย

2. สร้างคำถามย่อยซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด *runng Cantril ladder* ในแต่ละประเด็นหลัก

3. ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนและกระชับขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ(content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์

จำนวน 2 คน

อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 คน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และการเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

การหาความเป็นปรนัยของเครื่องมือ(objectivity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนทำการศึกษาจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันราชการ ตามวันและเวลาดังนี้

สถานที่	วัน	เวลา
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	จันทร์,วันพฤหัสบดี	8.00-12.00น.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	อังคาร	8.00-16.00น.
โรงพยาบาลวชิระพยาบาล	พุธ	8.00-12.00น.
โรงพยาบาลตำรวจ	พุธ	13.00-16.00น.
โรงพยาบาลราชวิถี	จันทร์	13.00-16.00น.
	ศุกร์	8.00-12.00น.
โรงพยาบาลศิริราช	จันทร์	13.00-16.00น.

4.ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายในกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือรวมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ ตามรายละเอียดในเอกสารขอความร่วมมือและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย (ดังแสดงในภาคผนวก)

5.ใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี

6. ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการถามซ้ำ หรือทวนเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความเข้าใจที่ตรงกัน ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

7. การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสัมภาษณ์จนกว่าจะได้รับข้อมูลครบ ตามจำนวนข้อคำถาม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที แต่ในกรณีที่ในระหว่างการสัมภาษณ์ มีเหตุการณ์อื่นเข้ามาขัดจังหวะ ผู้สัมภาษณ์จะหยุดการสัมภาษณ์ไว้ชั่วคราว เพื่อให้เหตุการณ์นั้นผ่านไปก่อน และเริ่มการสัมภาษณ์ต่อ จนได้รับคำตอบครบ ซึ่งอาจใช้เวลานานกว่าที่กำหนด นอกจากนี้ ขณะสัมภาษณ์ ถ้ามีคำถามใดที่ผู้ป่วยไม่สะดวกใจในการตอบ ผู้ป่วยสามารถที่จะละเว้นไม่ตอบคำถาม หรืออาจขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล จากแบบสัมภาษณ์ที่บันทึกไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร และครอบครัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนค่าร้อยละ

2 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ และข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ จะมีข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลในเชิงปริมาณ และข้อมูลในเชิงคุณภาพ ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และจำนวนร้อยละ ส่วนในข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการรวบรวมคำตอบจากข้อคำถาม และวิเคราะห์ข้อความหรือประโยค จากข้อมูลการสัมภาษณ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลมา ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อความหรือประโยค ตามลักษณะข้อความที่ปรากฏ โดยการแจกแจงความถี่และจำนวนร้อยละ หลังจากนั้นนำมาจัดผลของการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ โดยบรรยายประกอบตาราง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ และหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล จำนวน 200 คน เป็นผู้ป่วยนอก 180 คน และผู้ป่วยใน 20 คน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเองด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที ระหว่างวันที่ 6 มกราคม ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2540 นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ปรากฏ แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว
2. ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว นำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยการบรรยายประกอบตาราง แจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา (ตารางที่ 1) อาชีพ ช่วงเวลาในการทำงาน (ตารางที่ 2) รายได้และความเพียงพอของรายได้ (ตารางที่ 3) บทบาทและจำนวนบทบาทในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5) การมีผู้ทำหน้าที่แทนขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพ (ตารางที่ 6) สำหรับข้อมูลลักษณะครอบครัว นำเสนอโดยการบรรยาย

ประกอบตาราง แจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (ตารางที่ 7)

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีช่วงอายุระหว่าง 15-83 ปี (ค่าเฉลี่ย 44.7ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 29.5) โดยอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ สถานภาพสมรส โสดและหม้าย ตามลำดับ โดยสถานภาพสมรสหม้าย มีทั้งหม้ายจากสามีเสียชีวิต และหม้ายจากการแยกกันอยู่ตามกฎหมาย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.5 และ 3.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.0 อีกร้อยละ 3 นับถือศาสนาอิสลาม ภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัดมากที่สุด โดยอยู่ในทุกภาคของประเทศ รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 26.5 และ 9.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพมหานครมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา โดยจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด แต่อ่านเขียนไม่คล่อง เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เข้าเรียน (ตารางที่ 1)

อัตราส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเท่ากับ 51.5: 48.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้านมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.7 และน้อยที่สุดเป็นนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 1.9 ซึ่งทั้งสองกลุ่มย่อยมีช่วงเวลาในการทำงาน และเรียนที่แน่นอนคือ 5.00-21.00น. และ 8.00-17.00 น.ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.2ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานในช่วงเวลาที่แน่นอน คือ 8.00-17.00 น. แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 รายที่ทำงานเป็นกะ จึงไม่สามารถบอกเวลาทำงานที่แน่นอนได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังประกอบอาชีพค้าขาย เป็นอาชีพที่มีกลุ่มตัวอย่างมากเป็นอันดับสองรองจากอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.7 โดยทำงานในช่วงเวลา 6.00-22.00 น. กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพในหน่วยงานของรัฐบาลกิจ คิดเป็นร้อยละ 20.6 ร้อยละ 15.5 และ ร้อยละ 2.0 โดยมีช่วงเวลาในการทำงานระหว่าง 8.00-16.00 น. 8.00-21.00 น. และ 8.00-17.00 น.ตามลำดับ (ตารางที่ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับราชการมีทั้งที่เป็นทหาร และอาจารย์มหาวิทยาลัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานรัฐบาลกิจทำงานหน่วยงานขององค์การโทรศัพท์ และการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับบริหาร

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ตั้งแต่ 3,001-6,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.1 โดยมีรายได้ต่ำที่สุด 500 บาท และรายได้สูงที่สุด 70,000 บาท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.0 มีรายได้เพียงทางเดียว คือ รายได้จากการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างเอง แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.5 มีแหล่งรายได้อื่น ๆ คือ รายได้จากสมาชิกในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่สามีเป็นแหล่งรายได้ที่ใหญ่ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.0 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด แหล่งรายได้ที่ใหญ่ที่สุดคือพี่น้อง และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย บุตรนับเป็นแหล่งรายได้ที่ใหญ่ที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีแหล่งรายได้จากเงินบำเหน็จ เงินบำนาญ และค่าเช่าบ้าน

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ใด ๆ แต่อาศัยอยู่กินร่วมกับครอบครัว ไม่สามารถบอกรายได้เป็นตัวเลขได้ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 8.5

ด้านความเพียงพอของรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาคือ พอใช้และมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 25.0 และกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือกลุ่มที่ไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 18.0 ซึ่งในกลุ่มนี้มีวิธีแก้ไขที่ทำกันมากที่สุด คือ การกู้เงินจากเพื่อนบ้าน สหกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ ขอเงินเพิ่มจากสามี บิคา มารดา พี่น้อง และบุตร คิดเป็นร้อยละ 30.5 ทำงานนอกเวลา คิดเป็นร้อยละ 8.3 ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่มีการเบิกเงินเดือนล่วงหน้า นอกจากนี้ยังมีการแก้ปัญหาด้วยการทำอาชีพเสริม โดยการเลี้ยงกระต่าย เลี้ยงไก่ขาย ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับการจำนำและขืมของ คิดเป็นร้อยละ 5.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน n=200	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15-24	38	19.0
25-34	37	18.5
35-44	50	25.0
45-54	28	14.0
55-64	33	16.5
65-74	12	6.0
75-84	2	1.0
อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 83 ปี อายุเฉลี่ย 44.7 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 29.5		
สถานภาพสมรส		
คู่	131	65.5
โสด	49	24.5
หม้าย	20	10.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	21	10.5
ประถมศึกษา	124	62.0
มัธยมศึกษา	36	18.0
อนุปริญญาและปวส.	6	3.0
ปริญญาตรี	13	6.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และช่วงเวลาในการทำงาน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
n=200		
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	103	51.5
แม่บ้าน	80	77.7
อยู่บ้านเฉย ๆ และเลี้ยงหลาน	14	13.6
ข้าราชการบำนาญ บำนาญ	7	6.8
นักศึกษา	2	1.9
มีอาชีพ	97	48.5
รับจ้าง	37	38.2
ค้าขาย	23	23.7
รับราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว	20	20.6
เกษตรกรรม (ทำสวน ทำนา ทำไร่)	15	15.5
รัฐวิสาหกิจ	2	2.0
ช่วงเวลาในการทำงาน		
บอกเวลาที่แน่นอนไม่ได้	23	11.5
(กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงหลาน และกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเป็นกะ)		
บอกเวลาที่แน่นอนได้	177	88.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ส่วนตัวต่อเดือน แหล่งรายได้ และความเพียงพอของรายได้

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
n=200		
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (บาท)		
ไม่ทราบรายได้ (ใช้จ่ายร่วมกับครอบครัว)	17	8.5
ทราบรายได้	183	91.5
น้อยกว่า 3,000	32	17.5
3,001 - 6,000	66	36.1
6,001 - 9,000	21	11.4
9,001 - 12,000	30	16.4
12,001-15,000	14	7.6
มากกว่า 15,000	20	11.0
รายได้ต่ำสุด 500 บาท รายได้สูงสุด 70,000 บาท	รายได้เฉลี่ย 9,298 บาท	S.D. =7,136.4
แหล่งรายได้		
จากการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง	52	26.0
จากสมาชิกในครอบครัว	143	71.5
สามี	70	49.0
บุตร	35	24.5
สามีและบุตร	17	11.8
พี่น้อง	13	9.1
บิดามารดา	8	5.6
จากแหล่งอื่นๆ	5	2.5
เงินบำนาญ บำนาญ	3	60.0
บ้านเช่า	2	40.0
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	50	25.0
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	114	57.0
ไม่พอใช้	36	18.0

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีบทบาทในครอบครัวอย่างน้อย 1 บทบาท คือ บทบาทผู้ป่วย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 8.5 มีบทบาทผู้ป่วยบทบาทเดียว และกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 91.5 มีบทบาทอื่นร่วมอยู่ด้วย โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบทบาทในครอบครัว 3 บทบาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ 2 บทบาท คิดเป็นร้อยละ 33.0 (ตารางที่ 4) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบทบาทในครอบครัว 3 บทบาท ส่วนใหญ่แล้วมีบทบาทผู้ป่วย บทบาทภรรยา และบทบาทมารดาาร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 71.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบทบาทในครอบครัว 2 บทบาท มีบทบาทผู้ป่วยร่วมกับบทบาทภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 ซึ่งบทบาทในที่นี้หมายถึง บทบาทที่ต้องมีหน้าที่กระทำจริง ไม่ใช่บทบาทตามสถานภาพที่สังคมกำหนด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทภรรยาจึงต้องทำหน้าที่ดูแลสามี บทบาทมารดาต้องเลี้ยงดูบุตร บทบาทบุตรต้องดูแลบิดามารดา บทบาทย่า ยายต้องดูแลหลาน และอีกบทบาทหนึ่งที่เพิ่มขึ้นมาในสังคมปัจจุบันที่ผู้หญิงต้องทำงานหารายได้ คือบทบาทผู้หารายได้

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีบทบาทของการเป็นผู้ป่วย จึงมีการดูแลตนเองทุกราย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.0 ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.0 ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทภรรยา คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีหน้าที่ดูแลสามี และในจำนวนนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 รายที่ต้องดูแลสามีที่เป็นอัมพาต โดยร้อยละ 90.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทภรรยา มีหน้าที่ทำงานบ้านร่วมด้วย

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทมารดา คิดเป็นร้อยละ 54.0 มีหน้าที่เลี้ยงดูบุตร โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 90.4 มีหน้าที่ทำงานบ้านด้วย

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทผู้หารายได้ คิดเป็นร้อยละ 46.0

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทบุตร คิดเป็นร้อยละ 16.5 มีหน้าที่ดูแลบิดามารดา โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 76.0 มีหน้าที่ทำงานบ้านร่วมด้วย

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทย่า ยาย คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีหน้าที่ดูแลหลาน โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 20.0 มีหน้าที่ทำงานบ้านร่วมด้วย (ตารางที่ 5)

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทเดียว ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยมากและผู้สูงอายุ ดังนั้นเมื่อไม่มีหน้าที่ในครอบครัว ในการมารับบริการสุขภาพจึงไม่จำเป็นต้องมีผู้ทำหน้าที่ในครอบครัวแทน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทในครอบครัวหลายบทบาทดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นเมื่อจะมาเข้ารับบริการสุขภาพ จึงต้องมีผู้ทำหน้าที่ต่างๆแทน

กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ทำหน้าที่แทน ขณะมารับบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50.3 โดยในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ผู้ที่ทำหน้าที่แทน คือ สามี กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสด ส่วนใหญ่ผู้ที่ทำหน้าที่แทน คือ บิดามารดา

กลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวแต่ไม่มีผู้ทำหน้าที่แทน คิดเป็นร้อยละ 40.7 และเพื่อไม่ให้เกิดความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นแม่บ้านที่มีบทบาทในครอบครัวหลายบทบาทจึงหาวิธีแก้ไขโดยร้อยละ 56.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่แต่ไม่มีคนทำแทน แก้ไขโดยรับมารับบริการสุขภาพให้เรียบร้อยแล้วจึงกลับไปทำ โดยต้องรีบมาวางบัตรนัดเพื่อจะได้ตรวจเป็นคนแรก ๆ ไม่ต้องรอคิวนาน กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 44.0 เลือกที่จะทำงานในหน้าที่ต่าง ๆ ให้เสร็จแล้วค่อยไปรับบริการสุขภาพ โดยมีเหตุผลว่า

“ถึงมาเร็วก็ต้องรอคิว กว่าจะตรวจเสร็จใช้เวลานาน และเมื่อตรวจเสร็จแล้วก็เหนื่อยมาก ต้องกลับไปพักก่อนทุกครั้งอย่างน้อยก็ 2-3 ชั่วโมง ดังนั้นทำทุกอย่างให้เรียบร้อยก่อนดีกว่าสบายใจดี” (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบทบาทในครอบครัว

จำนวนบทบาทในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
	n=200	
1	17	8.5
2	66	33.0
3	74	37.0
4	38	19.0
5	4	2.0
6	1	0.5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบทบาทในครอบครัว

บทบาท	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วย	200	100.0
ดูแลรักษาตนเอง	200	
ได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	180	
ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล	20	
ภรรยา	109	54.5
ดูแลสามี	107	
ทำงานบ้าน	98	
ดูแลสามีที่ป่วย	2	
มารดา	108	54.0
เลี้ยงดูบุตร	103	
เลี้ยงดูบุตรที่ป่วย	5	
ทำงานบ้าน	101	
ผู้หารายได้	92	46.0
เลี้ยงตนเอง	81	
เลี้ยงครอบครัว	65	
บุตร	33	16.5
ดูแลบิดา/มารดา	28	
ดูแลบิดา/มารดาที่ป่วย	5	
ทำงานบ้าน	25	
ชาย / ย่า	10	5.5
ดูแลหลาน	10	
ทำงานบ้าน	2	

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 รายมีบทบาทมากกว่า 1 บทบาท

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผู้ทำหน้าที่แทน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีหน้าที่ ไม่ต้องมีผู้ทำแทน	14	7.0
มีหน้าที่ แต่ไม่มีผู้ทำแทน	88	40.7
ตรวจสอบเสร็จแล้วกลับไปทำ	56	56.0
ทำเสร็จแล้วจึงมาตรวจ	32	44.0
มีหน้าที่และมีผู้ทำแทน	98	50.3
สามี	31	31.6
บิดามารดา	30	30.6
พี่น้อง	16	16.3
บุตร	15	15.3
สามีและบุตร	4	4.1
ลูกสะใภ้	2	2.1

ลักษณะครอบครัว

ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน คิดเป็นร้อยละ 82.0 โดยสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบด้วย บิดามารดา และบุตร

ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของครอบครัวที่ทราบรายได้ โดยครอบครัวที่ทราบรายได้ คิดเป็นร้อยละ 86.0 ของครอบครัวทั้งหมด โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้เก็บรายได้ทั้งหมดไว้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 14.0 เป็นครอบครัวที่ไม่ทราบรายได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นผู้เก็บเงินทั้งหมดของครอบครัว หรือรายได้ของสมาชิกในครอบครัวเป็นลักษณะใครหาใครใช้ ไม่เกี่ยวข้องกัน

ด้านความเพียงพอของรายได้ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาคือ พอใช้และมีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 26.5 และน้อยที่สุด คือ ไม่พอใช้คิดเป็นร้อยละ 15.5 ซึ่งมีวิธีแก้ไขเหมือนการไม่เพียงพอของรายได้ส่วนตัว ซึ่งวิธีใช้มากที่สุด คือ การกู้เงินจากเพื่อนบ้าน และสหกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 38.7 วิธีที่ใช้น้อยที่สุด คือ การหารรายได้เสริม การจําหน่ายและการแลกเปลี่ยนของ ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากันคือ ร้อยละ 5.6 (ตารางที่ 7)

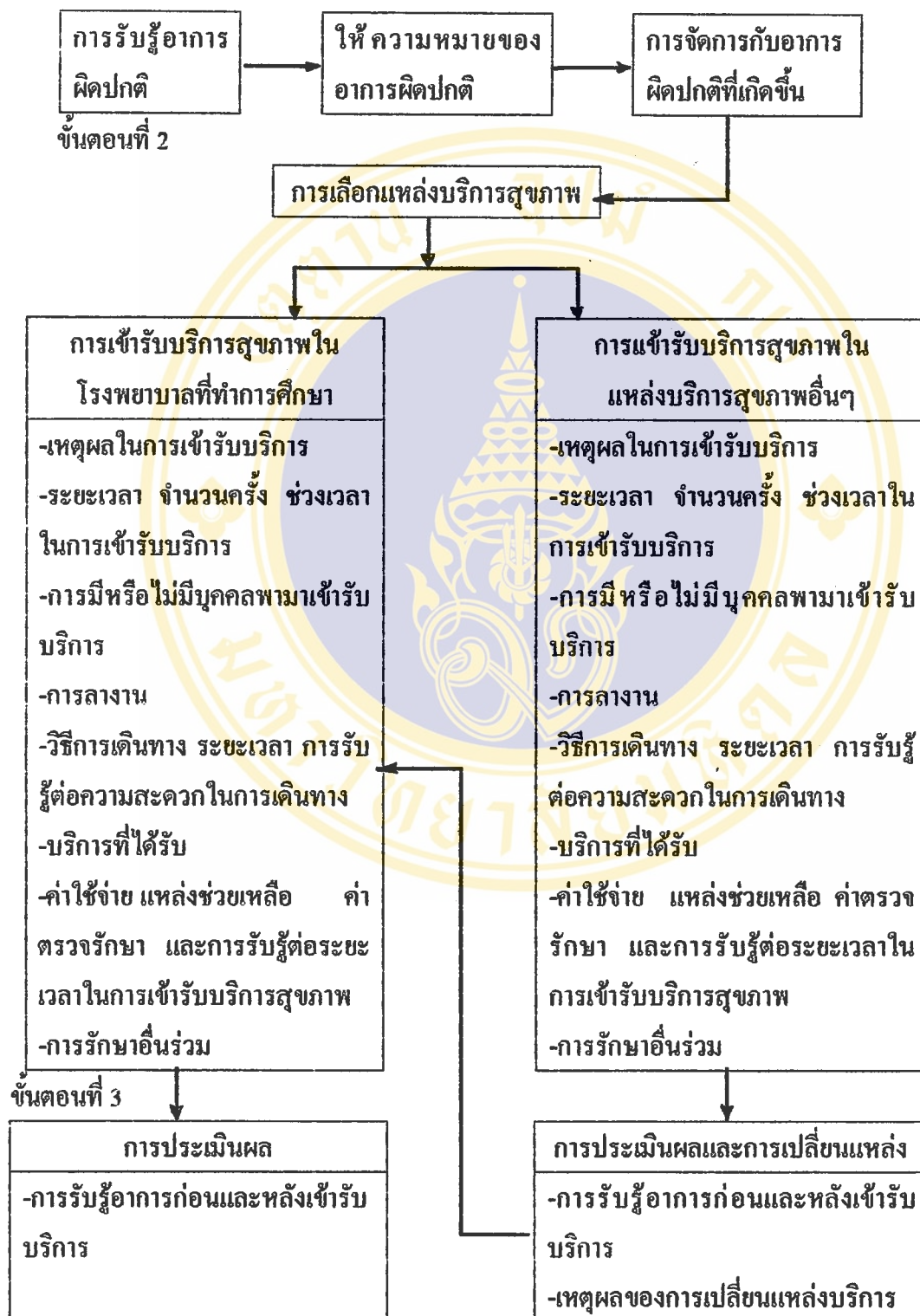
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
n=200		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1-4	164	82.0
5-9	33	16.5
มากกว่า 10	3	1.5
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ทราบรายได้	172	86.0
น้อยกว่า 3,000	20	11.6
3,001-6,000	43	25.0
6,001-9,000	26	15.1
9,001-12,000	39	22.7
12,001-15,000	10	5.8
มากกว่า 15,000	34	19.8
ไม่ทราบรายได้	28	14.0
รายได้น้อยที่สุด 500 บาท รายได้สูงสุด 70,000 บาท รายได้เฉลี่ย 9,516 บาท S.D.= 7,346.8		
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	53	26.5
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	116	58.0
ไม่พอใช้	31	15.5

2. ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ

ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ ผู้วิจัยขอนำเสนอตามลำดับของคำถามการวิจัยที่ว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติอย่างไร ให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเองและมีการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพ แต่ละแหล่งที่ไปแสวงหาบริการนั้นกลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลในการเลือกเข้ารับบริการอย่างไร มีการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพนานเท่าใด และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอย่างไรกับค่าใช้จ่าย เวลา และการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่ง นอกจากนั้นเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพแล้ว ผลของการรักษาตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไร และมีเหตุผลอะไรในการเปลี่ยนแหล่งหรือวิธีการรักษา โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็นขั้นตอนประกอบแผนภูมิกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร (แผนภูมิที่2) เพื่อให้เห็นภาพของกระบวนการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 1



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

ขั้นตอนที่ 1. การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนนี้เป็นการตอบคำถามการวิจัยในส่วนของ การเริ่มมีอาการผิดปกติ การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ และการจัดการอาการผิดปกติครั้งแรก โดยผู้วิจัยนำเสนอที่ละส่วน ดังนี้

1.1 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่าอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มีทั้งสิ้น 9 อาการ ดังนี้ อาการปวดข้อ(ร้อยละ 32.0) อาการเจ็บคอ(ร้อยละ 18.8) เหนื่อยง่าย(ร้อยละ 14.6) มีไข้(ร้อยละ 14.4) บวม(ร้อยละ 6.9) เป็นลมบ่อย(ร้อยละ 5.7) ไอเป็นเลือด(ร้อยละ 2.8) นอนราบไม่ได้(ร้อยละ 2.5) และอาการใจสั่น (ร้อยละ 2.3) (ตารางที่ 8) ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้อาการมากกว่า 1 อาการ มีเพียงร้อยละ 15.0 ที่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเพียงอาการเดียว คือกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดข้อ 26 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าเป็นลมบ่อย 4 ราย นอกนั้นอีกร้อยละ 85.5 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติมากกว่า 1 อาการร่วมกัน ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไข้ เจ็บคอ และปวดข้อ 42 ราย กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บคอและปวดข้อ 40 ราย กลุ่มตัวอย่างที่มีไข้และปวดข้อ 21 ราย กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยและปวดข้อมีจำนวน 11 ราย เท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อย บวม และนอนราบไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยและบวมมีจำนวน 10 ราย เท่ากับกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยและใจสั่น กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเป็นลมบ่อยและเหนื่อยง่าย มีจำนวน 7 รายเท่ากับกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยและไอเป็นเลือด กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อย เป็นลมบ่อยและบวมมีจำนวน 6 ราย และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อย บวมและไอเป็นเลือด มีจำนวน 5 ราย

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 129 ราย(ร้อยละ 64.5) รับรู้การผิดปกติที่เป็นอาการของโรครูห์มาติก ซึ่งได้แก่อาการไข้ ปวดข้อและเจ็บคอ กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย(ร้อยละ 16.0)รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติของโรคลิ้นหัวใจพิการ ได้แก่ อาการเหนื่อย ใจสั่น และเป็นลมบ่อย กลุ่มตัวอย่างอีก 39 ราย(ร้อยละ 19.5)รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเมื่อมีภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคลิ้นหัวใจพิการแล้ว โดยมีอาการบวม เหนื่อย นอนราบไม่ได้ และไอเป็นเลือด(ศุภชัย ไชยธีรพันธ์ 2536: 455)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้

อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ปวดข้อ	140	32.0
เจ็บคอ	82	18.8
เหนื่อยง่าย	64	14.6
ไข้	63	14.4
บวม	30	6.9
เป็นลมบ่อย	25	5.7
ไอเป็นเลือด	12	2.8
นอนราบไม่ได้	11	2.5
ใจสั่น	10	2.3
รวม	437	100.0

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 รายมีอาการมากกว่า 1 อาการ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย
รับรู้

อาการผิดปกติตามการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
อาการของโรครุห์มาติก	129	64.5
มีไข้และปวดข้อ	21	16.3
ปวดข้ออย่างเฉียบ	26	20.2
เจ็บคอและปวดข้อ	40	31.0
ไข้ เจ็บคอและปวดข้อ	42	32.5
อาการของโรคลิ้นหัวใจพิการ	32	16.0
เป็นลมบ่อย	4	12.3
เป็นลมบ่อยและเหนื่อยง่าย	7	21.8
เหนื่อยและใจเต้น	10	31.2
เหนื่อยและปวดข้อ	11	34.7
อาการของโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีภาวะ หัวใจวายร่วมด้วย	39	19.5
เหนื่อย บวมและไอเป็นเลือด	5	12.8
เหนื่อย เป็นลมบ่อยและบวม	6	15.5
เหนื่อยและ ไอเป็นเลือด	7	17.9
เหนื่อยและบวม	10	25.6
เหนื่อย บวม และนอนราบไม่ได้	11	28.2
รวม	200	100.0

1.2 การให้ความหมายของอาการผิดปกติตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว จะมีการให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายตามการรับรู้ดังนี้

1. “ไข้หวัด” กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 41.0 โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่า “ไข้หวัด” นี้ มีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บคอและปวดข้อ (ร้อยละ 48.7) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่ามีอาการไข้ เจ็บคอและปวดข้อ (ร้อยละ 51.3) เหตุผลของการให้ความหมายส่วนใหญ่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีลักษณะคล้ายกับอาการของไข้หวัดที่กลุ่มตัวอย่างเคยเห็น หรือเคยเป็นมาก่อน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างคิดว่าอาการปวดข้อมีสาเหตุมาจากการมีไข้ เมื่อมีไข้จะทำให้ปวดเมื่อยตามตัว และบางทีทำให้ปวดไปถึงกระดูก ที่กลุ่มตัวอย่างคิดเช่นนั้น เพราะพอรับประทานยาลดไข้แล้วอาการไข้จะลดลง รวมทั้งอาการปวดข้อก็จะหายไปด้วย กลุ่มตัวอย่างจึงคิดว่าอาการปวดข้อมีสาเหตุมาจากการมีไข้นั่นเอง

2. “โรคกระดูก” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 23.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่า “โรคกระดูก” นี้มีทั้งกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีอาการไข้ และปวดข้อ (ร้อยละ 44.7) และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีอาการปวดข้อเพียงอาการเดียว (ร้อยละ 55.3) เหตุผลของการให้ความหมายในกลุ่มนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้ยินมาว่า ถ้ากินสัตว์ปีกมากๆ จะทำให้เป็นโรคกระดูกได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความหมายตามอาการที่รับรู้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่าอาการไข้ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการที่ปวดข้อมากๆ

“ป่าเคยได้ยินมาว่า ถ้ากินเป็ด กินไก่มากๆ จะทำให้เป็นโรคเก๊าท์ ป่าชอบกินข้าวมันไก่กับเป็ดพะโล้มาก ตอนนั้นเลยสงสัยว่าต้องเป็นโรคนี้แน่”

“ก็มันปวดข้อ ปวดกระดูก ก็ต้องคิดว่าเป็นโรคกระดูกสิ”

3. “โรคปอด” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ร้อยละ 11.5 โดยให้ความหมายว่าเป็นโรคหอบหืด และวัณโรค ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับปอดทั้งสิ้น กลุ่มนี้มีการรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อย บวมและไอเป็นเลือด (ร้อยละ 21.7) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยและไอเป็นเลือด (ร้อยละ 30.4) และกลุ่มที่มีอาการเหนื่อย บวมและนอนราบไม่ได้ (ร้อยละ 47.9) เหตุผลของการให้ความหมายในส่วนนี้ เป็นการให้ความหมายตามอาการที่เป็น เพราะกลุ่มตัวอย่างจะเหนื่อยง่ายขึ้น แม้แต่ออกแรงน้อย ๆ หรือบางรายขณะนั่งเฉย ๆ ก็มีอาการเหนื่อย นอกจากนี้ในกลุ่มที่ให้ความ

หมายว่าเป็นวันโรค เป็นการให้ความหมายตามที่เคยได้ยินมาว่าถ้าไอออกเลือด แปลว่าต้องเป็นฝีในท้อง ซึ่งก็คือวันโรคนั่นเอง

4.“โรคหัวใจ”กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายว่าเป็น “โรคหัวใจ” ร้อยละ10.0 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายนี้ มีการรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อยและใจสั่นซึ่งมีจำนวน 10 ราย เท่ากันกับกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยและบวม(ร้อยละ50.0) เหตุผลของการให้ความหมายในกลุ่มนี้ เป็นการให้ความหมายตามที่เคยรู้มา จากการดูทีวี ฟังวิทยุ และจากการอ่านหนังสือ รวมทั้งเคยมีคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และมีอาการคล้ายอาการที่เป็น

5.“เลือดลมไม่ดี” กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายนี้ร้อยละ8.5โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายนี้มีการรับรู้ว่ามีอาการเป็นลมบ่อย(ร้อยละ23.5) เป็นลมบ่อย เหนื่อยและบวม(ร้อยละ35.3) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเป็นลมบ่อยและเหนื่อย(ร้อยละ41.2) เหตุผลของการให้ความหมายว่าเป็น “เลือดลมไม่ดี” เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าร่างกายกำลังปรับตัวให้เข้ากับภาวะใหม่ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่กำลังตั้งครรภ์ ดังนั้นในกลุ่มนี้จึงคิดว่าการเป็นลมเป็นเรื่องธรรมดาของคนท้อง กลุ่มตัวอย่างบางรายคิดว่าเพราะเป็นลมบ่อยเพราะมีอายุมาก มีอาการบวมเพราะเลือดลมในร่างกายแปรปรวนไปตามอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเป็นลมบ่อย เกือบร้อยละ90อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบอกว่าอากาศเป็นพิษมาก ทำให้ร่างกายได้รับแต่สิ่งไม่ดี เลือดลมเดินไม่สะดวก กลุ่มตัวอย่างบางรายขาดอาหารตามริมบาทวิถีตั้งแต่เช้าถึงดึก ได้รับควันดำจากรถที่แล่นไปมา ทำให้ร่างกายแย่ลง เลือดลมไม่ดีจึงเป็นลมบ่อย ๆ กลุ่มตัวอย่างสังเกตว่า ถ้าวันไหนไม่ไปขายของ อาการต่าง ๆ จะดีขึ้น

6.“โดนของ”กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ร้อยละ5.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่า “โดนของ” มีการรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อย เป็นลมบ่อยและปวดข้อทั้งหมด (ร้อยละ100.0) เหตุผลของการให้ความหมายเช่นนี้เนื่องจากอยู่ดี ๆ ก็มีอาการไม่มีวิวัฒนาการมาก่อน และอาการที่เป็นก็เป็น ๆ หาย ๆ เดี่ยวดี เดี่ยวร้าย อีกทั้งมีคนทรงมาทักถึงบ้านว่ากำลังมีเคราะห์ เพราะไปเดินบนของที่เขาสะเดาะเคราะห์ไว้ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้และการให้ความหมายของ
อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

การให้ความหมาย อาการที่เกิดขึ้น	ไข้ หวัด	โรค กระดูก	โรค ปวด	โรค หัวใจ	เลือดลม ไม่ดี	โดนของ	รวม
ไข้ เจ็บคอและปวดข้อ	42						42
เจ็บคอและปวดข้อ	40						40
ปวดข้ออย่างเดียว		26					26
ไข้และปวดข้อ		21					21
เหนื่อย เป็นลมบ่อยและ ปวดข้อ						11	11
เหนื่อย บวมและนอน ราบไม่ได้			11				11
เหนื่อยและใจสั่น				10			10
เหนื่อยและบวม				10			10
เหนื่อยและไอเป็นเลือด			7				7
เป็นลมบ่อยและเหนื่อย					7		7
เหนื่อย เป็นลมบ่อยและ บวม					6		6
เหนื่อย บวมและไอเป็น เลือด			5				5
เป็นลมบ่อย					4		4
รวม	82 (41.0)	47 (23.5)	23 (11.5)	20 (10.0)	17 (8.5)	11 (5.5)	200 (100.0)

1.3 การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเริ่มต้นจัดการกับอาการดังกล่าวด้วยการรักษาตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่มีความรุนแรงเลย โดยใช้วิธีและระยะเวลาที่แตกต่างกันไปตามการให้ความหมายคือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “ไข้หวัด” มีการรักษาตนเอง โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.0 รักษาตนเองด้วยการนอนพักผ่อนมากๆ เนื่องจากเคยได้ยินมาว่าหากเป็นหวัดให้นอนพักผ่อนแล้วจะหายเร็ว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 18.0 รักษาตนเองโดยการทำงานมากขึ้น เพื่อให้เหงื่อออก กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าหากเหงื่อออกมากไข้จะลดเร็วและหายเร็วกว่าการนอนพักหรือทำงานเบาๆ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับประทานยาลดไข้ร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลของการรักษาตนเองว่า “เป็นโรคธรรมดา ใครๆก็เป็นกันทั้งนั้น” และ “เป็นเองก็หายเอง ไม่รุนแรงอะไร” กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 1 ปีกว่า โดยอยู่ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ถึง 6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.2

2. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคกระดูก” รักษาตนเองด้วยการใช้ยานวดเวลาปวด หรือรับประทานยาแก้ปวด ให้เหตุผลในการรักษาตนเองว่า “กินยาแล้วหายปวด” “ยังทนไหว ไม่รุนแรงอะไร” และ “ยังทำงานได้” โดยมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 6 เดือน โดยอยู่ในช่วงระยเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.2

3. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคปวด” รักษาตนเองด้วยการใช้ยาสมุนไพรที่หาเองร่วมกับการพักผ่อน ให้เหตุผลในการรักษาตนเองว่า “ยังเป็นไม่มาก” และ “ไม่ขอออกไปหาหมอเพราะเสียค่าใช้จ่าย และไม่เป็นอะไรมาก” โดยมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 6 เดือน โดยอยู่ในช่วงระยะเวลาะหว่าง 1 เดือน ถึง 3 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.8

4. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคหัวใจ” รักษาตนเองด้วยการใช้ยาสมุนไพรที่หาเองร่วมกับการพักผ่อน บางรายรักษาตนเองโดยไม่ปล่อยให้เกิด เพราะสังเกตว่าถ้าเครียดแล้วจะมีอาการมากขึ้น พยายามพักผ่อนให้มากๆกลับให้สนิท ให้เหตุผลในการรักษาตนเองว่า “ยังทำงานไหว” “ยังไม่แน่ใจว่าจะเป็น” “ไม่มีเงินไปหาหมอ” และ “เคยมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้และรักษาด้วยยาสมุนไพรแล้วดีขึ้น” โดยมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ระหว่าง 1

ลำดับที่ ถึง 6 เดือน โดยอยู่ในช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 เดือน ถึง 3 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.8

5. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่า “เลือดลมไม่ดี” รักษาตนเองด้วยการพอกยาสมุนไพร ขาหมองติดตัวตลอดเวลา และในกลุ่มที่ตั้งครรภ์พยายามรับประทานนมมากขึ้น เพราะเคยได้ยินโฆษณาว่านมจะทำให้เด็กและแม่แข็งแรง โดยมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ระหว่าง 2 เดือน ถึง 2 ปี โดยอยู่ในช่วงระยะเวลา 9 เดือน ถึง 12 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.5

6. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่า “โดนของ” รักษาตนเองด้วยการไปรดและดื่มกินน้ำมนต์ เข้าวัด รักษาสิล ทำสังฆทาน โดยมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 1 ปี โดยอยู่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72.7

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะเวลาในการรักษาตนเอง

การให้ความหมาย ระยะเวลาในการรักษาตนเอง (เดือน)	ไข้หวัด	โรค กระดูก	โรค ปวด ข้อ	โรค หัวใจ	โรค เลือด ผิดปกติ	โดน ของ	รวม
น้อยกว่า 3 เดือน	10	42	22	19	5	8	106 (53.0)
3 - 6	51	5	1	1	4	1	63 (31.5)
6 - 9					2	1	3 (1.5)
9 - 12	10				6	1	17 (8.5)
มากกว่า 12 เดือน	11						11 (5.5)
รวม	82	47	23	20	17	11	200 (41.0) (25.0) (11.5) (10.0) (8.5) (5.5) (100.0)

หมายเหตุ ระยะเวลา 3-6 เดือน หมายถึงระยะเวลาดังแต่ 3 เดือนจนถึง 6 เดือนเต็ม

ระยะเวลา 6-9 เดือน หมายถึงระยะเวลาดังแต่ 6 เดือน 1วันจนถึง 9เดือนเต็ม

ระยะเวลา 9-12 เดือน หมายถึงระยะเวลาดังแต่ 9 เดือน 1วันจนถึง 12เดือนเต็ม

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพ และการเข้ารับบริการ

ในขั้นตอนนี้เป็นการตอบคำถามการวิจัยข้อ 4 - 5 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับแต่ละแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างไปแสวงหาบริการ และผลของการรักษาตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนนี้เริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินอาการภายหลังการรักษาตนเองแล้วพบว่า การรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่บรรเทา หรือมีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม กลุ่มตัวอย่างจะมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว คนรู้จัก หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในการให้ความหมาย และให้คำปรึกษาว่าควร จะเลือกรักษาในแหล่งบริการสุขภาพใด หรือยังคงรักษาตนเองต่อไป (ตารางที่ 12) โดยคำแนะนำที่ ให้มากที่สุดคือให้ไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน(ร้อยละ64.0)ทันที คำแนะนำรองลงมาคือให้ซื้อยากิน เอง(ร้อยละ21.1) ให้ไปปรึกษากับคนทรง หมอพระ หมอมนต์(ร้อยละ4.7) ให้กินยาหม้อ ยาจีน และ ยาสมุนไพร ซึ่งมีจำนวนเท่ากับการให้ไปหาหมอแผนโบราณ(ร้อยละ3.7) และคำแนะนำที่น้อยที่สุด คือให้สังเกตอาการต่ออีกระยะหนึ่งซึ่งเท่ากับคำแนะนำที่ให้พักผ่อนมากๆ(ร้อยละ1.9) ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างมีการทำตามคำแนะนำคิดเป็นร้อยละ 81.3 อีกร้อยละ 18.7 ไม่ทำตาม (ตารางที่ 13)เนื่องจาก เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับแหล่งบริการนั้นๆ กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง และไม่เชื่อถือแหล่งบริการ ดังกล่าว เพราะเคยไปมาแล้วพบว่าทำให้คนตาย

นอกจากกลุ่มที่มีการปรึกษาแล้วยังมีกลุ่มที่ไม่มีการปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.5 เนื่องจากกลัวคนในครอบครัวจะเป็นห่วง รู้สึกกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคที่สังคมรังเกียจแล้วจะไม่มีใคร จ้างทำงาน ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เลือกที่จะไปแหล่งบริการที่ไกลบ้านออกไป

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผู้ให้คำปรึกษาภายหลังการรักษาตนเอง ไม่ประสบความสำเร็จ

บุคคลที่ให้คำปรึกษา	จำนวน n=200	ร้อยละ
ไม่มีบุคคลให้คำปรึกษา	93	46.5
มีบุคคลให้คำปรึกษา	107	53.5
สมาชิกในครอบครัว	104	97.2
บิดามารดา	37	35.6
สามี	36	34.6
บุตร	17	16.4
พี่น้อง	10	9.6
สามีและบุตร	2	1.9
สามีและมารดา	2	1.9
ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว	3	2.8
เพื่อนบ้าน	2	66.7
นายจ้าง	1	33.3

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการทำตามคำแนะนำที่ได้รับ

คำแนะนำที่ได้รับ	การทำตามคำแนะนำ		รวม (ร้อยละ)
	ทำ	ไม่ทำ	
ให้ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันทันที	55	9	64 (59.8)
ให้ซื้อยามากิน	23	3	26 (24.3)
ให้กินยาหม้อ หาจิน ยาสมุนไพร	4	0	4 (3.7)
ให้สังเกตอาการต่ออีกระยะหนึ่ง	0	2	2 (1.9)
ไปหาคนทรง หมอพระ หมอมนต์	5	0	5 (4.7)
ให้หาหมอแผนโบราณ	0	4	4 (3.7)
ให้พักผ่อน ๆ เลิกทำงาน	0	2	2 (1.9)
รวม	82 (76.6)	20 (23.4)	107 (100.0)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าการรับรู้และการให้ความหมายอาการผิดปกติ เป็นขั้นตอนแรกๆ ที่นำไปสู่การจัดการอาการผิดปกติรวมทั้งการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพด้วย ซึ่งแหล่งบริการสุขภาพบางแหล่งสามารถวินิจฉัยโรคได้ทันทีว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้อย่างรวดเร็ว แต่ในแหล่งบริการสุขภาพบางแห่งไม่สามารถทำได้ทำให้ระยะเวลาในการทราบว่าตนเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันไป โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้มานานน้อยกว่า 5 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 โดยนานไม่เกิน 1 ปี มีจำนวน 48 ราย ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้ 1-2 ปี มีจำนวน 24 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าป่วยเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปถึง 3 ปี มีจำนวน 26 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าป่วยเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปถึง 4 ปี มีจำนวน 14 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าป่วยเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปถึง 5 ปี มีจำนวน 15 ราย นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปถึง 10 ปีและมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน (ร้อยละ 21.0) และ 31 คน (ร้อยละ 15.5) โดยมีระยะเวลาที่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้ตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 37 ปี (ตารางที่ 14) และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกครั้งแรกเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคนี้แตกต่างกันไป คือ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกลัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.0 ดังตัวอย่าง

“ตอนแรกเป็นลมบ่อย ถามใครๆ ก็บอกไม่เป็นไร คนท้องเขาก็เป็นลมกันทั้งนั้น พอท้องได้ 3 เดือนก็เลยมาฝากท้อง หมอเขาตรวจแล้วก็บอกว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจรั่ว ตอนแรกไม่รู้หรือหมอเขาบอกให้ฟัง กลัวมากตอนนั้น กลัวลูกจะตาย กลัวตัวเองจะเป็นอะไรไปใครจะเลี้ยงแม่ กลัวไปหมดทำอะไรไม่ถูก “

“ตอนนั้นมันคิดอะไรไม่ออก รู้แต่ว่ากลัวมาก กลัวตาย กลัวไม่มีเงินรักษา กลัวไม่หาย บอกไม่ถูก มันกลัวไปหมด “

ความรู้สึกเสียใจ คิดเป็นร้อยละ 34.0

“ตอนนั้นเสียใจมาก เสียขวัญด้วย โทษจะไปหมดทั้งพระทั้งเจ้า บอกเราไม่เคยทำชั่วเลย ทำมาถึงมาเป็นโรคกรรมนี้ได้ “

ความรู้สึกไม่เชื่อ คิดเป็นร้อยละ 10.0

“ตอนหมอบอกเป็นโรคคลื่นหัวใจ หนูไม่เชื่อเลย ก็หนูเรียนพยาบาลมา หนูรู้ว่ามันต้องฟื้นฟู ต้องคิดเชื่อก่อนแต่หนูไม่ได้เป็นอะไรเลยจะเป็นได้ยังไง “

“ตอนนั้นอายุนิดเดียว ไม่เคยคิดว่าจะเป็นโรคนี้ พอหมอบอกตอนแรกก็งงเพราะไม่รู้จักแต่หมออธิบาย เราก็ซื่อไปเลย บอกตัวเองตลอดว่าไม่จริง โรคนี้มันต้องเป็นกับคนแก่ “

ความรู้สึกท้อแท้ คิดเป็นร้อยละ 5.0

“แค่เงินจะกินไปวันๆยังมีแทบไม่พอ ยังมาเป็นโรคนี้อีก ตอนรู้ที่แรกหมดแรงเลย ไม่รู้จะเริ่มต้นยังไงดี”

ความรู้สึกโกรธ คิดเป็นร้อยละ 5.0

“แค่ไอ้โรคความดันที่เป็นอยู่ก็ว่าชวบแล้วยังจะมาเป็นโรคเรื้อรังอีก คนเดียวหมาแม่ง 2 โรคเลย เฮงชวบจริงๆ” (ตารางที่ 15)

แต่จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกอย่างหนึ่งเหมือนกันคือ ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียบทบาทที่เคยเป็นมา “เพราะเป็นโรคนี้แฟนเลยทิ้งหนูไป” “พอเป็นโรคนี้เลยดูแลลูกได้ไม่เต็มที่ รู้สึกเหมือนเรากพร่อง” ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ นี้ แม้จะเป็นความรู้สึกครั้งแรกตั้งแต่เมื่อทราบว่าตนเป็นโรคนี้ แต่ส่วนใหญ่ยังคงรู้สึกเหมือนเดิม โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยอมรับว่าเป็นโรคนี้ในครั้งแรก กล่าวว่า เพราะความรู้สึกนี้ทำให้ต้องมีการสังเกตอาการ ใหม่ มีการรับรู้และให้ความหมายกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่งว่าจะเหมือนกับที่แพทย์และพยาบาลอธิบายให้ฟังหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเริ่มรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นว่าต้องการการรักษาที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างจึงยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้จริง และใช้ข้อมูลในการรับรู้ทั้งหมดในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพต่อไป

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่าตนเป็นโรคเส้นหัวใจพิการ

ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเป็นโรคเส้นหัวใจพิการ	จำนวน n=200	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	127	63.5
5 - 10 ปี	42	21.0
มากกว่า 10 ปี	31	15.5

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้สึกครั้งแรกเมื่อทราบว่าเป็นโรค
 ลื่นหัวใจพิการ

ความรู้สึกครั้งแรก	จำนวน n=200	ร้อยละ
กลัว	92	46.0
เสียใจ	68	34.0
ไม่เชื่อ	20	10.0
หือแท้	10	5.0
โกรธ	10	5.0

การเข้ารับบริการในแหล่งบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการสุขภาพที่แหล่งบริการสุขภาพ ภายหลังประเมินแล้วพบว่า การรักษาตนเองไม่สำเร็จ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.5 มีการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการรักษาโดยไม่ผ่านแหล่งบริการสุขภาพอื่น และส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 มีการเลือกใช้แหล่งบริการทางสุขภาพแหล่งอื่นๆก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการรักษา โดยมีการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพคนละ 3 แหล่งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 รองลงมาคือ 4 แหล่ง และ 2 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 20.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 16) โดยแหล่งบริการทางสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ส่วนใหญ่ให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ คิดเป็นร้อยละ 71.6 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้

จำนวนแหล่งบริการสุขภาพ	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
2	41	20.5
3	73	36.5
4	60	30.0
5	20	10.0
6	4	2.0
7	1	0.5
8	1	0.5

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งบริการสุขภาพ และลักษณะการวินิจฉัยโรค

แหล่งบริการสุขภาพ	ลักษณะการวินิจฉัย	การวินิจฉัยโรคอื่น	การวินิจฉัยโรคคลื่นหัวใจ	รวม
	โรค	พิการ		
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	3	3		6 (1.2)
อสม.	2	0		2 (0.4)
รพ.เอกชน	5	21		26 (5.2)
รพ.ศูนย์	6	26		32 (6.4)
สถานีอนามัย	8	0		8 (1.6)
การรักษาแผนโบราณ	11	0		11 (2.2)
รพ.รัฐบาลในกทม.	17	26		43 (8.6)
รพ.ชุมชน	23	44		67 (13.4)
ร้านขายยา	25	0		25 (5.0)
คลินิก	44	36		80 (16.0)
รพ.ที่ทำการศึกษา	0	200		200 (40.0)
	รวม	144	356	500 (100.0)
		(29.4)	(71.6)	

แหล่งบริการทางสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้

แหล่งบริการทางสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ภายหลังจากการรักษาตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การรักษาแผนโบราณ ร้านขายยา อสม. สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ

กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้บริการในแหล่งบริการสุขภาพดังกล่าว โดยมีรายละเอียดในเรื่องต่างๆ เพื่อตอบคำถามการวิจัยในข้อ4-6 ดังต่อไปนี้

- เหตุผลของการเข้ารับบริการ (ตารางที่18ในภาคผนวก)
 - การเดินทางไปรับบริการสุขภาพ
 - บุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างไปรับการรักษา(ตารางที่19ในภาคผนวก)
 - ช่วงเวลาที่จะเข้ารับการรักษา
 - การลางานเพื่อเข้ารับการรักษา
 - ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ
 - ค่าใช้จ่ายต่างๆในการเข้ารับบริการ และสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 - ความรู้สึกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ
 - การรับรู้อาการของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการสุขภาพ(ตารางที่20 และ21)
 - การรักษาอย่างอื่นร่วมกับบริการที่ใช้อยู่
 - เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ(ตารางที่22ในภาคผนวก)
- ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอรายละเอียดตามแหล่งบริการทางสุขภาพแต่ละแหล่ง ดังนี้

การรักษาแผนโบราณ

การรักษาแผนโบราณเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การวินิจฉัยว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคอื่นๆทั้งหมดที่ไม่ใช่โรคหัวใจ การรักษาแผนโบราณที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เป็นการรักษาด้วยยาหม้อ ยาจีน ยาสมุนไพร คนทรง หมอพระ และหมอมนต์ กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่า “โดนของ” เนื่องจากอาการเป็นๆ หายๆ เดินได้ เดินปวด ขี่เข่าจนเดินไม่ได้ หรือบางครั้งก็ย้ายที่ปวดไปมา และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่า “เลือดลมไม่ดี” ซึ่งทั้ง 2กลุ่มมีการรับรู้อาการก่อนเข้ารับบริการว่า “รุนแรงปานกลาง”

เหตุผลในการเข้ารับบริการมาจากการรับรู้และให้ความหมายของอาการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า “โดนของเข้า” มีความเชื่อว่าจะต้องรักษาโดยเอาของที่เข้านั้นออก ซึ่งผู้ที่รักษาได้ต้องมีตาพิขและบารมี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์เดิมเคยเห็นการรักษา หายมาแล้ว จึงมารักษาด้วยวิธีนี้ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเลือดลมไม่ดี เลือกรักษารักษาวิธีนี้เพราะเพื่อนบ้านแนะนำมา บางคนช่วยพาไปด้วย และแหล่งที่รักษาก็ใกล้บ้านทำให้ไปมาสะดวก

การเดินทางมารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างสามารถเดินทางไปกลับด้วยการเดินเท้า ใช้เวลาไม่ถึงครึ่งชั่วโมง และหากบางแห่งอยู่ไกลออกไป กลุ่มตัวอย่างจะเดินทางโดยรถสองแถว รถยนต์ส่วนตัว ใช้เวลาไปกลับเพียงครึ่งชั่วโมง จึงรู้สึกว่าการเดินทางไป - กลับ เพื่อรับบริการนี้สะดวกมากที่สุด เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป - กลับประมาณคนละ 6 บาท

การไปใช้บริการเสียเวลาไม่นานบางคนไปถึงก็ได้รับบริการทันที แต่บางคนก็ต้องรอแต่รวมแล้วใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง ในเรื่องบริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เพราะผู้ให้บริการเ็นกันเอง พูดคุยซักถามอาการอย่างละเอียด ในการเข้ารับบริการมีการรอคิว แต่ไม่มีการแซงคิว ดังตัวอย่าง

“ตอนรักษาที่นั่น ไม่มีแซงคิวหรือทงุ ใครมาก่อนรักษาก่อน ส่วนคนที่ยังไม่พบท่าน ก็นั่งคุยกัน ก็คนรู้จักกันทั้งนั้น”

การลางานเพื่อมารับบริการ บริการนี้ส่วนใหญ่ยังเปิดทุกวัน ตั้งแต่ 5.00 - 24.00 น. มีเฉพาะ หมอพระที่เปิดบริการตั้งแต่ 11.30 ถึง 18.00 น. กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องลางาน จะไปไหนเวลาใดก็ได้

“อยากไปตอนไหนก็ได้ เราเลือกเวลาที่เรารว่าง ลูกว่างก็จะได้ไปด้วยกัน”

การมีคนมาเป็นเพื่อนในการเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกเวลาที่เข้ารับบริการได้ ดังนั้นทุกรายจึงมีคนไปเป็นเพื่อนในการเข้ารับบริการ โดยคนที่มาเป็นเพื่อนมีทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและคนที่เป็นเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักกัน

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพโดยเฉลี่ยไม่เกิน 20 ครั้ง (คำน้อยที่สุด 5 ครั้งมากที่สุด 60 ครั้ง) และเข้ารับบริการโดยมีระยะเวลานานเฉลี่ยประมาณ 3 เดือน (คำน้อยที่สุด 1 เดือน มากที่สุด 5 ปี) นอกจากนี้ ในการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยที่สุด 50 บาท สูงที่สุด 100 บาท ต่อครั้ง ในช่วงแรกทุกคนคิดว่าไม่แพง แต่เมื่อรักษาไประยะหนึ่ง อาการไม่ดีขึ้น หรือ ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มคิดว่าไม่คุ้มกับเงินที่เสียไป รู้สึกเมื่อเทียบกับอาการแล้วแพง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าแพงปานกลาง

เพราะเบิกไม่ได้เลย และต้องจ่ายทันที ใช้บัตรสุขภาพก็ไม่ได้ อีกร้อยละ 18.2 คิดว่าแพงมาก เพราะต้องจ่ายทุกเดือน บางครั้งถ้าอาการมากก็ต้องจ่ายเดือนละ 2 ครั้ง

เมื่อรักษาไประยะหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินอาการภายหลังการรักษาเทียบกับอาการก่อนการรักษาที่อาการรุนแรงปานกลางแล้วพบว่า อาการแย่ลงเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 72.7 อีกร้อยละ 27.3 มีอาการคงเดิม

“ไอเรื้อรังใช้นะ ไม่มีพริก แต่ก็มิปวดข้อบ้าง แม้ที่สุดก็ตรงที่มันเหนียวมาก เหนียวเหมือนใจจะขาดนะ”

“รักษาไปแล้วรู้สึกว่ามันอ้วนขึ้น สมบูรณ์ขึ้น แต่นอนไม่ได้เลย หายใจไม่ออก เวลาหลับต้องนั่งหลับ ทรมาณมาก”

เนื่องจากการรับรู้อาการที่แย่ลง ค่าใช้จ่ายที่แพงมากขึ้น ประกอบกับการปรึกษากับบุคคลในครอบครัวและคนรู้จักแล้ว (ตารางที่ 21 และ ตารางที่ 22) ทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าควรเปลี่ยนแหล่งรักษา

อาสาสมัครหมู่บ้าน

เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้แหล่งบริการนี้มีการให้ความหมายว่าเป็นไข้หวัด เนื่องจากเป็นไข้เรื้อรัง เป็นๆหายๆ ปวดเมื่อยไปหมด ปวดไปถึงกระดูก มีการให้ความหมายของอาการว่าไม่รุนแรงมาก แต่รำคาญทำงานไม่ได้ คิดว่าไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ เพราะการเป็นไข้หวัดเป็นเรื่องธรรมดาของชุมชนนั้นสามารถรักษาตนเองได้

เหตุผลในการเข้ารับบริการที่นี้เนื่องมาจากการรับรู้และการให้ความหมายดังกล่าวแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังคิดว่า อสม. เป็นผู้ผ่านการอบรมมาแล้ว น่าจะรักษาโรคต่างๆได้ อีกทั้งเป็นคนในชุมชนเองทำให้พูดคุยสะดวก ค่ายาก็ไม่แพง ถ้าไม่มีติดไว้ก่อนได้ เวลาจะใช้บริการแค่เดินไป ใช้เวลาไป - กลับไม่ถึง 10 นาที บอกอาการเสร็จก็ให้ยากลับมารับประทาน ให้คำแนะนำในการใช้ยา และให้พักผ่อนมากๆ รวมเวลาที่ใช้บริการไม่ถึงครึ่งชั่วโมง เวลาไปไม่จำเป็นต้องมีคนไปเป็นเพื่อนเพราะอยู่ใกล้ๆ แต่ถ้าปวดข้อมากาก็มีคนในครอบครัวไปเป็นเพื่อน โดยที่ทั้งกลุ่มตัวอย่างและคนไปเป็นเพื่อนไม่ต้องลางาน เนื่องจากใช้เวลาไม่มาก ไปหาช่วงเวลาใดก็ได้เพราะ อสม. อยู่ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างใช้เวลารักษาที่นี้นานน้อยที่สุด 7 วัน มากที่สุด 30 วัน เสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 10 - 20 บาท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคิดว่าไม่แพง และสะดวกในการเข้ารับบริการ แต่ต้องเปลี่ยนแหล่งรักษาเพราะอาการแย่ลงมาก และมีเพื่อนบ้านแนะนำแหล่งรักษาใหม่

“กินยาหมดไปหลายขนานแล้ว ไม่ดีขึ้นกลับแย่ลงไปอีก อสม. เลขบอกให้ไปหาหมอดีกว่า” “มันมีใช้ตลอด ปวดข้อมากขึ้น บางทีปวดจนเดินไม่ได้เลย”

ร้านขายยา

ร้านขายยาในที่นี้มีทั้งที่มีเภสัชกรและไม่มีเภสัชกรควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้บริการนี้มีการให้ความหมายของอาการดังกล่าวว่าเป็น “โรคกระดูก” ไม่มีความรุนแรงแต่ก่อให้เกิดความรำคาญเพราะเป็นเรื้อรัง และรบกวนการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็นโรคปวด ระบุว่าอาการไม่รุนแรง เนื่องจากเป็นๆหายๆ

เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกบริการนี้เพราะให้ความหมายอาการที่รับรู้ไม่รุนแรง พบได้กับทุกคน และร้านขายยามีอยู่ทั่วไปทุกที่ หาง่าย ไม่ไกลบ้าน เดินทางไป - กลับไม่ถึง 10 นาที บอกอาการแล้วก็ได้ยามารับประทาน ไม่เสียเวลามาก อีกทั้งเคยมีประสบการณ์การรักษาโรคไขข้อหวัดหายด้วยวิธีนี้มาก่อน จึงเลือกรับบริการที่นี่ ในการซื้อยาแต่ละครั้งไม่เคยเกิน 50 บาท แต่ต้องซื้อเดือนละ 2 ครั้ง

ภายหลังรับประทานยาอาการจะดีขึ้นในช่วงแรก แต่ยังเป็นไข้โดยใช้โดยใช่ลดลงเมื่อรับประทานยาแล้วก็กลับเป็นอีก จึงคิดว่าควรเปลี่ยนแหล่งรักษาโดยเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างใช้บริการที่นี่ 30 ครั้ง (ค่าต่ำสุด 5 ครั้ง สูงสุด 48 ครั้ง) โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่เกิน 6 เดือน (ค่าต่ำสุด 3 เดือน ค่าสูงสุด 2 ปี)

สถานีนอนัมย์

เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายของอาการว่าเป็น “โรคปวด” โดยที่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบความหมายของโรคปวดแต่เคยได้ยินเพื่อนบ้านพูดกันว่าถ้ามีอาการอย่างนี้ต้องเป็นโรคนี้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการรุนแรง เพราะทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ลำบากเพราะขาทั้ง 2 ข้างบวม อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มที่ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่า “เลือดลมไม่ดี” เนื่องจากส่วนใหญ่มีอายุมากแล้ว การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการที่สถานีนอนัมย์ เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ต่างจังหวัดทั้งสิ้น ส่วนใหญ่มีบัตรสุขภาพที่สามารถใช้บริการได้ แต่หากไม่มีบัตรก็พอจ่ายได้ เพราะค่ายาไม่แพง อีกทั้งพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เนื่องจากเจ้าหน้าที่เป็นกันเอง ถามไต่อาการตลอดกลุ่มตัวอย่างที่มา

ให้บริการมีการให้ความหมายอาการผิดปกติที่มีความรุนแรง จึงคิดพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันที่ใกล้ที่สุดและถูกที่สุดก่อน โดยในการเดินทางส่วนใหญ่นั่งรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ใช้เวลาในการเดินทางไป - กลับ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคิดว่าสะดวก เสียค่าเดินทางไป - กลับ คนละ 10 บาท ค่ารักษาประมาณครั้งละ 30 - 50 บาท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคิดว่าไม่แพง รวมทั้งเสียเวลาในการมาตรวจไม่นานไม่เกินครั้งละ 1 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องลางาน เพราะเป็นการทำงานในพื้นที่ และบางคนทำนา แต่มีบ้างที่ลาซึ่งเป็นการลาครั้งวัน เนื่องจากสถานีนามัยจะเปิด - ปิด ตามเวลาราชการคือ 8.00 - 16.00 น. แต่ไม่ถูกหักเงิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการคงเดิมมากที่สุด เพราะใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้น เจ้าหน้าที่อนามัยจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในทันทีที่พบอาการบวมและเหนื่อย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีที่ไม่เล็้งไข้ แต่รู้สึกลำบากใจกลัวว่าจะเป็นอะไรมาก เพราะเจ้าหน้าที่ไม่บอกรายละเอียดบอกแต่เพียงให้ถือใบส่งตัวเข้าไปในโรงพยาบาลเท่านั้น

“ตอนไปหาหมอที่อนามัย ขามันบวมมาก เดินก็ไม่ค่อยจะไหว พอไปถึงหมอเขาก็ดู ถามอาการ แล้วบอกจะเขียนหนังสือส่งตัวให้เข้าไปโรงพยาบาล เขาไม่บอกว่าเป็นอะไร แต่บอกว่าอาจเกี่ยวกับหัวใจ ปากสัวมากไม่กล้าถามอีกเลย”

“หมอที่อนามัยเขาบอกให้มาโรงพยาบาล ตอนแรกก็ไม่รู้จะไปยังไง เขาบอกแต่ให้รีบไปนะ เพราะเป็นเยอะ ปากก็รออยู่ 2 - 3 วัน หากคนไปเป็นเพื่อนกับหาดังค์คำรอดด้วย แล้วพอได้ก็ค่อยไป”

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่า อาการภายหลังการรักษาแยลงมากเพราะรักษาแล้วไม่หาย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกแหล่งบริการใหม่ ภายหลังรักษาที่นี้นานมากที่สุด 1 เดือน น้อยที่สุด 1 วัน

คลินิก

คลินิกเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการร้อยละ 10.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็น “โรคปอด” ซึ่งมีความรุนแรงเพราะเป็นโรคเกี่ยวกับปอด บางรายรับรู้ว่าการรุนแรงมาก เพราะต้องนั่งหลับ ทำให้นอนได้ไม่เต็มที่ อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายว่าเกิดจาก “เลือดลมไม่ดี” อาการรุนแรงไม่มาก เพราะส่วนใหญ่คิดว่าเป็นไปตามอายุ กลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายว่าเป็น “โรคกระดูก” รับรู้ที่มีความรุนแรงน้อยเพราะเดินไปไหนมาไหนได้ แต่เวลาปวดจะทรมานมาก

ดังนั้นเหตุผลในการมารับบริการที่มีเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่นี่ มีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงและกลัวว่าจะรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคที่ต้องใช้เวลารักษานาน จึงเลือกใช้บริการที่นี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าพอจ่ายได้เพราะคลินิกบางแห่งราคาไม่แพง กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้คลินิกที่เคยไปใช้บริการมาก่อน ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาอยู่ระหว่าง 150 - 500 บาท เบิกไม่ได้เลย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้บริการที่คลินิกไม่เกิน 10 ครั้ง (ใช้บริการต่ำสุด 1 ครั้ง มากสุด 60 ครั้ง) และมีระยะเวลาในการใช้บริการส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี (ค่าต่ำสุด 1 เดือนใช้บริการสูงสุด 5 ปี) ส่วนใหญ่มารับบริการที่นี่เพราะมีบุคคลอื่นแนะนำว่าดี หมอเก่ง ไม่เลียงใจ และกลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการมาก่อนแล้วมีความพึงพอใจในบริการที่รวดเร็ว สะดวก และใกล้บ้าน ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยอาจเดินไป นั่งมอเตอร์ไซค์ รถส่วนตัว

เมื่อเข้ารับบริการจะมีคนไปเป็นเพื่อนโดยเป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสจะไปกับสามีมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหม้ายจะไปกับบิดา มารดา และพี่น้อง

ในการเข้ารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องลางาน เพราะคลินิกมีจำนวนมาก มีทั้งที่เปิดตั้งแต่เช้าถึงเย็น บางแห่งเปิดเฉพาะช่วงเย็น และบางแห่งเปิดตลอด 24 ชั่วโมง จะเลือกไปเวลาใดก็ได้สะดวกตลอด ขณะเข้ารับบริการสุขภาพจะตรวจตามคิว ส่วนใหญ่ประทับใจเจ้าหน้าที่เพราะมารยาทดี รอไม่นาน ใช้เวลาทั้งหมดไม่เกิน 2 ชั่วโมง และเมื่อรักษาแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกดีขึ้นเล็กน้อย มีเพียงร้อยละ 22 ที่รู้สึกแย่ลงเพราะมีอาการเหนื่อยมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแหล่งบริการเนื่องจากอาการที่แย่ลง แพทย์ที่คลินิกแนะนำให้ไปโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่บอกว่าเป็นโรคหัวใจ คลินิกมีเครื่องมือไม่พอ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกว่าจ่ายที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ไม่ไหว จึงขอเปลี่ยนแหล่งรักษาเอง

โรงพยาบาลเอกชน

เป็นแหล่งที่ให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการร้อยละ 7.6 กลุ่มตัวอย่างที่เลือกรับบริการที่นี่ให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นผีในท้องซึ่งมีความรุนแรงมาก และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไอ เจ็บคอ และบวม ซึ่งอยู่ในระบบภูมิคุ้มกันร่วมกับระบบไหลเวียน มีความรุนแรงปานกลางโดยให้ความหมายว่าเป็นโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่นี่ร้อยละ 18.0 เป็นผู้ที่มีฐานะพอจ่ายได้ เบิกได้บางส่วน ร้อยละ 60.0 ต้องการบริการที่ดี รวดเร็ว เพื่อให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป ในขณะที่อีกร้อยละ 20.0 ตั้งใจจะใช้บริการเพียงครั้งเดียวเพื่อให้

ทราบว่าเป็นโรคอะไรอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะรักษาที่ได้ดี และอีกร้อยละ 2.0 มารับบริการที่นี่เพราะใกล้บ้าน และไม่คิดว่าต้องรักษานาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินทางมาด้วยรถแท็กซี่ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเดินทางไม่ถึง 1 ชั่วโมง (น้อยที่สุด 20 นาที มากที่สุด 1 ชั่วโมง) และใช้บริการน้อยที่สุด 1 ครั้ง มากที่สุด 48 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ใช้บริการไม่เกิน 10 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้บริการส่วนใหญ่ไม่เกิน 3 เดือน (น้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 2 ปี)

เมื่อมารับบริการกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวัดอุณหภูมิ วัดความดัน ชั่งน้ำหนักทุกราย และเมื่อมารับบริการครั้งแรกจะมีการตรวจเลือด ตรวจคลื่นหัวใจ ฟังหัวใจ ภายหลังซักถามอาการแล้วทุกราย การซักถามอาการจะทำโดยทั้งแพทย์และพยาบาล จะซักถามอย่างละเอียดมาก เมื่อตรวจแล้วกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 ได้รับการวินิจฉัย โดยกลุ่มตัวอย่างบอกว่าป่วยเป็นมานานแล้ว และทั้งหมดได้พากลับไปรับประทาน

เมื่อรักษาแล้ว ส่วนใหญ่อาการดีขึ้น ถึงร้อยละ 77.0 ร้อยละ 15.4 อาการคงเดิม และกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 7.6 อาการแย่ลง กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแหล่งรักษา เนื่องจากค่ารักษาแพงมาก รักษาจนไม่มีเงินจ่าย แม้จะเบิกได้แต่เบิกได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 84.6 อีกร้อยละ 84.6 อีกร้อยละ 7.7 มีบุคคลอื่นแนะนำแหล่งรักษาอื่น และร้อยละ 7.7 อาการแย่ลงจึงเปลี่ยนที่รักษา

โรงพยาบาลศูนย์

เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการ ร้อยละ 7.3 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายอาการต่างกันว่าเป็น “โรคปอด” “โรคหัวใจ” และ “เลือดลมไม่ดี” ที่ล้วนแต่มีความรุนแรงมากทั้งสิ้น เพราะรบกวนการทำงาน

เหตุผลที่มารับบริการที่นี่เนื่องจากความหมายที่ให้ส่วนใหญ่เป็นโรคของอวัยวะที่มีความสำคัญ ทำให้เป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกในกลุ่มตัวอย่างเลือกรับบริการที่นี่ คิดเป็นร้อยละ 65.0 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.0 มีบัตรสุขภาพที่สามารถใช้ได้ ร้อยละ 7.0 มีบุคคลแนะนำมา และอีกร้อยละ 3.0 ได้ยินชื่อเสียงว่าที่นี่เป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในแถบนั้น จึงมารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั่งรถสองแถวมา 1 ต่อ นอกนั้นเดินทางมาโดยรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง สามล้อ รถยนต์และมอเตอร์ไซด์ส่วนตัว ใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 2 ชั่วโมง (น้อยที่สุด 30 นาที มากที่สุด 2 ชั่วโมง) โดยส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป - กลับ คนละ 10 บาท (น้อยที่สุด 10 บาท มากที่สุด 35 บาท) และเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างใช้เวลา

ไม่เกิน 4 ชั่วโมง เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 100 - 300 บาทต่อครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างที่เบิกไม่ได้ และในกรณีที่เข้ารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบค่าใช้จ่ายจริง กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการที่นี้ 10 - 20 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด(ค่าต่ำสุด 3 ครั้ง สูงสุด 32 ครั้ง) ส่วนใหญ่ใช้บริการนาน 3 - 5 ปี (น้อยที่สุด 3 เดือน มากที่สุด 8 ปี) โดยในการเข้ารับบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวัดอุณหภูมิ ความดัน ชั่งน้ำหนัก และได้ยากลับไปรับประทานทุกราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคนมาเป็นเพื่อนมากกว่าร้อยละ 80.0 เพราะทั้งกลุ่มตัวอย่างและคนมาเป็นเพื่อนมีอาชีพทำนามากที่สุด ตรวจเสร็จแล้วค่อยกลับไปทำ และกลุ่มตัวอย่างอีกเกือบร้อยละ 20 มีอาชีพรับราชการ รับจ้าง ทำงานมาไม่ถูกหักเงิน แต่ในกรณีที่ประกอบอาชีพรับจ้างต้องมีใบรับรองแพทย์ไปยื่นขึ้นทุกครั้ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการภายหลังการรักษาดีขึ้นเฉพาะในช่วงเดือนแรกๆ แต่ระยะหลังอาการทรุดลงไปกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 62.5 และอีกร้อยละ 27.5 มีอาการคงเดิม กลุ่มตัวอย่างจึงมีการเปลี่ยนแหล่งรักษาด้วยเหตุผลดังนี้คือ จากการประเมินแล้วพบว่าอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ผู้ทำการรักษาส่งตัวมาเพราะเครื่องมือไม่พอ ไม่เคยตรวจกับแพทย์คนเดิมเลย และจากบุคคลอื่นแนะนำให้เปลี่ยน

โรงพยาบาลชุมชน

เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ โดยมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคปอด มีอาการรุนแรงเพราะมีผลต่อการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการที่นี้เพราะความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การได้รับการส่งต่อมาจากแหล่งบริการอื่น การเดินทางสะดวก และเป็นแหล่งบริการที่ใกล้บ้าน เดินทางเข้ารับบริการโดยรถประจำทาง 1 ต่อ มากที่สุด ส่วนใหญ่เสียค่าเดินทางไป - กลับ ประมาณ 6 บาท ใช้เวลาในการเดินทางไป - กลับ ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (ค่าสุดครึ่งชั่วโมง สูงสุด 1 ชั่วโมง) เมื่อเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการวัดอุณหภูมิร่างกาย การวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ชักถามอาการ และได้ยากลับไปรับประทาน ใช้เวลาในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ไม่เกิน 3 ชั่วโมง (ค่าสุด 2 ชั่วโมง สูงสุด 4 ชั่วโมง) เสียค่ารักษา 30 - 50 บาท มากที่สุด (ค่าต่ำสุด 10 บาท สูงสุด 80 บาท) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่นี้ 4 ครั้ง (น้อยที่สุด 2 ครั้ง มากที่สุด 10 ครั้ง) โดยรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนนาน 3 - 6 เดือน มากที่สุด (น้อยที่สุด 1 เดือน มากที่สุด 1 ปี)

เมื่อรับการรักษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการแยลงคิดเป็นร้อยละ 70.0 อาการคงเดิมร้อยละ 30.0 กลุ่มตัวอย่างจึงเปลี่ยนแหล่งรักษาเนื่องจากอาการที่รุนแรงขึ้น ร้อยละ 75.0 การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดร้อยละ 20.0 และจากการแนะนำของบุคคลอื่นร้อยละ 5.0

โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเส้นหัวใจพิการร้อยละ 7.3 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็น “โรคปอด” “โรคหัวใจ” “เลือดลมไม่ดี” และให้ความหมายว่ามีความรุนแรงมาก

กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการที่นี่เนื่องจากความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือค่าใช้จ่ายถูก บางครั้งไม่ต้องเสียเงินเพราะมีบัตรสังคมสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีบัตรประกันสังคมกับแหล่งบริการสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเลือกรับบริการที่นี่เพราะใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก (ตารางที่ 22) ในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั่งรถเมล์ 2 ต่อ ใช้เวลาในการเดินทางไป-กลับ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง เสียค่าเดินทางส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 บาทต่อคน (ค่าต่ำสุด 3.50 บาท สูงสุด 30 บาท)

กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเข้ารับบริการนานไม่เกิน 4 ชั่วโมง โดยได้รับการวัด อุณหภูมิร่างกาย วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ฟังหัวใจ ชักถามอาการเล็กน้อย และให้ยาไปกินทุกราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เบิกไม่ได้ เสียค่าใช้จ่ายด้านการบริการ 400 บาทต่อครั้ง (ต่ำสุด 150 บาท สูงสุด 900 บาท) มีการใช้บริการไม่เกิน 10 ครั้ง มากที่สุด (น้อยที่สุด 6 ครั้ง มากที่สุด 36 ครั้ง) และใช้ระยะเวลารักษาที่นาน 3 เดือน ถึง 6 เดือน มากที่สุด (น้อยที่สุด 1 เดือน มากที่สุด 5 ปี)

ภายหลังการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.2 ประเมินว่าอาการคงเดิม อีกร้อยละ 32.8 มีอาการแย่ลง จึงมีการเปลี่ยนการรักษาเนื่องจากความรุนแรงของอาการมากที่สุด นอกจากนี้เปลี่ยนแหล่งการรักษาเพราะการส่งต่อการรักษามายังโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา การแนะนำของบุคคลอื่น และดูทีวีเห็นข่าวในหลวงรักษาพระองค์

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

เป็นหน่วยแพทย์ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ มีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเพราะ “เลือดลมไม่ดี” และ “โรคปอด” มีความรุนแรงปานกลาง เพราะเวลามีอาการแล้วจะทำอะไรไม่ค่อยได้

กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการนี้ เนื่องจากเพื่อนบ้านแนะนำว่า

“ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรเลยจะมีหมอมาดูแลถึงที่ และหากเป็นอะไรมากก็จะส่งเข้าโรงพยาบาลที่ดีที่สุดของกรุงเทพมหานคร”

ในการเข้ารับบริการครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ฟังหัวใจ ชักประวัติอย่างละเอียดทั้งประวัติกลุ่มตัวอย่างเอง และประวัติครอบครัว ให้กลับไปรับประทาน และมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านทุก 3 เดือน จนกลุ่มตัวอย่างพร้อมทุกด้าน จึงส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปัจจุบัน ดังนั้นในการเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งด้านการรักษาและการเดินทาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการนาน 1 ปี (ค่าต่ำสุด 6 เดือน สูงสุด 1 ปี) เข้ารับบริการ 5 ครั้ง (ค่าต่ำสุด 3 ครั้ง สูงสุด 5 ครั้ง) และเปลี่ยนแหล่งบริการเนื่องจากการส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของอาการก่อนเข้ารับบริการทางสุขภาพ

แหล่ง บริการสุขภาพ	ระดับความรุนแรง	ไม่รุนแรง			รวม
		มาก	ปานกลาง	น้อย	
การรักษาแผนโบราณ			11		11
อสม.	2				2
ร้านขายยา	25				25
สถานีนอนมัย			8		8
คลินิก		26	20	34	80
รพ.เอกชน		24	2		26
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่		4	2		6
รพช.		60	7		67
รพศ.		32			32
รพ.รัฐบาลในกรุงเทพฯ		43			43
รวม	27	187	49	34	300
	(9.0)	(68.5)	(17.9)	(13.6)	(100.0)

ตารางที่ 21จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการภายหลังการเข้ารับบริการสุขภาพ

ลักษณะอาการ	แย่ง	คงเดิม	ดีขึ้น	รวม
แย่ง				
บริการสุขภาพ				
การรักษาแผนโบราณ	8	3		11
อสม.	2			2
ร้านขายยา	16	9		25
สถานีนอนมัย	3	5		8
คลินิก	66	12	2	80
รพ.เอกชน	2	4	20	26
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	2	4		6
รพช.	47	20		67
รพศ.	20	12		32
รพ.รัฐบาลในกรุงเทพฯ	14		29	43
รวม	180	69	51	300
	(60.0)	(23.0)	(17.0)	(100.0)

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

การรับรู้และการให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลปัจจุบัน มีทั้งกลุ่มที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการและกลุ่มที่ยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแล้ว ล้วนแต่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพมาจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นแล้วทั้งสิ้น ซึ่งมีทั้งหมด 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และอีกร้อยละ 51.0 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นกลุ่มที่มีทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งอื่นมาแล้ว และกลุ่มตัวอย่างที่มาที่นี้ทันทีที่ประเมินแล้วพบว่า การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกไม่ประสบผล

กลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้นี้มาแล้ว มีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากและให้ความหมายอย่างเดียวกันคือเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งในการให้ความหมายนั้น เป็นการให้ความหมายตามที่แพทย์หรือผู้รักษาในแหล่งบริการก่อนหน้านี้บอกมา โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจว่าลิ้นหัวใจเป็นส่วนหนึ่งของหัวใจ การเป็นโรคลิ้นหัวใจก็คือการเป็นโรคหัวใจอย่างหนึ่งนั่นเอง ดังนั้นเมื่อเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ อาการที่เกิดขึ้นจึงมีความรุนแรงมาก ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าหัวใจเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่

“หัวใจเป็นชีวิตทั้งชีวิต ป้าคิดว่าถ้าเป็นโรคหัวใจแล้วคงมีชีวิตอยู่ต่อไปยาก ก็เลยมารักษาให้หาย”

“หัวใจสำคัญมากนะ เพราะมันทำให้เรามีชีวิตอยู่ได้และทำงานได้”

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการมาก่อน มีการรับรู้และให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแตกต่างกันดังนี้

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.8 มีอาการเหนื่อยมากและบวม ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่จัดอยู่ในระบบไหลเวียน กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายว่า“เป็นโรคหัวใจ เลือดลมไม่ดี และไม่ทราบว่าป็นอะไร โดย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ให้ความหมายว่าเป็น “โรคหัวใจ” เนื่องจากเคยเห็นคนแถวบ้านที่เป็นโรคหัวใจมีอาการดังกล่าว เคยดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจมาก่อน ดูทีวีแล้วพบว่าถ้าเป็นโรคหัวใจจะทำให้เกิดอาการดังกล่าวได้ และเคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคหัวใจแล้วพบว่าคนที่เป็นจะมีอาการเหนื่อยและบวมได้ นอกจากนี้เ็นการให้ความหมายตามที่แพทย์บอกมา “หมอที่รักษาก่อนหน้านี้ออกมา”

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 ราย ให้ความหมายว่า”เลือดลมไม่ดี” กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40ปี เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายเสียสมดุล เพราะประจำเดือนมาขาด ๆ หาย ๆ เป็นวัยที่เลือดจะไปลมจะมา ร่างกายเลยปรับตัวไม่ทัน อีกทั้งพออายุมากขึ้นอาการก็มากขึ้นด้วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8ราย ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่า “ไม่ทราบ” แต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเพราะทำงานไม่ได้ และแหล่งบริการที่ไปใช้ก่อนหน้านี้ไม่บอกว่าเป็นอะไร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.8ที่มีอาการบวมและนอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่จัดอยู่ในระบบไหลเวียน ให้ความหมายว่าเป็นโรคหัวใจ เนื่องจากคนแถวบ้านบอกและหมอที่คลินิกก็บอกเหมือนกัน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.4ที่มีอาการเหนื่อยง่ายและนอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่จัดอยู่ในระบบไหลเวียน ให้ความหมายว่าเป็นโรคปอด เนื่องจากหมอที่ทำการรักษาก่อนหน้านี้ออกมา เวลานั้นนอนแล้วต้องตื่นมาหอบ หายใจเหนื่อย และกลุ่มตัวอย่างบางรายเคยไอเป็นเลือด ซึ่งคนแถวบ้านเชื่อกันว่าต้องเป็นวัณโรค

โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้และให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 8.0 และรับรู้ว่ามีอาการรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 92.0

เหตุผลของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับบริการสุขภาพที่นี้ด้วยเหตุผลมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป โดยคำนึงถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.2 ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 20.9 โดยในจำนวนนี้เกือบร้อยละ 80.0 ให้เหตุผลว่าเดินทางสะดวก และอีกร้อยละ 20.0ให้เหตุผลว่าระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาลใกล้กัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเลือกมารับบริการที่นี้เพราะมีบุคคลแนะนำมา คิดเป็นร้อยละ 19.3 โดยบุคคลเหล่านั้นมีทั้งเคยมารับบริการที่นี้ และเคยได้ขึ้นชื่อเสียงในการรักษาโรคของที่นี่มาก่อน ปัจจุบันเสริมอำนาจการซื้อบริการเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีบัตรประกันสังคม บัตรสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 13.7 กลุ่มตัวอย่างที่เลือกรับบริการที่นี้ยังคิดว่าที่นี้เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลไม่เก็บค่ารักษาพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเสียค่า

บริการสุขภาพใดๆเลยซึ่งเป็นเหตุผลให้มารับบริการที่นี่ ร้อยละ 8.5 การส่งต่อมาจากแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกก่อนมารับบริการที่นี่ ชื่อเสียงของแหล่งบริการสุขภาพ ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพก็เป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกบริการที่นี่ คิดเป็นร้อยละ 6.9 ร้อยละ 6.5 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 14.5 เลือกแสวงหาบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ด้วยเหตุผลเพียงข้อเดียว โดยส่วนใหญ่เลือกเพราะความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 51.7 นอกนั้นมาเพราะชื่อเสียงของแหล่งบริการ ว่ามีขนาดใหญ่ มีเครื่องมือที่ทันสมัยและมีแพทย์ที่มีความสามารถมากมาย คิดเป็นร้อยละ 31.0 และอีกร้อยละ 17.3 เลือกมารับบริการที่นี่เพราะมีความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ

การมีเพื่อนมา และการลางานของกลุ่มตัวอย่าง กับคนที่มาเป็นเพื่อน

กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่นี่เพียงลำพังโดยไม่มีคนมาเป็นเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 55.5 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการมารับบริการสุขภาพเพียงลำพังว่า ขึ้นกับความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ ระยะเวลาในการมารับบริการที่นี่ ความรุนแรงของโรค เศรษฐกิจในครอบครัว และนิสัยของกลุ่มตัวอย่างเอง ดังตัวอย่าง

ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ

“หนูมาเองได้ พ่อแม่เดินมาส่งที่ท่ารถเฉย ๆ หนูมาลงหมอนิดแล้วต่อรถเมล์ต่อเดียวก็ถึงแล้ว”

ระยะเวลาในการมารับบริการที่นี่

“รักษาที่นี่มานานหลายปี มาก็เป็นร้อย ๆ ครั้งแล้วมั้ง ก็คิดดูสิว่ามารักษาตั้งแต่เด็กนี้ยังไม่สร้างเลย”

ความรุนแรงของโรค

“ถ้าเหนื่อยมากลูกเค้าก็พาма แต่เนี่ยายังเดินเองไหวไม่ได้เป็นอะไรมากก็เลยมาเอง”

เศรษฐกิจในครอบครัว

“ผัวฉันเค้าทำก่อสร้าง ถ้าเค้ามาด้วยก็ไม่ได้ตั้งค์ นี่ฉันมาตรวจก็ต้องลาเขามา ไม่ได้ตั้งค์เหมือนกัน ถ้ามาหมดวันนี่คงไม่มีอะไรกิน”

“ที่บ้านต้องทำไร่ ยิ่งตอนนี่ต้องเก็บหัวมันด้วย ถ้าพ่อแม่มาด้วย มันจะตายหมดและกลัวขโมยด้วย หนูโตแล้วเลยบอกพ่อแม่ว่าจะมาเองให้พ่อกับแม่เก็บมันไปขาย หนูจะได้มีเงินมาหาหมอคราวหน้าด้วย”

นิสัยของกลุ่มตัวอย่าง

“สงสารลูกเพราะตัวเองก็ต้องเรียนหนังสือ ถ้ามาด้วยก็ต้องขาดเรียน เดี่ยวจะเรียนตามเพื่อนไม่ทัน”

“เกรงใจเค้าเพราะทุกคนต้องทำงานกันทั้งนั้น ถ้ามาด้วยก็ต้องขาดงานเสียประวัติ”

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.5 เป็นกลุ่มที่มีคนมาเป็นเพื่อน โดยคนที่มาเป็นเพื่อนมีทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งคนที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวมีทั้งที่เป็นเพื่อนที่คบกันมาตั้งแต่เด็กและเพื่อนร่วมงาน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชูปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่างต้องไปพักบ้านพักที่ทางวังจัดเตรียมไว้ให้และมาพร้อมกับเจ้าหน้าที่ในวัง ซึ่งคอยช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างทุกอย่าง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะดี มีคนรับใช้มาเป็นเพื่อนคอยอำนวยความสะดวกให้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องลางานเพื่อมารับบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยเป็นแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.6 รองลงมาคือ ผู้ที่ไม่มีหน้าที่ใด ๆ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ ผู้ที่ไม่มีหน้าที่ ผู้ที่อยู่บ้านเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 15.1 และน้อยที่สุดคือเป็นนักศึกษาซึ่งต้องลาเรียนมา คิดเป็นร้อยละ 1.4 ในกรณีที่มีการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องลา เนื่องจาก งานที่ทำนั้นเป็นงานส่วนตัว เมื่อมารับบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจะงดทำงานนั้น คิดเป็นร้อยละ 23.1 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งบริหาร คิดเป็นร้อยละ 2.1 โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลดังต่อไปนี้

“ป้าไม่ต้องลาหรอกจ้ะ ก็โทรบอกลูกน้องให้เค้ารู้ไว้ว่าอยู่ที่ไหน ถ้ามีงานด่วนเค้าจะโทรเข้ามาถือเองละจ้ะ

“ไม่ต้องลาหรอก แค่งานให้ครบชั่วโมงก็พอแล้ว ตำแหน่งเรานาคันนี้แล้ว ไม่รู้จะลาทำไม ยังไงเราก็ไม่โง่เวลาหลงอยู่แล้ว”

และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องลางานในการมารับบริการที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุด คือ กลุ่มที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนั้น คิดเป็นร้อยละ 0.7

“เรารู้ล่วงหน้าอยู่แล้วนี่ว่า จะมาตรวจวันไหน ก็บอกให้หัวหน้าเรารับทราบตั้งแต่เนิ่น ๆ พอจะมาตรวจก็บอกอีกทีก็มาได้เลย”

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบันแล้วต้องลางานมาแต่ไม่ถูกหักเงิน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถลาป่วย ลาพักฟื้นได้ โดยจำนวนวันที่สามารถลาป่วยได้อยู่ระหว่าง 12-45 วัน จำนวนวันลาพักฟื้นอยู่ระหว่าง 15-30 วัน และจำนวนวันลาพักฟื้น 5-10 วัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะลาทั้งวัน มีส่วนน้อยที่ลาครึ่งวัน และ

ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีวันลาป่วย ลาพักหรือลาพักร้อน แต่สามารถลาได้โดยต้องมีใบรับรองแพทย์ไปยื่นกับหน่วยงาน จึงจะไม่ถูกหักเงิน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36.7

กลุ่มตัวอย่างที่ลางานและถูกหักเงิน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง หากลางานวันไหน วันนั้นก็ไม่ได้ค่าแรง

การลางานของคนมาเป็นเพื่อนส่วนใหญ่ไม่ต้องลางาน คิดเป็นร้อยละ 58.4 เนื่องจากงานที่ทำเป็นงานส่วนตัว สามารถหยุดงานนั้นได้เพื่อมาเป็นเพื่อนกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 25.0 ซึ่งมีจำนวนเท่ากับกลุ่มที่ยังไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 19.2 เป็นผู้ที่มาคอยรับ-ส่งเท่านั้น นอกจากนี้คนที่มาเป็นเพื่อนโดยไม่ต้องลางานคือ ผู้ที่เป็นแม่บ้านซึ่งมีจำนวนเท่ากับคนที่ทำงานเป็นกะ คิดเป็นร้อยละ 9.6 คนที่มากับกลุ่มตัวอย่างมีหน้าที่คอยดูแลกลุ่มตัวอย่างอยู่แล้ว ซึ่งเท่ากับคนที่มาเป็นเพื่อนเป็นคนที่มิได้ตำแหน่งระดับบริหาร คิดเป็นร้อยละ 5.0 และกลุ่มที่น้อยที่สุดคือคนที่มาเป็นเพื่อนเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจ คิดเป็นร้อยละ 1.6

คนที่มาเป็นเพื่อนกลุ่มตัวอย่างโดยลางานมาแต่ไม่ถูกหักเงิน คิดเป็นร้อยละ 27.0 สาเหตุที่ไม่ถูกหักเงิน เพราะใช้วันลาพักร้อน และวันลาถัดมา ส่วนใหญ่มีวันลาพัก 15-40 น ลาพักร้อน 5-10 วัน

คนที่มาเป็นเพื่อนกลุ่มตัวอย่าง โดยต้องลางานและถูกหักเงิน ทั้งหมดเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างหากไม่ทำงานวันไหน วันนั้นไม่ได้ค่าแรง

ลักษณะการเดินทางไป-กลับ ในการเข้ารับบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเดินทางในลักษณะที่ต่างกันไป มีการใช้ยานพาหนะทั้งทางบกและทางน้ำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.5 เดินทางไปกลับได้ภายในวันเดียว โดยร้อยละ 1.3 ใช้วิธีเดินเท้าทั้งไปและกลับโดยไม่ใช้ยานพาหนะเลย และกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 98.7 ใช้ยานพาหนะที่เหมือนและแตกต่างกันไป โดยส่วนมากใช้ยานพาหนะเพียง 1 ต่อ คิดเป็นร้อยละ 54.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรถประจำทาง คิดเป็นร้อยละ 53.0 นอกนั้นเป็นรถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ รถสองแถว และรถรับจ้างอื่น ๆ การใช้ยานพาหนะ 2 ต่อ คิดเป็นร้อยละ 31.0 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในปริมณฑล ใช้บริการของรถประจำทางมากที่สุด การใช้ยานพาหนะ 3 ต่อ คิดเป็นร้อยละ 14.2 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ไกล

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถไป-กลับได้ภายใน 1 วัน มีการใช้ยานพาหนะ 3 ต่อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 โดยใช้ยานพาหนะจากบ้านถึงท่ารถที่จะต่อเข้ากรุงเทพมหานคร 1 ต่อ จาก

ทำรถถึงกรุงเทพมหานครอีก 1 ต่อ และจากนั้นจึงต่อยานพาหนะเพื่อมาโรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง รวมเป็น 3 ต่อ

กลุ่มตัวอย่างรองลงมาคือกลุ่มที่มีการใช้ยานพาหนะ 1 ต่อ คิดเป็นร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่เป็นรถส่วนตัว รถตู้เหมาเป็นวัน และรถสองแถวเช่ามากที่สุด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเดินทาง และกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือกลุ่มที่ใช้ยานพาหนะ 6 ต่อ เป็นการเดินทางที่มี 1 รายโดยมีการเดินทางเริ่มจากบ้านไปที่ถนนใหญ่ด้วยมอเตอร์ไซด์รับจ้าง จากนั้นต่อรถประจำทางไปยังสถานีรถไฟ นั่งรถไฟเข้ากรุงเทพมหานคร และต่อรถเมล์อีก 3 ต่อเพื่อมาโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.5 มีการรับรู้เกี่ยวกับการเดินทางว่าสะดวก อีกร้อยละ 19.5 รับรู้ว่าจะไม่สะดวกมาก เนื่องจากการเดินทางมีระยะทางไกล ต้องนั่งรถหลายต่อและไม่มีที่พักในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางไป-กลับทั้งหมดอยู่ระหว่าง 5-10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 46.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุดร้อยละ 1.0 ใช้เวลาเดินทางระหว่าง 20-25 ชั่วโมง โดยในการเดินทางเพื่อมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลปัจจุบันนี้ใช้เวลา น้อยที่สุด 3 ชั่วโมง นานที่สุด 14 วัน ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาดังกล่าวรวมระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาในการพักแรมระหว่างทาง ระยะเวลาที่ใช้ในโรงพยาบาล และระยะเวลาจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

กลุ่มตัวอย่างเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เฉพาะค่ายานพาหนะทั้งไปและกลับจากบ้านถึงโรงพยาบาลต่อครั้งต่อคน น้อยกว่า 50 บาทเป็นส่วนใหญ่โดยคิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาคือกลุ่มที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 300 บาทคิดเป็นร้อยละ 18.0 และน้อยที่สุด คือกลุ่มที่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 250-300 บาทคิดเป็นร้อยละ 2.5

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ ช่วงเวลาในการเข้ารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลปัจจุบันน้อยที่สุด 1 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการสุขภาพไม่เกิน 12 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เริ่มใช้บริการจนถึงปัจจุบัน น้อยที่สุด 1 วัน นานที่สุด 37 ปี โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุด มีการใช้บริการที่นี้ไม่เกิน 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัจจุบันเป็นผู้ที่มาตรวจตามนัด โดยมาตรวจตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดซึ่งตรงกับเวลาที่มีคลินิกโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มา

รับบริการการตรวจรักษาช่วงบ่าย คือ 13.00 - 16.00 น. คิดเป็นร้อยละ 64.0 อีกร้อยละ 36.0 มาตรวจช่วงเช้า คือ 8.00 - 12.00 น. โดยส่วนใหญ่อยากตรวจช่วงเช้ามักกว่าโดยให้เหตุผลว่า

“มาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่เช้าเพื่อวางบัตรนัดอยู่แล้ว และถ้าตรวจไม่เสร็จก็ยังมีเวลาช่วงบ่ายที่จะตรวจต่อ”

“ตอนเช้าตรวจเสร็จกลับบ้านยังพอทำอะไรได้บ้าง แต่ถ้าตรวจช่วงบ่ายต้องรีบมารับกลับ กว่าจะถึงบ้านก็มืดแล้ว เพราะรถติดมาก”

ระยะเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาใช้เวลาในการรอพบแพทย์น้อยที่สุดคือ ครึ่งชั่วโมง นานที่สุด คือ 12 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยใช้เวลานานประมาณ 4 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาระหว่าง 3-4 ชั่วโมงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.0 ระยะเวลาที่แพทย์ใช้ในการรักษากลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดคือ 3 นาที มากที่สุดคือ 10 นาที โดยเฉลี่ยแพทย์ใช้เวลาในการรักษา 6.1 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจากแพทย์ไม่เกิน 5 นาที คิดเป็นร้อยละ 77.0 ส่วนระยะเวลาในการรอยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รอนาน 30 - 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยระยะเวลาที่รอนาน้อยที่สุด 10 นาที นานที่สุด 120 นาที โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างรอนาน 54.7 นาที

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 ได้รับการตรวจอื่นๆอีกจึงต้องมีการรอเพื่อเข้ารับบริการและฟังผลการตรวจนั้นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่รอตรวจเลือดคิดเป็นร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการรอตรวจเลือด 30 - 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 69.2 รอฟังผลเลือดเร็วที่สุดครึ่งชั่วโมง ช้าที่สุด 4 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการรอผลเลือด 2.5 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการรอผลเลือด 1 - 2 ชั่วโมงมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.8 นอกจากนี้ยังมีการรอตรวจเอ็กซเรย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลารอนาน 30 - 60 นาทีมากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเวลาในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบันใช้เวลานานคิดเป็นร้อยละ 78.0 โดยคิดว่ำนานมากที่สุดร้อยละ 53.2 และอีกร้อยละ 22.0 คิดว่าไม่นาน

บริการที่ได้รับ

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลปัจจุบันได้รับบริการในการวัดความดัน และชั่งน้ำหนักทุกราย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 ได้รับยากลับไปรับประทาน เหตุที่ได้รับยารับประทานไม่ครบ 200 ราย เนื่องจากในรายที่มีการติดยาปฏิชีวนะ ซึ่งมี

ร้อยละ 20.0 กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งได้ขาดใจใกล้ครบขนาด แพทย์จึงสั่งยารับประทานด้วย แต่อีกครึ่งหนึ่งเพิ่งเริ่มฉีดยาแพทย์จึงให้ฉีดยาเพียงอย่างเดียวน ในการมาตรวจแพทย์จะให้เจาะเลือดตรวจครั้งเว้นครั้ง ในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจเลือดร้อยละ 60.0 และในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนมีอาการมากขึ้นแพทย์ให้ตรวจคลื่นหัวใจคิดเป็นร้อยละ 5.0

ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา

กลุ่มตัวอย่างทราบจำนวนเงินที่เสียไปในการตรวจรักษาคิดเป็นร้อยละ 88.0 โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด 50 บาท มากที่สุด 1,480 บาท โดยเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 300 บาทมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่เสียค่าใช้จ่ายไปก่อนจึงไม่ทราบค่าใช้จ่ายต่อครั้งซึ่งได้แก่กลุ่มที่ใช้บัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 20.8 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ไม่ทราบค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้แก่ กลุ่มที่ใช้บัตรสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 58.8 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนหรืออาจไม่ต้องเสียเลย ขึ้นอยู่กับการประเมินของนักสังคมสงเคราะห์ ในกลุ่มที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีบัตรสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องจ่ายค่ารักษาไปก่อน และเบิกคืนภายหลังโดยเบิกคืนได้ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 47.0 มากที่สุด โดยเบิกจากหน่วยงานซึ่งเป็นต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่างเอง ของบุตร สามี บิดามารดา หน่วยงานต้นสังกัดเป็นหน่วยงานของราชการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมาคือหน่วยงานของเอกชน และ รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 42.1 และ 10.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.0 เบิกค่ารักษาคืนไม่ได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 3.0 เบิกได้บางส่วน ซึ่งในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ทำงานบริษัทเอกชนจึงมีงบประมาณจำกัดในการเบิกค่ารักษาพยาบาล โดยอยู่ระหว่าง 4,000 - 5,000 บาทต่อปี กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5.0 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรสังคมสงเคราะห์ ต้องเสียเงินบางส่วน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าค่าบริการในการเข้ารับบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่แพงมากคิดเป็นร้อยละ 44.7 แพงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 40.9 โดยในกลุ่มนี้มีทั้งกลุ่มที่เบิกคืนได้ทั้งหมดคอยด้วย ดังตัวอย่าง

“ถ้าต้องจ่ายเองก็แย่เหมือนกัน จ่ายที่เป็นพันๆ ถ้าเบิกไม่ได้คงต้องกินยาแทนข้าวแน่ๆ”

และอีกร้อยละ 25.5 คิดว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่แพง คิดว่าเงินที่เสียไปคุ้มค่า

“เสียเงินแค่นี้แต่เอาชีวิตไว้ได้ ป้าว่าคุ้มยิ่งกว่าคุ้ม”

“เงินทองตายไปก็เอาไปไม่ได้ จ่ายแค่นี้แต่ชีวิตยังอยู่ก็คุ้มแล้ว”

การรับรู้อาการก่อนและหลังเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ ตนเองมีอาการรุนแรงก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคิดเป็นร้อยละ92.0โดยส่วนใหญ่คิดว่ามีระดับความรุนแรงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78.2 ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งเป็นคนที่มาฝากห้องและเพิ่งทราบว่าป็นโรค โดยกลุ่มนี้คิดว่ามีอาการรุนแรงอยู่ในระดับมากที่สุดทุกคน เพราะคิดว่าจะเป็นอันตรายกับลูกในท้องดังตัวอย่าง

“ก่อนมาตรวจที่นี่ไปตรวจที่อื่นมา เคื่บอกว่าต้องแท้งแน่ๆ ที่กลัวมากอยากให้ลูกรอด เลขมาที่นี่เพราะเคื่บอกว่าหมอเก่ง”

กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 14.0 คิดว่าอาการไม่รุนแรงเนื่องจากไม่รู้ความหมายของโรคอีกทั้งเชื่อใจหมอว่ารักษาได้ และอาการที่เป็นก็ไม่รุนแรงยังสามารถทำงานได้ตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาส่วใหญ่รับรู้ว่อาการดีขึ้นในระดับปานกลางและร้อยละ 7.5 รับรู้ว่มีอาการคงเดิมไม่เหนือยมากขึ้น ทำงานได้เหมือนเดิม อีกร้อยละ 0.5 รับรู้ว่อาการแย่ลง เพราะเหนือยมากขึ้น ทำงานไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคิดว่ามาจากที่แพทย์ให้ยาไม่เหมือนกันสักครั้งทำให้อาการไม่ดีขึ้น

การรักษาที่ใช้

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้บริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ หรือมีการใช้วิธีการรักษาอื่นร่วมกับการรักษาในโรงพยาบาลปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 2.0 โดยการรักษาโรคที่ใช้คือคนทรงคิดเป็นร้อยละ 25.0 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากการโดนของเพราะอยู่ๆก็ป็น อยู่ๆก็หายไป แต่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลปัจจุบันทั้งนี้เพราะคิดว่าไม่เสียหายอะไรสามารถรักษาด้วยกันได้

กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25.0 ใช้การรักษากับหมอพระ เพราะรู้สึกลัวว่าทำให้จิตใจสงบลง ในกลุ่มนี้เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากกรรมเก่าที่เป็นมา ต้อง ทำการสร้างสมบุญแต่หมอพระไม่ให้ยาจึงมารักษาที่นี่ด้ว คิดว่าที่หายได้และหมอยอมรักษาให้เพราะสะสมบุญเอาไว้บ้าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ .25.0 มีการใช้การรักษาที่ร้านขายยาโดยซื้อยาเหมือนกับที่แพทย์ให้

“เอายาไปให้คนขายดู คนขายจะหยิบให้ กินแล้วอาการก็เหมือนกัน ช้ราคาข้งถูกกว่าด้ว”

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.0 ใช้บริการการรักษาร่วมจากโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากบ้านอยู่ไกล “บางครั้งหากมีอาการหรือยาหมด จะไปหาหมอที่อยู่ใกล้บ้าน แต่หนูจะบอกหมอที่นี่ไว้ก่อนแล้วว่าจะกลับบ้าน เขาก็จะมีใบส่งตัวไปให้ด้วย แต่พอตรวจที่โน่นแล้วดีขึ้นพักหนึ่ง หนูก็จะมาที่นี่เลย”

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้การรักษาร่วมเป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นมาก่อนมาโรงพยาบาลทั้งสิ้น โดยกลุ่มตัวอย่างเหล่านั้น 79.5 เคยรับบริการจากแหล่งสุขภาพอื่น และอีกร้อยละ 20.5 มารับบริการที่นี่เพียงแหล่งเดียว หลังจากรักษาตัวเองไม่สำเร็จ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาล้วนไม่คิดจะเปลี่ยนแหล่งรักษาเพราะมีเหตุผลในเรื่องของ

ความสะดวกในการมารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 61.1 ดังตัวอย่าง

“ที่นี่ใกล้ที่ทำงาน ไปมาสะดวก”

ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 21.2 ดังตัวอย่าง

“ที่นี่หมอใจดีมีเงินน้อยก็ยังรักษาให้”

“ที่นี่หมอให้เรานัดเองว่าจะมาหาหมออีกเมื่อไร ทำให้เรามีเวลาหาเงินมาหาหมอ ไม่ต้องผิคนัด จะได้หายไวๆ”

เชื่อใจในความสามารถของแพทย์และพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 10.7 ดังตัวอย่าง

“เคยไปรักษาที่อื่นแล้วหมอบอกว่าหมดหวัง”

“ใครๆก็บอกว่าหมอที่นี่เก่ง และ พยาบาลก็ทำงานคล่องมากทำให้เชื่อว่าหายได้โดยเร็ว”

การรอเตียงเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในเพียง 20 ราย ซึ่งเมื่อได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเรื่องระยะเวลาในการรอเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.0 ใช้เวลาในการรอเตียงนาน 3-6 เดือน อีกร้อยละ 20.0 รอฟังเตียงว่างอยู่นานมากกว่า 6 เดือน และเมื่อได้เตียงแล้วกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 มีการรอเตียงนาน 30 นาทีภายหลังได้รับทราบจากแพทย์ว่าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกร้อยละ 40.0 รอเตียงว่างนานกว่า 1 ชั่วโมง.

การรับรู้ต่อระยะเวลาในการรอเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับรู้เวลานานมาก แต่รอได้เพราะอยากหาย (ตารางที่ 24 ถึง ตารางที่ 39 แสดงการมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลที่ทำการรักษา

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆที่กล่าวมาแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะมีการประเมินผลการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจรักษาต่อในแหล่งบริการนั้น หรือเปลี่ยนแหล่งบริการ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบัน

เหตุผลของการมาเข้ารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงของโรค	184	22.2
ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ	176	20.9
การเดินทางสะดวก	161	
ใกล้บ้าน	15	
บุคคลรอบข้างแนะนำ	168	19.3
มีปัจจัยเสริมในการเข้ารับบริการสุขภาพ	116	13.7
มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล	94	
มีบัตรประกันสังคม	12	
มีบัตรสุขภาพ	10	
คิดว่าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ	72	8.5
การส่งต่อ	58	6.9
ชื่อเสียงของแหล่งบริการสุขภาพ	55	6.5
ชื่อเสียงโรงพยาบาล	35	
ชื่อเสียงแพทย์	20	
ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ	18	2.1
มีญาติเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	17	
เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	1	
รวม	829	100.0

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีคนมาเป็นเพื่อนในการเข้ารับบริการ

การมีคนมาเป็นเพื่อนในการรับบริการสุขภาพ	จำนวน n=200	ร้อยละ
ไม่มีคนมาเป็นเพื่อน	111	55.5
มีคนมาเป็นเพื่อน	89	44.5
สมาชิกในครอบครัว	81	91.0
สามี	25	30.9
บุตร	24	29.6
พี่น้อง	13	16.0
บิดามารดา	10	12.3
หลาน	4	5.0
สามีและบุตร	3	3.7
ญาติ(พี่สะใภ้ ป้า)	2	2.5
ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว	8	9.0
เพื่อน	5	62.5
เจ้าหน้าที่ในวัง	2	25.0
คนขับรถ	1	12.5

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการลางาน

ลักษณะการลางาน	จำนวน	ร้อยละ
การลางานของกลุ่มตัวอย่าง	200	100.0
ไม่ลา	139	69.0
ลางาน ไม่ถูกหักเงิน	38	19.0
ลางานและถูกหักเงิน	23	11.5
การลางานของคนที่เป็นเพื่อน	89	
ไม่ลา	52	58.4
ลางาน ไม่ถูกหักเงิน	24	27.0
ลางานถูกหักเงิน	13	14.6

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการเดินทาง

ลักษณะการเดินทาง	จำนวน	ร้อยละ
เดินทางไป-กลับได้ภายในวันเดียว	157	78.5
ไม่ใช้ยานพาหนะ (เดิน)	2	1.3
ใช้ยานพาหนะ	155	98.7
1ต่อ	85	54.8
2ต่อ	48	31.0
3ต่อ	22	14.2
เดินทางไป-กลับภายในวันเดียวไม่ได้		
ใช้ยานพาหนะ	43	21.5
1ต่อ	10	23.3
2ต่อ	5	11.6
3ต่อ	22	51.2
4ต่อ	5	11.6
5ต่อ	0	0.0
6ต่อ	1	2.3

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ

การรับรู้ในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สะดวก	39	19.5
มาก	39	
สะดวก	161	80.5
ปานกลาง	64	
มาก	97	

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการเดินทาง ตั้งแต่ออกจากบ้านจนกลับเข้าบ้านอีกครั้งหนึ่ง

ระยะเวลาในการเดินทาง (ชั่วโมง)	จำนวน n=200	ร้อยละ
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	9	4.5
5 - 10	93	46.5
10 -15	54	27.0
15-20	6	3.0
20-25	2	1.0
มากกว่า 25 ชั่วโมง	36	18.0

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการต่อครั้งต่อคน

ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ สุขภาพ (บาท)	จำนวน n=200	ร้อยละ
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 50	114	57.0
50 - 100	15	7.5
100-150	10	5.0
150-200	13	6.5
200-250	7	3.5
250-300	5	2.5
มากกว่า 300	36	18.0

ค่าเดินทางต่ำสุด 3.50บาท ค่าเดินทางสูงสุด 1500 บาท

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
n=200		
จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการสุขภาพ (ครั้ง)		
น้อยกว่า 12	84	42.0
12 - 24	25	12.5
24 - 36	15	7.5
36 - 48	17	8.5
48 - 60	11	5.5
60 - 72	5	2.5
72 - 84	8	4.0
84 - 96	3	1.5
96-108	2	1.0
108-120	11	5.5
มากกว่า 120	14	7.0
ระยะเวลาของการเข้ารับบริการสุขภาพ (ปี)		
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 1 ปี	69	34.5
1-2	22	11.0
2-3	18	9.0
3-4	15	7.5
4-5	18	9.0
5-6	5	2.5
6-7	6	3.0
7-8	3	1.5
8-9	1	0.5
9-10	15	7.5
มากกว่า 10 ปี	28	14.0

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการตรวจแต่ละอย่าง

ระยะเวลาในการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
รพพบแพทย์ (ชั่วโมง)	200	
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 1 ชั่วโมง	6	
1-2	27	
2-3	51	
3-4	56	26.0
4-5	26	
5-6	9	
6-7	13	
7-8	5	
8-9	4	
9-10	2	
มากกว่า 10 ชั่วโมง	1	0.5
ระยะเวลาที่แพทย์ทำการตรวจรักษา (นาที)	200	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 นาที	154	77.0
5-10	46	23.0
ระยะเวลาในการรอ (นาที)	200	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	55	
30-60	129	64.5
60-90	11	
90-120	5	2.5
ระยะเวลารอตรวจเลือด (นาที)	120	
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 30 นาที	37	18.5
30-60	83	41.5

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ระยะเวลาในการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลารอผลเลือด (ชั่วโมง)	130	
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 1 ชั่วโมง	13	
1-2	57	43.8
2-3	38	
3-4	12	9.2
ระยะเวลารอตรวจคลื่นหัวใจ (นาที)	10	
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 นาที	3	30.0
15-30	7	70.0
รอเอกซเรย์ (นาที)	10	
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 30 นาที	4	40.0
30-60	6	60.0
ทำบัตรนัด (นาที)	200	
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 นาที	32	
5-10	29	
10-15	45	
15-20	6	3.0
20-25	0	0.0
25-30	88	44.0

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา

การรับรู้เกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา	จำนวน	ร้อยละ
นาน	156	78.0
ปานกลาง	73	46.8
มากที่สุด	83	53.2
ไม่นาน	44	22.0
ปานกลาง	27	61.4
มากที่สุด	17	38.6

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบริการที่ได้รับ

บริการที่ได้รับ	จำนวน	ร้อยละ
วัดความดันและชั่งน้ำหนัก	200	100.0
ตรวจคลื่นหัวใจ	10	5.0
เจาะเลือดตรวจ	120	60.0
ฉีดยา	40	20.0
ได้รับยาไปรับประทานที่บ้าน	180	90.0

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาต่อครั้ง

ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา (บาท)	จำนวน	ร้อยละ
ทราบค่าใช้จ่าย	176	88.0
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 300 บาท	86	48.9
300-600	31	
600-900	22	
900-1,200	24	
มากกว่า 1,200 บาท	13	7.4
ไม่ทราบค่าใช้จ่าย	24	12.0
จ่ายเงินล่วงหน้าแล้ว	7	29.2
-บัตรสุขภาพ	5	
-บัตรประกันสังคม	2	
ใช้บัตรสงเคราะห์	12	50.0
ใช้บัตรผู้สูงอายุ	5	20.8

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการจ่ายค่าตรวจรักษา

ลักษณะการจ่ายค่าตรวจรักษา	จำนวน	ร้อยละ
เบิกคืนได้ทั้งหมด	94	47.0
เบิกได้บางส่วน	6	3.0
เบิกคืนไม่ได้	100	50.0
เสียบางส่วน	10	
เสียทั้งหมด	90	

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป

การรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป	จำนวน	ร้อยละ
แพง	149	74.5
ปานกลาง	61	40.9
มากที่สุด	88	59.1
ไม่แพง	51	25.5
ปานกลาง	34	66.7
มากที่สุด	17	33.3
ไม่ทราบ	7	3.5

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของ
อาการ ก่อนและหลังเข้ารับบริการสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ	จำนวน	ร้อยละ
อาการก่อนเข้ารับบริการสุขภาพ		
รุนแรง	174	87.0
ปานกลาง	48	27.6
มากที่สุด	126	72.4
ไม่รุนแรง	26	13.0
ปานกลาง	17	65.4
มากที่สุด	9	34.6
อาการภายหลังเข้ารับบริการสุขภาพ		
คงเดิม	15	7.5
แย่ลง	1	0.5
มากที่สุด	1	
ดีขึ้น	184	92.0
น้อยที่สุด	11	6.0
ปานกลาง	121	65.8
มากที่สุด	52	28.2

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาที่ใช้ ภายหลังการรักษาตนเอง

ลักษณะการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบัน		
ไม่เคยรักษารักษาอย่างอื่น	41	20.5
เคยรับการรักษาอย่างอื่นมาก่อน	159	79.5
เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลปัจจุบัน		
ไม่ใช้การรักษาอย่างอื่นร่วม	196	98.0
ใช้การรักษาอย่างอื่นร่วม	4	2.0
คนทรง	1	
หมอพระ	1	
ร้านขายยา	1	
โรงพยาบาลศูนย์	1	

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

ขั้นตอนนี้เป็น การตอบคำถามการวิจัยในเรื่องของเหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพหรือวิธีการรักษา โดยการประเมินผลบริการจะกระทำภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการนั้นแล้ว ซึ่งจะพิจารณาได้จากการรับรู้การภายหลังการรักษา การรับรู้ต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้มีการเปลี่ยนแหล่งบริการได้ ขั้นตอนนี้เริ่มจากการประเมินในแต่ละที่ที่ไปใช้บริการก่อนที่จะมีการแสวงหาบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่า เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพที่พบในทุกแหล่งบริการ คือ ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 45.3) โดยการประเมินจากผลของการรักษาตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งจากการรับรู้การก่อนเข้ารับบริการและจากอาการภายหลังเข้ารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ว่าการก่อนเข้ารับบริการอยู่ในระดับรุนแรงมาก มากที่สุด (ร้อยละ 68.5) และจากการประเมินอาการภายหลังการเข้ารับบริการในแต่ละที่ พบว่ามีอาการแย่ลงมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) นอกจากนี้เหตุผลรองลงมาของการเปลี่ยนแหล่งการรักษา คือ ค่าใช้จ่ายแพง (ร้อยละ 21.0) การส่งต่อ (ร้อยละ 19.2) การแนะนำของบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 13.9) และการไม่แน่ใจในบริการที่ได้รับ โดยมีการเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาทุกครั้ง และการดูข่าวทีวีเกี่ยวกับการรักษาในหลวงในแหล่งบริการอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เท่านั้น (ร้อยละ 0.3)

ผลการวิจัยพบว่า “ค่าใช้จ่ายแพง” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ 2 แห่ง คือ คลินิก (ร้อยละ 73.5) และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 26.5) “การส่งต่อ” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ 6 แห่ง คือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 5.3) หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (ร้อยละ 7.8) โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 18.6) โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อ 15 รายเท่ากับโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 19.7) และคลินิก (ร้อยละ 28.9) “การแนะนำของบุคคลรอบข้าง” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพเกือบทุกแห่งยกเว้นคลินิก และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ “การไม่แน่ใจในบริการที่ได้รับ” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1 ราย (ร้อยละ 0.3)

จากการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร พบว่าการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย

เหล่านี้ด้วย คือ การรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นรวมทั้งการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นนั้น การแนะนำจากบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ความพึงพอใจและความเชื่อถือในบริการที่ได้รับ



การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรค
ลิ้นหัวใจพิการในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 15
ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการสุขภาพ ณ คลินิกโรคหัวใจ และหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศิริราช
โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งสามารถจัดข้อมูลที่ได้ออกเป็น 2 ส่วน โดย
อภิปรายที่แต่ละส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการใน
กรุงเทพมหานคร

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการสุขภาพมีอายุเฉลี่ยประมาณ 44.7 ปีโดย
มีกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าค่าเฉลี่ยถึงร้อยละ 62.5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจ
พิการโดยเฉพาะผู้ป่วยในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มักจะมีการแสดงของโรคตั้งแต่
อายุน้อยๆ เช่น 15-18 ปี เนื่องจากกระบวนการเกิดโรคค่อนข้างสั้น (ฉลาด โสมะบุตร และ พิงใจ
งามอุโฆษ 2536: 412) ดังนั้นการแสดงอาการของโรคนี้จึงมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-40
ปี (กัมพล ประชเวศ 2528: 519) และช่วงอายุที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ ช่วงอายุ
ระหว่าง 35-44 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้วรวมทั้งธรรมชาติของโรคนี้ ถึงแม้จะ
ได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง แต่อาการต่างๆก็จะทุเลาไปได้เอง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าหายและขาดการ
รักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้งหลายครา (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ 2529: 69) จน
กลายเป็นโรคเรื้อรัง และเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น อาการของโรคก็จะรุนแรงขึ้น โดยพบว่าอัตราตาย
สูงสุดของโรคนี้อยู่ระหว่างอายุ 35-55 ปี (ชุมพล วงศ์ประทีป และคณะ 2536: 400)

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในต่างจังหวัด
ซึ่งในสังคมไทยโดยเฉพาะในชนบท ถือว่าผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ใหญเต็มตัว

สามารถแต่งงานมีครอบครัวได้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 65.5 โดยที่กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 6.5 และ 3.5 มีสถานภาพสมรสโสดและหม้ายตามลำดับ

ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพสมรสเช่นไร เมื่ออยู่รวมกันเป็นครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจะมีบทบาทในครอบครัว โดยทุกรายจะมีบทบาทผู้ป่วย 1 บทบาทเสมอ และในจำนวนทั้งหมดนี้ร้อยละ 8.5 เป็นผู้ที่มิบทบาทผู้ป่วยเพียงบทบาทเดียว เพราะมีอาการของโรคค่อนข้างรุนแรงหรือเป็นผู้สูงอายุ จึงไม่มีหน้าที่หรือบทบาทอื่นในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 91.5 เป็นผู้ที่มิบทบาทอื่นร่วมด้วย โดยมีจำนวนบทบาท 3 บทบาทมากที่สุด ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่จะมีบทบาทผู้ป่วย บทบาทภรรยาและบทบาทมารดาด้วยกัน ทั้งนี้เพราะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว และบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่ผู้หญิงคิดว่าเป็นบทบาทของตนเอง (วริยา ไม่ปรากฏปี พ.ศ. :4) รวมทั้งเป็นบทบาทขั้นพื้นฐานที่สังคมคาดหวังไว้ว่า ผู้หญิงควรเป็นผู้โอบอุ้มครอบครัวทั้งในฐานะมารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตร และบทบาทภรรยาที่ต้องปรนนิบัติสามี (เอี่ยมพร ทองกระจ่าย 2539: 1)

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับบริการสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทดังกล่าวได้ตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจึงต้องหาวิธีแก้ไข โดยพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการสุขภาพมีผู้ทำหน้าที่แทนกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่สามีจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนมากที่สุด และหากมีสถานภาพสมรสอื่น บุคคลที่ทำหน้าที่แทนส่วนใหญ่คือบิดามารดา ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 91) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดในสังคมไทย จะไม่อยู่ตามลำพัง ไม่ขาดคู่คิด หรือขาดบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือค่าจูน เพราะลักษณะของครอบครัวไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวได้เหมือนก่อน สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวก็จะเข้ามารับบทบาทแทนอาจเป็นบิดามารดา หรือญาติพี่น้อง ซึ่งสังคมไทยเป็นระบบเครือญาติอยู่แล้วจึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ(สุพัตรา สุภาพ 2524:7) แต่ในกรณีที่ไม่มีผู้ทำหน้าที่แทน กลุ่มตัวอย่างจะแก้ไขโดยทำหน้าที่ทุกอย่างให้เรียบร้อยแล้วค่อยมาตรวจ หรือตรวจรักษาให้เรียบร้อยแล้วค่อยกลับไปทำ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน คิดอยู่เสมอว่าบทบาทหลักของผู้หญิงคือบทบาทภรรยา และบทบาทมารดา (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2538: 1) ดังนั้นจึงคาดหวังว่าตนเองจะต้องทำบทบาทดังกล่าวให้ดีที่สุด (เอี่ยมพร ทองกระจ่าย 2539: 4)ไม่ควรผลักรถนี้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวจึงไม่มีใครทำหน้าที่แทนขณะมารับบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ มีการอ่านเขียนที่ไม่คล่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเชื่อดั้งเดิมในสังคมไทย ที่ผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงดูบุตร ทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการศึกษาในระดับสูง (ปราณี วงศ์เทศ 2535: 191) ในผู้ที่มีสถานภาพสมรสในกลุ่มนี้จึงเป็นแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.7 โดยต้องทำงานตลอดทั้งวัน และมีรายได้จากสามี หรือบุคคลในครอบครัวเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.5 มีการประกอบอาชีพ โดยมืออาชีพรับจ้างมากที่สุด เพราะการศึกษาที่น้อยทำให้ต้องประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานที่มีรายได้เป็นรายวัน เป็นลักษณะหาเช้ากินค่ำ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท มากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างยังมีการประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.7 ซึ่งเป็นการค้าขายของชำเล็กๆ น้อยๆ ขายอาหารตามถนน โดยมีช่วงเวลาในการทำงานตั้งแต่ 6.00-22.00 น. นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวอีกร้อยละ 20.6 มีช่วงเวลาทำงาน 8.00-16.00 น. ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับราชการ และรัฐวิสาหกิจ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับบริหาร รายได้ของกลุ่มตัวอย่างจึงค่อนข้างสูงถึง 70,000 บาท

รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เก็บเงินของครอบครัวทั้งหมด ดังนั้นในด้านความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวกับความเพียงพอของรายได้ครอบครัวจึงคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ทั้งนี้เพราะมีรายได้เป็นรายวัน โดยคิดต่อเดือนแล้วส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท ซึ่งค่อนข้างต่ำสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในสังคมปัจจุบันที่ข้าวของมีราคาแพง ในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.0 รายได้พอใช้และมีเหลือเก็บ เพราะส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างสูง มีรายได้จากด้านอื่นๆ เช่นค่าเช่าบ้าน และมีรายจ่ายน้อย กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 18.0 มีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องแก้ไขโดยการกู้ยืมจากเพื่อนบ้าน สหกรณ์ บางครั้งต้องทำงานนอกเวลาเพิ่มขึ้น เบิกเงินล่วงหน้าซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันมากในกลุ่มอาชีพรับจ้าง และวิธีที่ใช้กันน้อยที่สุดคือการจำนำของ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ไม่มีสิ่งของมีค่ามากพอที่จะจำนำได้ วิธีนี้จึงไม่นิยม

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท ซึ่งนับเป็นรายได้ที่ต่ำสำหรับสังคมปัจจุบันที่ข้าวของมีราคาแพง ซึ่งการที่มีรายได้ต่ำ นอกจากจะก่อให้เกิดความเครียดแล้วยังมีผลต่อการเกิดโรคอีกด้วย ทั้งนี้เพราะฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการสนับสนุนด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายและความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง (Finlayson 1979 ใน กฤษฎา ตงศิริ 2531: 89) นอกจากนี้รายได้ที่มากยังช่วยให้คนเรามีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือใน

การรักษาพยาบาล สามารถรับการรักษาย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ มีความเครียดจากการหาเลี้ยงชีพ จนไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงก่อให้เกิดโรคได้ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์ 2533: 91) ซึ่งโรคลิ้นหัวใจพิการก็เป็นโรคหนึ่งที่เกิดกับผู้หญิงที่มีเศรษฐกิจต่ำ (ชุมพล วงศ์ประทีปและคณะ 2536: 400)

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีทั้งรายได้และการศึกษาน้อยจะยิ่งส่งเสริมให้เกิดโรคลิ้นหัวใจมากยิ่งขึ้นกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้และการศึกษาดีซึ่งตรงกับการศึกษาของจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิระ (2539: 74) ที่พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาดี ย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและได้ค่าตอบแทนสูงกว่า มีการพัฒนาสติปัญญา การเรียนรู้ เข้าใจในเรื่องต่างๆของชีวิต รวมไปถึงสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพที่เหมาะสม จึงทำให้มีสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาและรายได้ที่ต่ำ ที่มุ่งสนใจแต่เรื่องปากท้องมากกว่าเรื่องสุขภาพ โดยจะสนใจกับอาการผิดปกติเมื่ออาการนั้นรบกวนการทำงานในชีวิตประจำวันแล้วเท่านั้น และจะสนใจเฉพาะว่าจะทำอย่างไรให้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหายไปโดยเร็ว (ชนิศา สันธนาท 2530: 1) เป็นเหตุให้โรคนี้อาจเกิดมากในผู้ที่มีการศึกษาและรายได้น้อย

นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงเวลาในการทำงานที่แน่นอน ซึ่งมีถึงร้อยละ 88.5 อาจมีเวลาจำกัดในการไปเข้ารับบริการสุขภาพ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงเวลาทำงานไม่แน่นอน หรือทำงานเป็นกะที่สามารถใช้เวลาในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องรีบเร่ง

2.ข้อมูลกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

ข้อมูลในส่วนนี้เริ่มต้นจากการรับรู้และให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรก การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพจนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการรักษา ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายตามขั้นตอนกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ เพื่อตอบคำถามการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรก

ขั้นตอนนี้เป็นการตอบคำถามการวิจัยในข้อ 1-3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติ มีการให้ความหมายและจัดการกับอาการผิดปกตินั้นอย่างไร ซึ่งสามารถอภิปรายที่ละส่วนได้ดังนี้

1.1 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งหมด 9 อาการ โดยสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามการรับรู้อาการของโรคได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อาการของโรครุห์มาติกที่นำไปสู่การเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการ (ร้อยละ 64.5) ได้แก่ อาการไข้ เจ็บคอ และปวดข้อ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อาการของโรคคลื่นหัวใจพิการ (ร้อยละ 16.0) ได้แก่ อาการใจสั่น เหนื่อย และเป็นลมบ่อย และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อาการของโรคคลื่นหัวใจพิการที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว (ร้อยละ 19.5) อาการที่แสดงออกมาได้แก่ เหนื่อย บวมและนอนราบไม่ได้

“อาการไข้ เจ็บคอ และปวดข้อ” เป็นอาการของโรครุห์มาติกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคคลื่นหัวใจพิการ อาการดังกล่าวเกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อแบคทีเรียเบตา ฮีโมไลติกสเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ ซึ่งร่างกายภายหลังได้รับเชื้อนี้แล้วจะตอบสนองในลักษณะของการสร้างภูมิต้านทาน อาการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดร่วมกัน อาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งก็ได้ (Richard B. Devereux 1992 : 124 -125 ;ชุมพล วงศ์ประทีป 2536 :399 - 410) โดยอาการ “ไข้ เจ็บคอ” มักพบทุกราย และไข้สูงไม่เกิน 39 องศาเซลเซียส (ไพโรจน์ อุณสมบัติ 2530 : 23) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้วัดไข้โดยเทอร์โมมิเตอร์ แต่ใช้การสัมผัสด้วยมือจึงบอกได้แต่เพียงมีไข้หรือไม่เท่านั้น เนื่องจากมีรายได้น้อยทำให้ต้องใช้เฉพาะของที่จำเป็นในชีวิตประจำวันเท่านั้น เทอโมมิเตอร์ถือว่าเป็นสิ่งฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น ส่วนอาการ “ปวดข้อ” เกิดจากข้อมีอาการอักเสบ ซึ่งมักจะเป็นการอักเสบของข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อเข่า ข้อศอก ข้อมือ ข้อเท้า หัวไหล่ และข้อสะโพก ตามข้อจะมีอาการบวมแดง เวลาเคลื่อนไหวจะเจ็บปวดชัดเจน และมักจะเกิดย้ายข้อ บางคนอาจเป็นเรื้อรังถึงกับเดินไม่ได้เป็นแรมเดือน อาการทางข้อนี้จะหายไปเองหรือหายจากการรับประทานยาแก้ปวด โดยไม่มีการทำลาย ไม่มีความพิการของข้ออย่างถาวร (สมจิต หनुเจริญกุล 2536 :112 ; สุรเกียรติ อาษานานุภาพ 2531 : 431) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดข้อ จะปวดเฉพาะข้อใหญ่ๆ โดยเฉพาะข้อเข่าซึ่งจะมีลักษณะบวม แดง ร้อน แต่ในการรับรู้ครั้งแรก อาการยังไม่รุนแรงมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังเคลื่อนไหวไปมาได้

“อาการเป็นลม เหนื่อยง่าย และใจสั่น” เป็นอาการแสดงของโรคคลื่นหัวใจพิการ โดยอาการเป็นลมเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจลดลง (สมศักดิ์ วรรณะภัก 2531 : 341) ส่วนอาการเหนื่อยง่าย เกิดจากปอดเสียดความยืดหยุ่น เพราะมีโลหิตกั่งในปอด ทำให้โลหิตมาคั่งที่หลอดโลหิตฝอยด้วย เป็นเหตุให้ของเหลวซึมจากโลหิตฝอยเข้าสู่เนื้อเยื่อ

คำจูน ทำให้ปอดมีลักษณะแข็งและบวม ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงต้องออกแรงมากขึ้น ในการหายใจเข้า และออกแต่ละครั้ง (จลาต โสมะบุตร 2536 : 413) และอาการใจสั่นเป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากหัวใจห้องบนมีการบีบตัวก่อนเวลาและบีบตัวไม่เป็นจังหวะทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการใจสั่น

“ อาการบวม ขอน้ำไม่ได้อ ” เป็นอาการของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย มีการคั่งของของเหลวภายในร่างกาย การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก “อาการบวม” พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย ซึ่งมักจะเป็นจากหัวใจด้านซ้ายวายเป็นส่วนใหญ่ อาการบวมเกิดเนื่องจากมีการคั่งของน้ำและโซเดียม โดยในระยะแรกมักพบอาการบวมเฉพาะที่เท้าในตอนเย็น แต่ต่อมาจะพบได้ตลอด

1.2 การให้ความหมายอาการผิดปกติตามการรับรู้

จากการวิจัยจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับอาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีการให้ความหมายในครั้งแรกไม่ตรงกับโรคทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายดังนี้

“ไข้หวัด” เป็นการให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บคอและปวดข้อ กลุ่มที่มีอาการไข้ เจ็บคอ และปวดข้อร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 41.0 ซึ่งการให้ความหมายนี้เป็นไปตามประสบการณ์เดิมที่เคยเห็น เคยเป็นมาของกลุ่มตัวอย่างคือ ถ้ามีไข้ตัวร้อน เจ็บคอ ก็จะให้ความหมายว่าเป็น“ไข้หวัด”ทุกคน สอดคล้องกับ Suchman (1965 : 124) ที่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้และให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างทุกรายคิดว่าไข้หวัดเป็นโรคที่ธรรมดามาก แทบทุกคนเคยเป็นกันทั้งนั้นจึงรับรู้ว่าการดังกล่าวไม่รุนแรงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริรา ชุ่มตระกูล(2526: 119)ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้และการให้ความหมายของความรุนแรงของโรคเหล่านั้น โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นไข้หวัด กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่าไม่มีความรุนแรงเพราะไข้หวัดเป็นโรคธรรมดามากที่สุดในการคิดของ กลุ่มตัวอย่างแทบทุกคน ทุกคนเคยเป็นและไข้หวัดไม่เคยก่อให้เกิดความรุนแรงถึงพิการหรือเสียชีวิต

“เลือดลมไม่ดี” เป็นการให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ ที่มีอาการเป็นลมบ่อยร่วมกับอาการอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ ให้ความหมายของการที่เป็นลมบ่อยๆ ว่าเป็นเพราะเลือดลมเปลี่ยนทิศทางการที่ตั้งครรภ์ ร่างกายกำลังอยู่ในช่วงปรับตัว เพราะกำลังมีอีกชีวิตหนึ่งที่มาอาศัยอยู่ด้วย กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของคนที่ตั้งครรภ์

ที่เป็นลมบ่อย กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้คิดว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติที่ร่างกายพยายามปรับตัวให้ยอมรับ

“เป็นลมบ่อยตั้งแต่ตั้งท้อง ไม่มีอาการผิดปกติ ตอนนั้นคิดว่าไม่เป็นอะไรเพราะก่อนหน้านี้ไม่เป็นอะไร พอท้องแล้วเป็นลมบ่อย คิดว่าคนท้องก็เป็นลมได้ทั้งนั้น ก็ร่างกายมันกำลังปรับตัวตอนนี้เราไม่เหมือนกับปกติ เรากำลังจะมีลูก”

ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ เพราะพยาธิสภาพของโรคไม่ว่าจะเป็นลิ้นหัวใจตีบ หรือรั่ว ยังน้อยอยู่ แต่เมื่อตั้งครรภ์หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น สูบฉีดโลหิตเพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาธิสภาพดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นจนถึงระดับที่มีอาการแสดงออกมา

ส่วนในกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์แต่เป็นลมบ่อย เป็นกลุ่มที่มีอาชีพขายอาหารตามริมถนน และเป็นกลุ่มที่เคยได้ยินได้ฟังมาว่า มีภาวะมลพิษทางอากาศมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นคนกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จึงคิดว่าอากาศที่อุดมเข้าไป และสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้ร่างกายแบ่งลงจนเกิดอาการของการไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าร่างกายคนเราประกอบด้วยธาตุ 4 ธาตุซึ่งอยู่ในภาวะสมดุลกัน แต่หากเมื่อใดที่ธาตุใดธาตุหนึ่งผิดปกติไปก็จะทำให้เสียสมดุลและเกิดอาการแสดงที่ผิดปกติได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2538:11)

กลุ่มตัวอย่างไม่คิดว่าอาการเป็นลมเป็นอาการของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เพราะความไม่รู้ การขาดการศึกษา หรือการมีการศึกษาน้อยและความยากจน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สนใจกับอาการที่เกิดขึ้นนัก เพราะอาการเป็นลมไม่ได้ขัดขวางการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน

“โรคกระดูก” คิดเป็นร้อยละ 25.0 โดยในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการปวดข้อ โดยเฉพาะข้อเข่าโดยอาจมีอาการร่วมกับอาการอื่นๆ ทำให้มีการให้ความหมายว่า “โรคกระดูก” ตามอาการที่รับรู้ กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอาการไข้เป็นอาการที่เกิดจากการปวดข้อ ดังนั้นหากรักษาอาการของโรคกระดูกหายไ้ก็จะหายไปด้วย

“โรคปอด” มีกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในกลุ่มนี้ ร้อยละ 11.5 โดยให้ความหมายว่าโรคปอดได้แก่ โรคหอบหืดและวัณโรค ซึ่ง “โรคหอบหืด” ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยหอบจะมีอาการเหนื่อยง่ายและในขณะที่มีอาการจะหายใจเร็วมาก หายใจสั้นๆ กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายตามที่เคยได้ยินมาก่อนและตามอาการที่แสดงออกมา ส่วนกลุ่มที่ให้ความหมายว่าเป็น “วัณโรค” นั้นเป็นกลุ่มที่มีอาการไอเป็นเลือด และเคยได้ยินเคยรู้ว่าคนที่ป็นวัณโรคจะไอเป็นเลือด ซึ่งกลุ่มนี้

และอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภายหลังรุนแรงกว่าโรคหัวใจที่เคยเป็นจึงคิดว่าน่าจะเป็นโรคปอด กลุ่มตัวอย่างไม่เคยคิดว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ ทั้งนี้เพราะคิดว่าโรคหัวใจต้องเป็นในผู้สูงอายุเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยทราบว่ามีลิ้น

“โรคหัวใจ” เป็นการให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยง่ายและบวม กับกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยและใจสั่น ซึ่งในกลุ่มนี้ฟังวิทยุ ดูทีวี แล้วได้ชินว่าอาการที่เกิดขึ้นในโรคหัวใจคล้ายกับอาการที่เป็นอยู่

“โดนของ” มีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายในกลุ่มนี้ร้อยละ 5.5 โดยเป็นการให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อย เป็นลมบ่อยและปวดข้อ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเป็นๆหายๆ ประกอบกับการปวดข้อที่เคลื่อนไปมาไม่ปวดข้อใดข้อหนึ่ง ร่วมกับความเชื่อในสังคมไทยแต่เดิมที่เชื่อว่าสรรพสิ่งต่างๆ ส่วนถูกบงการโดยอำนาจศักดิ์สิทธิ์ที่สถิตในธรรมชาติ มนุษย์ธรรมดาไม่มีสิทธิ์หรืออำนาจต่อรองใดๆกับอำนาจศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้ อีกทั้งมีคนทรงมาทำนายทายทักอีกด้วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากโดนของ

1.3การจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเลือกการรักษาตนเองเป็นแหล่งการรักษาแหล่งแรก ทั้งนี้เพราะการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นไม่มีความรุนแรงหรือมีความรุนแรงน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายครั้งแรกๆ เป็นไข้หวัดมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแทบทุกคนเคยมีประสบการณ์การเป็นหวัดมาก่อน และทำการรักษาให้หายได้ด้วยตนเองมาแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสามารถรักษาตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไอกัน (Igum 1979: 445-456) ที่พบว่าเมื่อมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ หรือไม่มีความรุนแรงเลย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้วิธีรักษาตนเอง และจากการศึกษาของชินทรม เจริญยุทธ (2522:59) พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ มักมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ และจะนิยมการรักษาตนเองมากที่สุด อีกประการหนึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาตนเองเป็นแหล่งการรักษาแรกที่พบได้มากที่สุดในการแสวงหาการบริการสุขภาพของชนบท (สุธีรา สุนทรกุล 2526 : 146) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้เพราะในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในชนบทถึงร้อยละ 64.5 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินแล้วว่าการรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างจะมีการเลือกแสวงหาการรักษาแหล่งบริการสุขภาพอื่นต่อไป

ทั้งนี้การรักษาตนเองของกลุ่มตัวอย่างยังมีความแตกต่างกันไปนัยยะเชิงคิดและวิธี ซึ่งวิธีทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างทำไปนั้นล้วนแล้วมาจากความเชื่อที่ว่า วิธีเหล่านั้นจะทำให้อาการผิดปกติหายได้ วิธีดังกล่าวได้แก่การทำงานหนักเพื่อให้เหงื่อออกมากๆของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “ไข้หวัด” เพราะกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าไข้จะลดลง การดื่มนมมากๆของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ให้ความหมายว่า “เลือดลมไม่ดี” ที่เชื่อว่านมจะทำให้สุขภาพของแม่และเด็กในท้องแข็งแรงขึ้น ร่างกายจะปรับเข้าสู่สมดุลได้เร็ว และในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่า “โดนของ” มีการทำบุญ ทำทานเพื่อให้กุศลช่วยให้พ้นเคราะห์ พ้นจากการถูกกลั่นแกล้ง กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการรักษาสิบล 5 จะทำให้กายและจิตบริสุทธิ์ ของที่เข้าก็จะเสื่อมไปเอง กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคปอด” และ “โรคหัวใจ” เชื่อว่าการกินยาสมุนไพรจะช่วยให้อาการต่างๆทุเลา เพราะเพิ่งเริ่มเป็น และเคยพบว่าการรักษาด้วยสมุนไพรใช้ได้ผลกับการรักษาโรคหัวใจ จากผลการวิจัยทั้งหมดนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรักษาตนเองตามความเชื่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของยัง (Young 1981: 499-507 ใน เบญจวรรณ กำรวิระ 2538 : 100) ที่คิดว่าบุคคลจะเลือกวิธีการรักษาตามความเชื่อว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนหายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเกิดมีความรุนแรงน้อย หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะทำการรักษาเยียวยาเอง โดยวิธีการที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรู้จักดี (Fabrega 1980: 484) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินแล้วว่าการรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างจะมีการเลือกแสวงหาการรักษาแหล่งบริการสุขภาพอื่นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพและการเข้ารับบริการ

เมื่อกลุ่มตัวอย่างประเมินแล้วพบว่าการรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยหรือไม่มีความรุนแรงเลย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาน้อยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการอ่านไม่ถี่นัก ประกอบกับบทบาทหน้าที่ที่มีหลายบทบาทในครอบครัว และฐานะในครอบครัวที่ไม่ค่อยดี ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างทุ่มเทความสนใจให้กับการหารายได้และการทำบทบาทในครอบครัวมากกว่าสิ่งอื่นๆ ทำให้ขาดการแสวงหาความรู้ในด้านสุขภาพ ดังนั้นการให้ความหมายจึงให้ไปตามอาการที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เฉลียวใจว่า อาจเป็นอาการของโรคที่ร้ายแรงและถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะรับทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแล้วก็ตาม แต่หากการให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่าง และของผู้ให้การรักษาไม่ตรงกันแล้วก็จะยอมมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาต่อไป ทั้งนี้เพราะไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้และให้ความหมายอย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างก็จะใช้การรับรู้และการให้ความหมายนั้นมาเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (มัลลิกา มดีโก

2533 :47) แต่ก่อนจะมีการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการปรึกษากับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เพราะเหตุผลในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังมีลักษณะการตัดสินใจการแก้ปัญหาด้วยตนเองค่อนข้างน้อย การตัดสินใจส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจของสามีหรือพ่อ แม่ (สุธีรา ชุ่มตระกูล 2526 : 122) ซึ่งคำแนะนำที่ให้อาจมีความสำคัญมากน้อยกับกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับว่า กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทอย่างไรกับบุคคลที่แนะนำ ในกลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้ว คำแนะนำของสามีจะมีผลต่อการตัดสินใจมากที่สุด และในกลุ่มตัวอย่างที่โสดและเป็นบุตร คำแนะนำของบิดามารดา จะมีผลต่อการตัดสินใจมากที่สุดเช่นกัน และเมื่อประเมินร่วมกันแล้วพบว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่ทุเลา หรือ ไม่มีแนวโน้มที่จะดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ

อย่างไรก็ตามการแสวงหาบริการสุขภาพจะเริ่มขึ้นที่การรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นเสมอ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะมีการเลือกแหล่งบริการสุขภาพเป็นขั้นตอนต่อไป ดังที่ เฟรเบรกา(Febreaga 1980: 470-484) ได้อธิบายไว้ว่า การแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลจะเริ่มจากขั้นตอนการรับรู้ถึงการเจ็บป่วย มีการตีความ ตีค่าเพื่อประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วย หากความเจ็บป่วยนั้นมีความสำคัญก็จะนำมาวางแผนเพื่อการรักษาต่อไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการตีความว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง มีความสำคัญเพราะกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาให้หาย และเมื่อประเมินแล้วพบว่าการรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างจึงต้องหาวิธีการหรือแหล่งสุขภาพอื่นต่อไป

ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะมีการแสวงหาบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างยังคงไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ทำให้การรับรู้และการให้ความหมายเป็นไปตามประสบการณ์เดิม จนภายหลังเมื่อมีการเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้ และมีการรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ยังมียกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นอะไร เพราะไม่กล้าถาม เกรงใจแพทย์ ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในเรื่องการรักษา (Siriom Sindhu 1992 :13) และทำให้มีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องต่อไป

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 41 ราย เมื่อมีอาการผิดปกติและรักษาตนเองไม่หายแล้วจะมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานั้นที่ และกลุ่มตัวอย่าง 159 รายที่เลือกเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ ก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

แหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ได้แก่ ร้านขายยา อสม. หมอแผนโบราณ คลินิก สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชน โดยแหล่งบริการสุขภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการมากที่สุด 3 อันดับแรกคือคลินิก(ร้อยละ26.7) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ22.3) และโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ14.3)

นอกจากนี้ยังพบว่าหากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ทราบว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการ กลุ่มตัวอย่างจะเลือกเข้ารับบริการที่คลินิกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.2 และหากทราบว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ทั้งนี้เพราะการรับรู้อาการรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงควรได้รับการรักษาโดยด่วน ซึ่งสอดคล้องกับสุริรา ชื่นตระกูล (2526) ที่ว่าความรุนแรงของโรคที่รับรู้จะทำให้บุคคลมีการแสวงหาแหล่งบริการที่มีคุณภาพมากกว่าเดิม กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิกมากที่สุดทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปริมาณคลินิกในสังคมนี้มีอยู่จำนวนมาก และกระจายไปทั่วทุกแห่งการเดินทางไปยังแหล่งบริการนั้นได้สะดวก ใช้เวลาไม่นานไม่เกิน 1 ชั่วโมงเพราะอยู่ใกล้บ้าน อีกทั้งอาการที่รับรู้มีความรุนแรงและกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรับบริการได้ จึงต้องการบริการที่รวดเร็ว ซึ่งคลินิกเป็นแหล่งบริการที่เน้นความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้รับบริการอยู่แล้ว เน้นบริการที่ไม่เสียเวลานานและได้รับบริการสะดวกรวดเร็วดังนั้นการรับบริการแต่ละครั้งจึง โดยใช้เวลาในการเข้ารับบริการไม่เกิน 2 ชั่วโมง การรับรู้อาการภายหลังรับบริการไปแล้วรวดเร็ว ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการทางการแพทย์ของเพนชานสกีร์และโทมัส (Pencansky and Thomas 1981 : 127 - 140) มี 5 ประการด้วยกัน ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงบริการความสะดวก ความสามารถในการจ่ายบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ จะทำให้บุคคลเข้าถึงแหล่งบริการได้

เหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งของการเข้ารับบริการสุขภาพที่คลินิก คือ การมีบุคคลแนะนำมา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีอาชีพเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมากที่สุด อีกทั้งส่วนใหญ่จะมีบทบาทในครอบครัวหลายบทบาท เมื่อมีอาการผิดปกติ การละทิ้งหน้าที่เพื่อแสวงหาบริการสุขภาพอาจเป็นไปได้ยาก บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจในการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวันดี เจียมจิตศิริพงษ์ (2528 : ข) ที่พบว่าบทบาทในการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ ตัวผู้ป่วยมีบทบาทสูงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับบุคคลที่สำคัญ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการที่คลินิกเพราะ ความพึงพอใจและมีความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการเพราะส่วนใหญ่รักษากันเป็นประจำ การรักษาคั้งก่อนๆ ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างจึงคิดว่าครั้งนี้ก็น่าจะเป็นเช่นนั้น (ชูศรี ผลเพิ่ม 2536 : 41 ;สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ 2532 : 16 ; สุธีรา ชุ่มตระกูล 2526 : 141)

แหล่งบริการรองลงมาคือ ร้านขายยา คิดเป็นร้อยละ 17.7 ทั้งนี้เพราะร้านขายยามีอยู่ทั่วไป ง่ายและไม่ต้องใช้เวลานาน เสียค่าใช้จ่ายแต่ละครั้งไม่มาก ซึ่งตรงกับการศึกษาของชนิตาสันธินา (2530 : 70) ที่พบว่าผู้หญิงที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงนิยมการซื้อยากันเองมากที่สุด

นอกจากนี้ยังมีการใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 16.3 และ 12.0 ทั้งนี้มีเหตุผลที่เหมือนกันคือคนที่ไปใช้บริการจะเป็นคนในพื้นที่ จึงมีความสะดวกในการเดินทาง เพราะใกล้บ้าน นอกจากนี้ยังไปใช้เพราะได้รับการส่งต่อจากแหล่งบริการก่อนหน้านี้

การรักษาแผนโบราณเป็นแหล่งบริการสุขภาพอีกแหล่งหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการเมื่อยังไม่ทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จึงมีการแสวงหาวิธีการรักษาตนเองตามการรับรู้ นั้น โดยการหาหมอพระหมอนามันต์ เพื่อให้อาการดังกล่าวหายไป (บุญทิพย์ สิริรังศรี 2538 : 26 - 27) นอกจากนี้ในส่วนของการหมอแผนโบราณจะมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่คล้ายคลึงกับชาวบ้าน มีความคุ้นเคยเป็นกันเองมากในการรักษาของหมอโบราณจะมีการซักถาม และคำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วยด้วย (ไหมสาเราะ บินมะหะหมัด 2530 : 35)

สถานีนามัยเป็นแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 5.5 เลือกใช้บริการเพราะอาการที่เป็นค่อนข้างรุนแรง คิดว่าเจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยจะรักษาได้ กลุ่มตัวอย่างรู้จักกับเจ้าหน้าที่ในสถานีนามัยและอยู่ใกล้บ้าน ยานี้ไม่แพง และหมอไม่ดุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย รวยอาจิน และคณะ ที่พบว่าประชาชนมีการเลือกใช้บริการที่สถานีนามัย เพราะมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดีกับประชาชนผู้รับบริการ แต่พบว่า การใช้บริการส่วนใหญ่ไปเพียงครั้งเดียว ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในการเข้ารับบริการนั้นเจ้าหน้าที่ได้ตรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยรุนแรงจึงได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งพบว่าในการใช้บริการที่สถานีนามัยนี้ ไม่สามารถให้การวินิจฉัยว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการเลย

นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชนที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการเพราะอาการที่รับรู้ นั้นมีความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างต้องการบริการที่รวดเร็ว และสะดวก คิดว่า กลุ่มตัวอย่างมีเงินพอจ่ายได้ และบางรายมีสิทธิในการเบิกได้บางส่วน ซึ่งตรงกับการศึกษาฤศล สุนทรธาดา และวรชัย

ทองไทย (2539: 10) ที่พบว่าผู้เลือกใช้บริการของเอกชน ส่วนใหญ่เป็นผู้มีอำนาจในการซื้อ มีความสามารถพอที่จะจ่ายได้ และมีความตั้งใจที่จะจ่าย เป็นผู้ที่ต้องการบริการที่สะดวกรวดเร็ว เพราะระบบบริการภาคเอกชนจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อขายสินค้าและบริการ เพื่อการแสวงหากำไรเป็นสำคัญ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาภ 2532 : 16) ดังนั้นบริการที่ให้อาจต้องดึงดูดใจลูกค้าเพื่อให้เข้ามาใช้บริการอีก

แหล่งบริการที่ใช้บ่อยที่สุด คือ อาสาสมัครหมู่บ้าน เหตุที่ไม่ใช่เพราะอาสาสมัครเป็นคนที่มีความรู้ความสามารถในหน้าที่ เป็นชาวบ้านคนหนึ่งในขณะนั้นมีความคุ้นเคยและเป็นกันเอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการต่างๆแล้ว จะมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการในระดับชุมชน คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร หน่วยงานเคลื่อนที่ และโรงพยาบาลที่ทำการรักษา ซึ่ง ภายหลังจากทราบว่าตนเป็นโรคนี้อีกแล้วกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกต่างกันไป แต่ความรู้สึกโดยรวมอย่างหนึ่งคือ ความรู้สึกสูญเสีย เพราะสำหรับคนทั่วไปแล้ว หัวใจเปรียบเหมือนจุดศูนย์กลางของร่างกายเป็นศูนย์รวมชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์สำคัญของตน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับหัวใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองต้องเผชิญกับความสูญเสียเป็นอย่างมาก (Lambert , et al 1979 : 125) ซึ่งความรู้สึกนี้จะไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มตัวอย่างใด (จันทรีทิรา ไตรรงค์จิตเหมา 2531 : 73) ส่วนความรู้สึกที่แตกต่างกันจะมีทั้งกลัว ไม่เชื่อ โกรธ และความรู้สึกเหล่านี้ยังคงอยู่กับกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะความรู้สึกกลัวจะไม่หายไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลัวจะทำงานไม่ได้ แต่แต่ละคนจะยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้อย่างจริงจัง ซึ่งตรงกับการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 91) ที่พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ และพฤติกรรมตอบสนอง ได้แก่ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธไม่ยอมรับการเจ็บป่วย จนเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพก่อนมาเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งที่ทำการศึกษานั้น อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อถือในการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าแผนโบราณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาทีณี บุญชะลิกย์ (2530) ที่พบว่า เมื่อประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มุ่งจะเลือกใช้แหล่งบริการรักษาที่มีแพทย์มากที่สุด

แหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ก่อน และหลังพบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการต่างที่อาสาสมัคร สถานีอนามัย ร้านขายยา โดยที่ยังคงมีการใช้บริการแผนโบราณเป็นการรักษาร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่า อาการที่เป็นอยู่ต้องใช้บริการ

ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน อีกทั้งยังมีกลุ่มตัวอย่างอีก 1 ตัวอย่างที่มีการซื้อยาเกินเองร่วมด้วย โดยในกลุ่มตัวอย่างรายนี้มีการศึกษาน้อยจบชั้นประถมปีที่ 2 ทำให้คิดว่าซื้อยาที่มีลักษณะเหมือนกันน่าจะหายเหมือนกัน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้จะบอกว่ามีเจ้าหน้าที่แนะนำว่าอย่าซื้อยาเกินเองแล้ว แต่เพราะไม่เข้าใจไม่รู้ว่าเกิดผลเสียอย่างไร จึงมีการซื้อยาเกินเองร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสัน และคณะ (Johnson, et al. 1982 : 29 - 34) พบว่าการศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้ และมีเหตุผล เมื่อไม่รู้เรื่องใดก็จะมีใครรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพึ่งคำแนะนำจากบุคลากรที่มีสุขภาพ การศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคของตนเองได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจในทุกคนต่างๆที่เกิดขึ้น ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อย มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และการบริการ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอธิบาย ให้ประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเองอย่างลองผิดลองถูกเอง ทำให้มีแนวโน้มที่จะละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย

ในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพภายหลังทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะเลือกร่วมกับปัจจัยต่างๆ โดยจากความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจะมาเป็นอันดับแรก และจะเลือกตามความสะดวกของการรับบริการ โดยเฉพาะการเดินทางที่สะดวกจะมีผลมากกว่าระยะทาง และจะคำนึงถึงความสะดวกในการขอรับบริการเป็นอันดับสุดท้าย

แหล่งบริการสุดท้ายที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่นี่เพราะ รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 22.2 มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจจา ยอดคำเนิน และคณะ(2523:54) ที่ว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจไปรับบริการจากแหล่งรักษาต่างๆ และยังเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลอีกด้วย จากการศึกษาของพัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533 : ข) พบว่าคนในวัยกลางคน เมื่อเจ็บป่วยด้วยความรุนแรงระดับมากและปานกลางจะไปใช้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 35 - 44 ปีมากที่สุด และร้อยละ 92.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ให้ความหมายของการเจ็บป่วยนั้นว่ามีความรุนแรงปานกลาง และมาก นอกจากนี้ในกลุ่มที่ทราบมาก่อนว่าป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ส่วนหนึ่งเลือกมารับบริการสุขภาพที่นี่เพราะได้บินข้ามการรักษาตัวเองของในหลวง จากจส. 100 ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ เกษน้อย (2530 : 168 ศิริพร บางประสิทธิ์ 2533 : 29) ว่าความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นเป็นปัจจัยที่ใช้ประกอบการตัดสินใจของบุคคลในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ

นั้นแสดงว่าการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลปัจจุบัน มีเหตุผลสำคัญคือ มีบุคคลแนะนำและพามา ถึงร้อยละ 19.3 รองลงมาคือ อยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 16.5 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุมาก ในการตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพจะขึ้นอยู่กับบุคคลใกล้ชิดเป็นสำคัญที่พบมากที่สุด ได้แก่ บุตร สามี ญาติและเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะเมื่อทราบว่าเป็นโรคคลื่นหัวใจพิการจะมีการขอคำปรึกษาและทุกรายจะได้รับคำแนะนำให้มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลในการเข้ารับบริการ คือ ในการเดินทางมารับบริการมีความสะดวก ได้รับการตรวจจากแพทย์ที่มีชื่อเสียง พึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการบริการ เพราะโดยส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจะใช้บัตรสุขภาพ หรือบางรายใช้บัตรสูงอายุ แต่ในการรอรับบริการกลุ่มตัวอย่างก็ยอมรับได้ โดยบางรายให้เหตุผลว่า “ทำอย่างไรได้ เรากินยาเขาฟรีก็ต้องรอน้อย” “รอนานก็ต้องรอ เพราะอยากหาย”

2.3 การประเมินและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ

การประเมินผลบริการจะกระทำภายหลังได้รับบริการนั้นไปแล้วระยะหนึ่งซึ่งจะประเมินได้จากการรับรู้การภายหลังการรักษา ถ้าหากประเมินแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับก็จะเป็นเหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งบริการ จากตารางที่ 21 และ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินแล้วแย่มากที่สุด โดยมีเพียงกลุ่มที่ใช้บริการของคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนที่มีการประเมินแล้วพบว่าอาการดีขึ้นบ้าง ดังนั้นเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพของเอกชนจึงแตกต่างไปจากแหล่งอื่นๆ คือ ค่ารักษาแพง ส่วนเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ จากร้านขายยา และการรักษาแผนโบราณไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่น คือการประเมินแล้วพบว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้น เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร ก็เป็นอาการที่รุนแรงมากขึ้นเช่นกัน เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ คือแพทย์ส่งต่อให้ไปรักษายังโรงพยาบาลที่จัดเตรียมไว้แล้ว

การเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับเหตุผลเพียงข้อเดียว แต่การไปรับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีจุดประสงค์เดียวกันคือ ต้องการให้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหายไป หรือบรรเทาลง ดังนั้นหากแหล่งบริการสุขภาพใดสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ปัจจัยตัวอื่นๆ ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย ก็มีความสำคัญน้อยลงไป

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิกโรคหัวใจ และหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2540 จำนวน 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลลักษณะประชากรและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ และการแสวงหาบริการสุขภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่สร้างขึ้น

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาทำการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ และข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร จะมีข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลในเชิงปริมาณและข้อมูลในเชิงคุณภาพ ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนในข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยวิเคราะห์ข้อความหรือประโยคจากข้อมูลการสัมภาษณ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลมา ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อความหรือประโยคตามลักษณะข้อความที่ปรากฏ โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

ผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีอายุโดยเฉลี่ย 44.7 ปี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่าอายุเฉลี่ยมากที่สุด (ร้อยละ 62.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.5) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.0) และมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 62.0) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 57.5) โดยมีรายได้ส่วนตัวจากแหล่งอื่นเฉลี่ยต่อเดือน 9,298 บาท ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับรายได้จากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 71.5) รายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 57.0)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็กและเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 82.0) โดยกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในครอบครัว 3 บทบาทมากที่สุด (ร้อยละ 37.0) โดยกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทผู้ป่วยทุกราย รองลงมาคือบทบาทภรรยา (ร้อยละ 54.5) และบทบาทมารดา (ร้อยละ 54.0) ตามลำดับ ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,516 บาท ซึ่งรายได้แต่ละเดือนพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 58.0)

2. กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร

กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานครมี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนนี้เป็นการตอบคำถามการวิจัยในส่วนของการเริ่มมีอาการผิดปกติ การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ และการจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรก โดยเริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการผิดปกติทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ ปวดข้อ เจ็บคอ เหนื่อยง่าย ไข้ บวม เป็นลมบ่อย นอนราบไม่ได้ ใจสั่น และไอเป็นเลือด ซึ่งอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด 2 อันดับแรกเป็นอาการของโรครุนแรง คืออาการปวดข้อ (ร้อยละ 32.0) เจ็บคอ (ร้อยละ 18.8) และอันดับ 3 คืออาการเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 14.6) ซึ่งเป็นอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะหัวใจวายร่วมด้วยแล้ว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการผิดปกติมากกว่า 1 อาการ และให้ความหมายตามการรับรู้ต่างกันไป โดยกลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายว่า “ไข้หวัด” มากที่สุด (ร้อยละ 41.0) รองลงมาคือการให้ความหมายว่า “โรคกระดูก” (ร้อยละ 23.5) และ “โรคปอด” (ร้อยละ 11.5) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็นโรคหัวใจเพียงร้อยละ 10.0

ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะมีการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกเป็นขั้นตอนต่อมา กลุ่มตัวอย่าง มีการจัดการครั้งแรกด้วยการรักษาตนเองทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่มีความรุนแรงเลย การรักษาตนเองมีความแตกต่างกันในเรื่องของวิธีและระยะเวลา โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “ไข้หวัด” เลือกรับประทานยาแก้ ไข้ ร่วมกับการพักผ่อน มีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ในช่วง 3 เดือนถึง 6 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 62.2) กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคกระดูก” เลือกรับประทานยาแก้ปวด หรือขานวดคลายปวด มีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 89.2) กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายว่าเป็น “โรคปอด” และ “โรคหัวใจ” เลือกใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการพักผ่อน โดยมีระยะเวลาในการรักษาตนเองอยู่ในช่วง 1 เดือนถึง 3 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 95.8)

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพ และการเข้ารับบริการ

ในขั้นตอนนี้เป็นการตอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับแต่ละแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างไปแสวงหาบริการ และผลของการรักษาตามความรู้สึกรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนนี้เริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินอาการภายหลังการรักษาตนเองแล้วพบว่า การรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่บรรเทา หรือมีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม กลุ่มตัวอย่างจะมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว คนรู้จัก หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในการให้ความหมาย และให้คำปรึกษาโดยแนะนำให้ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด (ร้อยละ 64.0) นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพด้วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสวงหาบริการสุขภาพในแหล่งบริการอื่นก่อนที่จะมีการแสวงหาบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ (ร้อยละ 79.5) โดยแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการมากที่สุดคือ คลินิก (ร้อยละ 26.7) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 22.3) และโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 10.7) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 8.7)

ร้านขายยา (ร้อยละ8.3) การรักษาแผนโบราณ(ร้อยละ3.7) สถานีอนามัย(ร้อยละ2.7) หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (ร้อยละ2.0) และอาสาสมัครหมู่บ้าน (ร้อยละ0.6) ซึ่งในการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพเหล่านี้ กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการที่ละแหล่ง แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 4 ราย (ร้อยละ 2.0)มีการใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย

เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในแหล่งบริการทุกประเภทรวมทั้งโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ ความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 25.2 ในแหล่งบริการอื่น และร้อยละ22.2ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา) รองลงมา คือนุคลิกอื่นแนะนำมา (ร้อยละ 15.6)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการรักษา และการเปลี่ยนแหล่งรักษา

ขั้นตอนนี้ เป็นการตอบคำถามการวิจัยในเรื่องของเหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพหรือวิธีการรักษา โดยการประเมินผลบริการจะกระทำภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการนั้นแล้ว ซึ่งจะพิจารณาได้จากการรับรู้การภายหลังการรักษา การรับรู้ต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้มีการเปลี่ยนแหล่งบริการได้ ขั้นตอนนี้เริ่มจากการประเมินในแต่ละที่ที่ไปใช้บริการก่อนที่จะมีการแสวงหาบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่า เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพที่พบในทุกแหล่งบริการ คือ ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 45.3) โดยการประเมินจากผลของการรักษาตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งจากการรับรู้การก่อนเข้ารับบริการและจากอาการภายหลังเข้ารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ว่าการก่อนเข้ารับบริการอยู่ในระดับรุนแรงมาก มากที่สุด (ร้อยละ68.5) และจากการประเมินอาการภายหลังการเข้ารับบริการในแต่ละที่ พบว่ามีอาการแย่ลงมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) นอกจากนี้เหตุผลรองลงมาของการเปลี่ยนแหล่งการรักษา คือ ค่าใช้จ่ายแพง (ร้อยละ21.0) การส่งต่อ (ร้อยละ19.2) การแนะนำของบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ13.9) และการไม่แน่ใจในบริการที่ได้รับ โดยมีการเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาทุกครั้ง และการดูข่าวทีวีเกี่ยวกับการรักษาในหลวงในแหล่งบริการอีกแหล่งหนึ่ง ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เท่านั้น (ร้อยละ0.3)

ผลการวิจัยพบว่า “ค่าใช้จ่ายแพง” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ 2 แหล่ง คือ คลินิก (ร้อยละ 73.5)และโรงพยาบาลเอกชน(ร้อยละ 26.5) “การส่งต่อ” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ 6 แหล่ง คือ สถานีอนามัย(ร้อยละ5.3) หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (ร้อยละ7.8) โรงพยาบาลชุมชน(ร้อยละ18.6) โรง

พยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อ 15 รายเท่ากับโรงพยาบาล ศูนย์(ร้อยละ19.7) และคลินิก (ร้อยละ28.9) “การแนะนำของบุคคลรอบข้าง” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพเกือบทุกแหล่งยกเว้นคลินิก และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ “การไม่แน่ใจในบริการที่ได้รับ” เป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ 2 แหล่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากัน 1 ราย(ร้อยละ0.3)

จากการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการใน กรุงเทพมหานคร พบว่าการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย เหล่านี้ด้วย คือ การรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นรวมทั้งการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น นั้น การแนะนำจากบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับ บริการ ความพึงพอใจและความเชื่อถือในบริการที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่เป็นจริงของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่การรับรู้ การให้ความหมาย และการแสวงหาบริการในแหล่งต่างๆ ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะ พยาบาลที่ควรเข้าไปปรากฏการณ์เหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ จากผล การวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1.จากขั้นตอนที่ 1.การรับรู้ การให้ความหมายและการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ครั้งแรก พบว่า ผู้หญิงป่วยมีการรับรู้การทั้งในระยะเริ่มต้น คืออาการไข้ เจ็บคอ และปวดข้อซึ่งเป็นอาการของโรครูห์มาติก และอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ได้แก่ อาการบวม เหนื่อยง่าย และนอนราบไม่ได้ ได้อย่างถูกต้อง แต่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงผิดไป รวมทั้งมีการให้ความหมายที่ไม่ถูกต้อง จึงทำให้ตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ เพราะขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจพิการ นอกจากนี้ในขั้นตอนที่ 2. การเลือก แหล่งบริการสุขภาพพบว่าบุคคลรอบข้างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีบางรายที่แนะนำให้รักษาดตนเองต่อไปอีก ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ให้ คำแนะนำก็ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้เช่นเดียวกัน

ดังนั้นจึงควรเน้นในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัด โรคอีสุกอีใส และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ อาการที่ควรรีบมาพบแพทย์ การรักษาที่ต่อเนื่องและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัด โรคอีสุกอีใส ควรคำนึงถึงสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้หญิงด้วย เพื่อปรับปรุงการให้ข้อมูล ความรู้ให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้หญิงป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรับรู้ การให้ความหมาย และการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยดำเนินการดังนี้

1.1 การเพิ่มการรับรู้แก่ชุมชนและผู้ให้บริการ ควรณรงค์ให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน ได้แก่ ครู พระ และบุคลากรทางสาธารณสุข ได้แก่ อสม. ผสส. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาของการเกิดโรคอีสุกอีใส โดยเฉพาะสาเหตุจากการเป็นโรคหัดและการไม่ได้รับการรักษาแต่เริ่มต้น เพื่อจะได้ร่วมมือกันแก้ปัญหาอย่างจริงจัง โดยเริ่มต้นจากการค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการไข้ เจ็บคอ ปวดข้อ ส่งไปให้แพทย์ทำการตรวจรักษา

1.2 เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล ควรมีการจัดสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มแต่ต้องเป็นกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน เน้นการมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการไม่ซื้อยากินเอง

1.3 เนื่องจากผู้หญิงที่มารับบริการสุขภาพมักมีอาการรุนแรงมาแล้ว มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทำงาน ดังนั้นจึงควรมีนโยบายในการจัดบริการพยาบาลเชิงรุก มีการจัดเยี่ยมบ้าน หรือติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัดแล้วซ้ำอีก

2. จากขั้นตอนที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้บริการที่คลินิกมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การแนะนำของบุคคลอื่น ความพึงพอใจในบริการ การเดินทางสะดวก และใกล้บ้าน รวมทั้งจากการประเมินการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการประเมินว่ารอานานมากที่สุด พยาบาลจึงควรนำเหตุผลเหล่านี้มาปรับปรุงบริการให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในบริการ มีการรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการเล่าขาน แนะนำกันต่อไป และควรมีนโยบายในการส่งเสริม สนับสนุน ให้มีบริการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง

3.จากขั้นตอนที่ 2. ยังพบว่าผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการยังคงมีการเลือกใช้บริการจาก หมอมนต์ หมอพระ ทั้งนี้เพราะมีความเชื่อถือในผู้ให้บริการ ดังนั้นจึงควรมีนโยบายในการให้การอบรม เพิ่มความรู้ ในผู้ให้บริการเหล่านี้ด้วย เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยหญิงที่ป่วยด้วยโรคนี้ร่วมกัน

4.จากลักษณะทางประชากร พบว่าโรคคลื่นหัวใจพิการมักเกิดขึ้นกับผู้หญิงที่มีรายได้น้อย และจากเหตุผลในขั้นตอนที่ 3. ที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่มากเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการเปลี่ยนแหล่งหรือวิธีการรักษา อีกทั้งการประเมินค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่าแพงมากที่สุด ดังนั้นเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา จึงควรมีการจัดตั้งนโยบายในการใช้บัตรสุขภาพกับผู้ป่วยทุกราย โดยอาจให้มีการผ่อนชำระค่าบัตรเป็นงวดๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะบางประการที่ควรศึกษาต่อ เพื่อนำผลวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนี้

1.ศึกษาถึงกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ ที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ว่ามีกระบวนการแสวงหาบริการอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรในการเข้ารับบริการ

2.ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในภาคต่างๆ โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการนำของโรคคลื่นหัวใจพิการ การรับรู้และการจัดการกับอาการดังกล่าว จนเข้ารับบริการที่ถูกต้อง

3.ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นแนวทางในการสร้างแบบวัด

บรรณานุกรม

- กรมแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- กฤตยา อาชวนิจกุลและพิมพ์วิมลย์ บุญมงคล. “รื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่องรื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539 เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สภาพปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
- กัมปนาท วีรกกุลและคณะ. “ผลการสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในนักบินรบ.” แพทยสารอากาศ, 31(กรกฎาคม 2531): 93-102.
- กาญจนา สิมะจารึก. การศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- กุลเรือง สายห่มอินทร์. ความต้องการและปัญหาของประชาชนต่อบริการของโรงพยาบาลเอกชน ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- กุลล สุทธธาดา และวรชัย ทองไทย. ลักษณะผู้ให้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. “กินสุขภาพแก่ประชาชน” ใน ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 2. หน้า 1-22. เพลิ้นฟิศ เกลิ้งสงค์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2533.

- “ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท” ใน พฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 90-124. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- “แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย.” ใน ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 2. หน้า 3-63. เสรี พงศ์พิศ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด. 2536.
- “คนทำงานตายเพราะโรคไม่ติดต่อ เพื่อผลแห่งความมั่งคั่ง.” มติชนรายวัน. 8 (มีนาคม 2540): 2.
- คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการแก้ไข. มปท. 2538.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- จรรยา มะโนทัย. ศัลยศาสตร์หัวใจ. กรุงเทพฯ : สันประสิทธิ์การพิมพ์, 2525.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการพัฒนาตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- จริยวัตร คมพยัคน์. “สตรี ภาพลักษณ์ และบทบาทของผู้หญิง : มุมมองจากประสบการณ์.” สารสาธิตการพยาบาล. 10 (เมษายน-มิถุนายน 2538): 7-9.
- จินตนา งามวิทยาพงศ์. กระบวนการแสวงหาการรักษาเย็บขา เมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- จินตนา ภูมิพันธ์. “ผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่อง รื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2531 เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

เจือจันทร์ จงสถิตอยู่. การเรียนรู้และการขัดเกลาทางสังคม. เอกสารการอบรมสตรีศึกษา ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ไม่ปรากฏปี พ.ศ.

ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ไฉนพร ชื่นใจเรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ชนิดา สันธินาค. ความแตกต่างกันทางสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการแสวงหาบริการรักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท. ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ชื่นชม เจริญบุษ. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

หุติมา ทังหิรัญ. การศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

หุศรี ผลเพิ่ม. ปัจจัยกำหนดการใช้บริการเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยในสถานพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ณัฐวรรณ รักวงศ์ประยูร. ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “ฐานคติของแพทย์และสถาบันการแพทย์.” วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (ตุลาคม-ธันวาคม 2537): 249-259.

_____. “แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์” ใน สังคมวิทยาการแพทย์. หน้า 1-222. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.

- ทิพย์สุดา เณรทอง. การเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สังคมศาสตรบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- เทพินทร์ พัทธานุกรย์. แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเขี้ยวแบบพื้นบ้าน. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง
และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2531.
- นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. การวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทาง
เศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย
ประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบ
บริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา.” วารสารสาธารณสุข
มูลฐานและการพัฒนา. 7 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2537): 30-50.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริวิศรี. บรรณาธิการ. สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัย และการ
ใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- บุญเลี้ยง อุกฤต. “แนวทางการปฏิรูประบบสาธารณสุข.” วัชรเวชสาร. 39 (มกราคม-มีนาคม 2538) :
7-11.
- บุปผา คำรงกิติกุล. พฤติกรรมการรักษาและปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรค
ฟิลาเรีย (โรคเท้าช้าง) : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรบัณฑิต (สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- บุษยมาส บุญใจเพชร. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผน
โบราณและแผนปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์
การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญจวรรณ กำธรวัชร. การนำแนวคิดและทฤษฎีของต่างประเทศมาใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย. นครปฐม. ภาควิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- เบญจสีห์ สุเอียนทรมณี. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรบัณฑิต (สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- เบญจา ยอดคำเนิน. ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์. นครปฐม: โครงการเผยแพร่ข่าวสาร และการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- ประคอง กรรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ประคอง อินทรสมบัติ. “การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง.” ใน การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 134-164. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: วิ.จี. พรินติ้ง, 2537.
- ประคิม สุจฉายา. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจหัวใจหัวใจ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531.
- ประกาศรี รงค์เดชประทีป. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ของข้าราชการและลูกจ้างประจำสังกัดกองทัพบก ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวริ์ สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ มหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ประเวศ วะสี. หมอยาประจำบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิ โกมลคีเมทอง, 2531.
- ปราณี วงษ์เทศ. เพศและวัฒนธรรม. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์, 2535.
- พรทิพย์ สีนประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. ความแตกต่างของการเลือกวิถีรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลตนเองด้วยพื้นของชาวม้งที่เจ็บป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. ความแตกต่างของการเลือกวิถีรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พันธุ์ทิพย์ रामสูต. “การวิจัยชุมชนในงานสาธารณสุข.” วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 24 (มกราคม 2537): 37-43.
- พันธุ์พิณณ์ สากรพันธ์. “หลักทั่วไปของศัลยกรรมหัวใจ.” ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 653-664. สมชาติ โลจายะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2524.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. “แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง” ในการดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : แสงแดด, 2530.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษาที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและคณะ. วิจัยทางการแพทย์: หลักกระบวนการ, พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: โรงพิมพ์อัลลอยด์เพรส, 2535.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. “ผู้หญิงกับสุขภาพ: มิติของงานวิจัยระบบสาธารณสุข.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่อง รื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539 . เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- มหิดล, มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 4 เรื่อง การพยาบาลกับการสนับสนุน

สนุนการดูแลสุขภาพตนเอง 2-4 เมษายน 2534. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

มัลลิกา มัติโก และคณะ. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

_____. “แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง” ใน การดูแลสุขภาพของตนเอง: ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 11-12. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร : แสงแดด, 2530.

ยุวดี ภาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด, 2537.

โยธิน บุญเฉลย. การใช้บริการสาธารณสุขของครัวเรือนชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ, 2538.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลตำรวจ. จำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ, 2538.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. จำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ, 2538.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลราชวิถี. จำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ, 2538.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลวชิระพยาบาล. จำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ, 2538.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลศิริราช. จำนวนผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ, 2538.

เรณู พุกบุญมี. “ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่อง รื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วรรณวิไล จันทราภา, กันยา กาญจนนุรานนท์ และปรีชา ดีสวัสดิ์. เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข สุข 1 หน่วย 1-2 พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช, 2538 : 88-92.

วราภรณ์ นาครัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

วลัยพร เดียวพิพิชร. การวิเคราะห์ประสิทธิผลการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

วาทินี บุญชะลิกษ์. รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(ประชากรศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

วริยา ศิวะศรียานนท์. ผู้หญิงกับการแพทย์และการสาธารณสุข. รวมประเด็นเรื่องสตรี. สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ไม่ปรากฏปี พ.ศ.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. “การพัฒนาเศรษฐกิจ/สังคมและการแพทย์, สาธารณสุขไทย : a review.

วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 1 (มกราคม-มีนาคม 2536): 25-37.

_____. ทุกข์ สมทุกข์ในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วีณา สันตะบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ศิริพร จิรวัดณ์กุล. “สุขภาพสตรีสูงอายุ.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพเรื่อง รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. กรุงเทพฯ : เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ศิริพร ปรางประสิทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ศิริพร รัชชู. การรักษาโรคกระดูกของแพทย์แผนโบราณของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยคดีศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ภาควิชาสังคมวิทยา, 2537.

ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.

- ศิริอร สีนุ. “ความกระ่งในบทบาทหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีไทยที่ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจ.” ใน วิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. จินตนา ยูนิพันธ์ และพยอม อยู่สวัสดิ์, บรรณาธิการ. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2536.
- ศิริอร สีนุ. “ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่อง รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. “หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต.” วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2538): 134-145.
- สมจิต วัฒนชากุล. สถิติวิเคราะห์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ประกายพรึก, 2524.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์, 2536.
- สมชาติ โลจายะ. บรรณาธิการ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2524.
- สมพันธ์ หิณรีระนันท์. “ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- สัญญา ร้อยสมมุติ. สรีรวิทยาของหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : ขอนแก่นธุรกิจ, 2534.
- _____. สรีรวิทยาของการไหลเวียน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : ขอนแก่นธุรกิจ, 2536.
- ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข (2532-2537). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สันติ ตั้งรพีพากร. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (มกราคม-มีนาคม 2539): 1-80.
- สันตติ เสริมศรี. “สังคมวิทยาของการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ.” ใน เอกสารการสอนชุดสังคมวิทยาการแพทย์ หนัวย 1-8 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- สาธารณสุขจังหวัด, สำนักงาน. สรุปรายงานประจำปีของงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศปีงบประมาณ 2535. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. “ภาวะเรื้อรัง.”เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังใน
ทศวรรษหน้า วันที่ 14-17 มีนาคม 2538. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
- สุจินดา คุณาภิรมย์. การปรับบทบาทของหมอพื้นบ้านในชุมชนไทย ลาว จ.นครพนม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขามนุษยวิทยาประยุกต์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2535.
- สุวิภา บุญยะไพฑร. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4(มกราคม-มีนาคม), 2539.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ. การแพทย์แผนไทย: ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2530.
- สุธีรา ทอมสัน และคณะ. แนวความคิด : บทบาทของสตรีไทยในการพัฒนาประเทศ. กรุงเทพฯ :
สถาบันวิจัยเพื่อการศึกษาของประเทศ
- สุธีรา ชื่นตระกูล. การศึกษาติดตามพฤติกรรมการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมาลาเรีย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- สุนทรี ท. ชัยสัมฤทธิ์โชค และ นิยดา เกียรติยิ่งอุสสุติ. “การใช้ยาของหญิงไทยกับการมีสุขภาพดี.”
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่องรื้อสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับ
สุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. กรุงเทพฯ : เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคม
ศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สุรเกียรติ์ อาชาานุภาพ. “แนวคิดว่าด้วยการวิจัยระบบสาธารณสุข.” วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.
1 (ตุลาคม-ธันวาคม 2536): 7-24.
- เสาวภา พรศิริพงษ์ , อภิญญา บัวสรวง และพรทิพย์ อุสุภรัตน์. สภาพการให้บริการของพยาบาลใน
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนา
ชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- แสงทอง แห้งงาม. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษา
พยาบาลที่สถานอนามัย ของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สำลี เปลี้นบางช้างและคณะ. “สังคมวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาค
กลาง.” รายงานการสำรวจเบื้องต้นกระทรวงสาธารณสุข, 2524.

ไหมสาเราะ บันมะหะหมัด. การศึกษาความเชื่อทางศาสนาอิสลามกับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัว
ของชาวไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การ
แพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

อรรถชัย ภูมิพันธ์, รัชนิกร ผงผ่าน และกสิณภรณ์ บุญถนอม. “การจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกแนวใหม่:
แนวคิดและการปฏิบัติ.” วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 3 (เมษายน-มิถุนายน 2538):
67-68.

อรวิทย์ โทระกี. อาหารกับโรค. กรุงเทพฯ: หอรัตนชัยการพิมพ์, 2537.

อรอนงค์ คิเรกนุสราคม. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4(มกราคม-มีนาคม), 2539.

อัญญา ชีรชัย. การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง
วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรบัณฑิต (สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์). บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

อัญชลี จิตะปุระ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรค
ลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

อรุณศรี มงคลชาติ. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร
ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรบัณฑิต (สังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมา. การสำรวจตัวอย่างทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดฟีนีक्स
บลิซซิ่ง, 2532.

เอี่ยมพร ทองกระจา. “ผู้หญิงกับการบริการสุขภาพ.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิง
กับสุขภาพเรื่องรื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. กุ
งเทพฯ: เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

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.

Black, J.M. & Mattassarin-Jacob, E. Luckman and Sorensen Medical-Surgical Nursing: A
psychophysiology approach. 4 th ed. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1993.

- Chrisman, N.I. "The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness." Culture, Medicine and Psychiatry. 1 (1977): 351-377.
- Coe, Rodney M. Quality and cost containment in care of the elderly: health research perspective/ edited by James C. Romies, Rodney M, Coe. New York: Springer Publishing, c1991.
- Davis, C.K. "Who Will Pay? The Economic Realities of Health Care Reform." Scholarly inquiry for Nursing Practice. 6 (1992): 217-219.
- Douglas, P.S. Cardiovascular Health and Disease in Women. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1993.
- Edge, V. & Miller, M. Women & Health Care. St Louis: Mosby, 1994.
- Ellencweig, A.Y. Analysing health systems: a modular approach. New York : Oxford University Press, 1992.
- Foster, J.C. "A Woman's Health Agenda." Holistic Nursing Practice. 8 (July 1994): 74-88.
- Gauthier, C.C. & Krassen-Maxwell, E. "The Demands and Medical Ethics in Women's Health Care." Health Care for Women International. 12 (1991): 153-165.
- 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 Sciences and Medicine. 13 (1979): 446.
- Juarbe, T.C. "Access to Health Care for Hispanic Women : A Primary Health Care Perspective." Nursing Outlook. 43 (January/February 1995): 23-27.
- Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkely: University of California Press, 1980.
- Lauver, Diane. "A Theory of Care-seeking Behavior." Image: Journal of Nursing Scholarship. 24 (November 1992): 281-286.
- Lauver, Diane. "Psychosocial Variables, Race, and Intention in Seek Care for Breast Cancer Symptoms." Nursing Research. 41 (July/August 1992): 236-241.

- Lauver, Diane & Angerame, Mary. "Women's Expectations About Seeking Care for Breast Cancer Symptoms." *Oncology Nursing Forum*. 20 (1993): 519-524.
- Leclerc, 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 York : Bergin & Garvey, 1988.
- Mechanic, D. *Medical sociology*. New York : The Free press, 1968.
- 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.
- Siriorn Sindhu. *Role Clarity and Health Perceptions: Thai women with Valvular Heart Disease*. Doctoral Dissertation. University of California, San Francisco, 1992.
- The National Commission on Women's Affairs. *Report : First national assembly on women in development in the year of thai women 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.
- Wood, S.H. & Ransom, V.J. "The 1990s: A Decade for Change in Women's Health Care Policy." *JOGNN*. 23 (February 1994): 139-142.
- Young, J.C. "Non-use of Physicians : Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models". *Social Science & Medicine*. 15 (1981): 499-507.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา
ของแบบสัมภาษณ์กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ

- 1.รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์วิทย์ บุญมงคล
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2.รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา อุปโยคิน
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- 3.รองศาสตราจารย์ อุษาพร ชวลิตนิธิกุล
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล



เอกสารขอความร่วมมือและพินัยกรรมสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ เป็นนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยในเรื่อง “การศึกษา กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ ในกรุงเทพมหานคร” เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้หญิงเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น จึงขอความร่วมมือจากคุณโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่คุณตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อตัวคุณและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม และในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันจะขออนุญาตจดบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่คุณให้มาทั้งหมด เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล

ในขณะสัมภาษณ์ ถ้ามีคำถามใดที่ไม่สะดวกใจในการตอบ คุณสามารถที่จะละเว้นไม่ตอบคำถาม หรืออาจขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ทันที

ในกรณีที่ให้คุณให้ข้อมูลแล้ว แต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้อมูล คุณสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 4197939-40 เวลา 08.00-16.00 น.ทุกวัน

ขอขอบคุณในความร่วมมือ



แบบสัมภาษณ์เลขที่ [] [] [] []

โรงพยาบาล.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

โรค.....

วันเข้ารับการรักษาครั้งแรก.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ ใน กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์ผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคคลื่นหัวใจพิการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยโรคคลื่นหัวใจพิการ

2. ผู้สัมภาษณ์ทบทวนข้อคำถามต่างๆในแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจก่อนนำไปสัมภาษณ์
3. อธิบาย คำชี้แจง และขอความร่วมมือในการวิจัยตามเอกสารชี้แจงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจอย่างชัดเจน

4. การบันทึก ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

5. กรณีที่ถูกสัมภาษณ์ได้รับการรักษาอย่างอื่นก่อนที่จะมาโรงพยาบาลนี้ ให้สัมภาษณ์เพิ่มเติมโดยใช้แนวคำถามจากใบแทรก พร้อมทั้งจัดเรียงลำดับก่อนหลังของการเข้ารับบริการสุขภาพที่มุมกระดานบนขวาตามแบบฟอร์ม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและครอบครัว

(1) คุณใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่ไหน(จังหวัด).....นานเท่าใด.....

(2) ปัจจุบันคุณอยู่ที่ไหน(จังหวัด).....นานเท่าใด.....

(15) เมื่อคุณเจ็บป่วยมีใครทำหน้าที่ดังกล่าวแทน

☐ ไม่มี แล้วเวลาไปโรงพยาบาล ใครรับผิดชอบแทน

.....

☐ มี คือใคร.....

ช่วยทำอะไรบ้าง.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

(1) หมอบอกว่าคุณป่วยเป็นโรคอะไร.....

คุณทราบผลของการเจ็บป่วยครั้งแรกเมื่อใด.....

(2) ก่อนคุณจะมารับการตรวจที่โรงพยาบาลแห่งนี้ คุณมีอาการอย่างไรบ้าง

.....

คุณคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร.....

เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น.....

(9) แล้วคุณทำอย่างไรที่ได้รับคำแนะนำมาหรือไม่

☐ ทำ

☐ ไม่ทำ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

การเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล (ปัจจุบัน)

(1) คุณมาได้รับการรักษาด้วยโรคนี้ที่โรงพยาบาลแห่งนี้กี่ครั้ง.....ครั้ง

นานเท่าไร(เดือน/ปี)

(2) เพราะเหตุใดจึงมาได้รับการรักษาที่นี่ (เรียงลำดับไม่เกิน 3 ลำดับ)

- | | |
|---|---|
| ☐ ชื่อเสียงของแพทย์ | ☐ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล |
| ☐ มีญาติเป็นเจ้าหน้าที่ใน ร.พ. | ☐ ใกล้บ้าน |
| ☐ เป็นเจ้าหน้าที่ใน ร.พ. | ☐ เดินทางสะดวก |
| ☐ มีประกันสังคมกับ ร.พ. | ☐ มีอาการรุนแรงมาก |
| ☐ ได้รับการส่งต่อ | ☐ มีบุคคลแนะนำ ระบุ..... |
| ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

(19) ก่อนที่คุณจะมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ คุณเคยใช้การรักษาอย่างอื่นมาก่อนหรือไม่

☐ ไม่เคย

- () ไม่ทำอะไรเลย ปล่อยให้หายเอง
() รอสั่งเกตอาการว่าป่วยมากน้อยเพียงใด

☐ เคย เียงลำดับก่อนหลังโดยใส่หมายเลขใน () และระบุสถานที่ตั้ง

() รักษาเองที่บ้านด้วยตนเอง ญาติ หรือเพื่อนบ้านที่ไม่ใช่หมอ

ระบุ.....

() คลินิกเอกชน / โพลีคลินิก

() โรงพยาบาลเอกชน

☐ ต่างจังหวัด

☐ กรุงเทพมหานคร

() อื่นๆ ระบุ.....



ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการเข้ารับบริการสุขภาพ

เหตุผล	แหล่งบริการสุขภาพ			แผนนโยบาย			รพ. เอกชน	รพ.รัฐ ใน กทม.	หน่วยแพทย์	รวม
	ร้านขายยา	อสม.	รพ.สต.	คลินิก	รพ.ช.	รพ.ศ.				
ความรุนแรงของโรค	25	2		19	34	17	11	16		124
บุคคลอื่นแนะนำ	23		2	31			4	9	3	75
ค่าใช้จ่ายในการซื้อ	20	1	4					17	3	45
บริการ										
ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ										68
- การเดินทางสะดวก										
- ใกล้บ้าน			2	15	5	2				
การส่งต่อ	15	2		11	13					
ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อ					15	19				34
บริการ					49	30		11		90
ความคุ้นเคยกับผู้ใช้										

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีเพื่อนในการใช้บริการที่แหล่ง
รักษาแผนโบราณ

แหล่งบริการสุขภาพ							
แผนโบราณ	ยาหม้อ	ยาจีน	ยาสมุนไพร	คนทรง	หมอพระ	หมอมนต์	รวม
การมีเพื่อนในการรักษา							
มีเพื่อนในการรักษา	1	1	3	4	1	1	11
- สมาชิกในครอบครัว	1	1	3	2	1	1	8
- ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว				2		1	3

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการ
สุขภาพ

แหล่งบริการสุขภาพ	แผน โบ	อ ส	ร้าน ขาย	ส อ.	คลินิก นิก	รพ เอก	หน่วย แพทย์	ร ท	ร พ	รพ.รัฐ ใน	รวม
เหตุผล ของการเปลี่ยน แหล่งบริการสุขภาพ	รวม	ม	ยา			ชน	ฯ	ช	ศ	กทม.	
ความรุนแรงของ โรคเพิ่มขึ้น	11	2	25	4	28	2		50	25	32	179 (45.3)
การแนะนำของ บุคคลรอบข้าง	10	2	3	7	2			3	11	17	55 (13.9)
การส่งต่อ				4	22		6	14	15	15	76 (19.2)
ค่าใช้จ่ายแพง					61	22					83 (21.0)
เปลี่ยนแพทย์ที่รักษา ทุกครั้ง								1			1 (0.3)
ข่าวทีวี										1	1 (0.3)
รวม	21	4	28	15	111	26	6	67	52	65	395 100.0

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปรึกษากับบุคคลรอบข้างในการ
แสวงหาการบริการในแหล่งต่างๆ

แหล่งบริการ	แผน สุขภาพ	อ โบ	ร้าน ส	สอ. ขาย	คลี นิก	รพ. เอก	หน่วย แพทย์	รพ. ช	รพ. ศ	รพ.รัฐ ใน	รว ม
การปรึกษา	รณ	ม	ชา		ชน	ๆ				กทม.	
มีการปรึกษา	11	1	12	6	80	24	6	60	27	40	267
สมาชิกในครอบครัว	8	1	12	4	69	24	2	42	27	40	229
สามี		1	7	2	51	12	2	35	9	28	
บิดามารดา	6		5		17	4		7	11	10	
บุตร	2			2	1	8				2	
ไม่ใช่สมาชิกใน ครอบครัว	3			2	11		4	8	7	3	37
เพื่อนบ้าน	3			1	5		4		7	3	
เพื่อนร่วมงาน					2						
คนรู้จัก				1	4						
ไม่มีการปรึกษา		1	13	2		2		7	5	3	33
รวม	11	2	25	8	80	26	6	67	32	43	300