

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกากะญอที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอถ้ำกลาหมิงพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีแนวคิด ตลอดจนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาศึกษาเพื่อประโยชน์ในการประมวลแนวความคิดและกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอโดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง
2. วิถีชีวิตของปกากะญอ
3. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตเป็นแรงดันเลือดที่กระทบต่อผนัง หลอดเลือด ซึ่งเกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ความดันโลหิตมี 2 ค่า คือ ความดันตัวบนเป็นแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (systolic blood pressure) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการยืดขยายของผนังหลอดเลือดแดงขณะรับเลือดจากหัวใจในช่อง วังที่หัวใจบีบตัว และความดันตัวล่างเป็นแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (diastolic blood pressure) ซึ่งหมายถึง ความดันของเลือดที่ยังค้างอยู่ในหลอดเลือดขณะหัวใจคลายตัว (อรุณรัตน์ ลักษณะานูรี, 255 2) ความดันโลหิตสูงเกิดจา การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลงส่งผลให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2549) ได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงดังนี้ ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (ระดับอ่อน) หมายถึงค่าความดันโลหิตที่อยู่ระหว่าง 140/90 ถึง 159/99

มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (ระดับปานกลาง) หมายถึงค่าความดันโลหิตที่อยู่ระหว่าง 160/100 ถึง 179/109 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงระยะที่ 3 (ระดับรุนแรง) หมายถึงค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549)

1. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) หรือความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (primary hypertension) ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ถึงแม้จะตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง แต่เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยใหญ่ คือ

1.1 กรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ จากหลักฐานทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็น ยิ่งกว่านั้นผู้ที่มียีนทั้งบิดาและมารดาเป็นความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงมากที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น

1.2 สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และภาวะเครียด เป็นต้น

2. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุหรือความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบบางส่วนทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียวส่วนความดันช่วงล่างเป็นปกติ โรคความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคหลอดเลือดและหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบ วัณโรคของไต เนื่องจากต่อมหมวกไต เป็นต้น ซึ่งพบได้สองชนิด คือ ชนิดที่สร้างฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (aldosterone) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับเกลือแร่โปแตสเซียมในเลือดต่ำ อีกชนิดหนึ่ง ได้แก่ เนื่องจากที่สร้างฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) เรียกว่า โรคฟีโอโครโมไซโตมา (pheochromocytoma) ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการใจสั่น ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติและหายได้ นอกจากนี้การรับประทานยาบางชนิดเป็นเวลานานทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เช่น ยาคุมกำเนิดหรือยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้คัดจมูก เป็นต้น (ชานพิศ วงศ์สามัญ, 2542)

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ซึ่งตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น โรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง อาจพบว่ามีอาการวิงเวียนปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ เมื่อปล่อยทิ้งไว้นานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาอาจมีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ จนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในที่สุด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพ หรืออัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงอาจมีอาการเลือดกำเดาออก ตามองไม่เห็นข้างหนึ่งชั่วคราว เหนื่อยง่ายเจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะตุบๆ อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้จะเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น ไข้ อารมณ์เครียดหรือไมเกรน เป็นต้น ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิต เช่นความดันโลหิตสูงระดับอ่อนและปานกลางจะใช้เวลาานมากกว่า 10 ปี ส่วนความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงจะใช้เวลาสั้นกว่านี้ หรือใช้เวลาเพียงเป็นเดือน ดังนั้น เมื่อเกิดอาการผิดปกติจึงควรปรึกษาแพทย์ เพราะถ้าพบความดันโลหิตสูงมากจะได้รับการดูแลรักษาและทันทั่วทั้งที่ เมื่อความดันโลหิตลดลงเป็นปกติอาการดังกล่าวก็จะหายไป (สายพิณ โชติวิเชียร, 2548)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษา โรคความดันโลหิตสูง มีเป้า หมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยทั่วไป หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ESH/ESC, 2007; JNC 7, 2003) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตประกอบด้วย 2 วิธีคือ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) การรักษาโดยวิธีใช้ยา ดังรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 การรับประทานอาหารควรลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมหรือรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al., 2001; ICSI, 2005; JNC 7,2003) นอกจากนี้การรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) คือ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ร่วมกับการลดปริมาณไขมันรวมและไขมันไม่อิ่มตัว สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al., 2001)

1.2 การควบคุมน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10 - 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน มีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลงเพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งพบว่า การลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัมในโรคอ้วน จะทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 1.6 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 1.3 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) การควบคุมน้ำหนักนอกจากจะจำกัดแคลอรีแล้ว ยังต้องลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัวด้วย การควบคุมดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) ให้อยู่ในระดับ 18.5 - 24.9 ซึ่งพบว่า การลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท (ICSI, 2005; JNC VII, 2003; Wexler & Aukerman, 2006)

1.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน มีผลให้ความดันโลหิตสูงลดลง 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท (ICSI, 2005; JNC VII, 2003; Kelley & Kelley, 2000; Wexler & Aukerman, 2006; Whelton, Chin, Xin & He, 2002)

1.4 การจัดการความเครียด ความเครียดทำให้ความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีภาวะความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดความเครียดได้ การจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ (ICSI, 2005; Wexler & Aukerman, 2006)

1.5 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Wexler & Aukerman, 2006) และลดการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นซึ่งถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ขาดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ ในหนึ่งวันผู้ชายควรดื่มสุราไม่เกิน 30 มิลลิลิตร หรือเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตร หรือไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตร และวิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร ในผู้หญิงหรือผู้ที่รูปร่างเล็กควรดื่มน้อยกว่าที่จำกัดในผู้ชายครึ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท (ICSI, 2005; JNC VII, 2003; Wexler & Aukerman, 2006) การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มก่อนมีความดันโลหิตสูง (prehypertension) และกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับหนึ่ง (hypertension stage I) จะเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารลดเค็มและลดไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชา กาแฟ เป็นต้น เป็นต้น เป็นเวลา 6 เดือน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จึงใช้อีกวิธีหนึ่งคือ การรักษาด้วยวิธีใช้ยา

2. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา

หลักการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต คือ ลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่างๆ (วิลโล พัววิลโล และชัชชานู คีโรจนวงษ์, 2547; ESH/ESC, 2007; Fetzer, 2001; JNC VII, 2003)

ผลกระทบของความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อีกทั้งยังพบมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อสมอง หัวใจ ไต และตา ผลที่เกิดจากอาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ยาวนานและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ด้านร่างกายเกิดจากการทำลายของอวัยวะสำคัญต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา เป็นต้น เพราะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ยาวนานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานได้ไม่เป็นปกติและหากเกิดการทำลายอย่างรุนแรงอาจทำให้ถึงแก่กรรมได้ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบและแข็ง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายจากผลของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน เกิดเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงล้นเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอดทำให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้การทำงานของหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวนี้อาจเกิดขึ้นได้มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลวได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการใจสั่น เป็นต้น (สายพิณ โชติวิเชียร, 2548)

ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง คือ หลอดเลือดสมอง
แข็งตีบแคบ เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงและมีการโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือดทำให้
หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกอาจทำให้ส่วนที่โป่งพองแตก
เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอาการปวดศีรษะมาก
คลื่นไส้ อาเจียน ชิม สับสน ชัก เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และอาจหมดสติได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 3 - 5
เท่า นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงอาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีหลอด
เลือดมากที่สุดในร่างกาย ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ
มีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง
คือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวม หากเป็นมา ก เนื่องจากมีการคั่งของสารครีเอตินีน
(creatinine) และสารยูเรีย (urea) ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย อาจทำให้มี อาการ อ่อนเพลีย
คลื่นไส้ อาเจียน ชิมลง หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด ส่วนผลกระทบของความดันโลหิตสูงต่อตา
อาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ที่ตาเกิดการหนาตัวและตีบแคบทำให้มีแรงดันในลูกตาสูงขึ้น
หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม เกิดอาการตามัว
หรือตาบอดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ความดันโลหิตสูงเป็น โรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมความดัน
โลหิตไปตลอดชีวิต และพบมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต
หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ขณะที่มีการเจ็บป่วยทางกายนั้น จิตใจของบุคคลย่อมได้รับ
การกระทบกระเทือนไปด้วย การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยได้
และหากเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดความเครียดใน
ระดับสูง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็น โรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล
เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะๆ
ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล ผู้ป่วยบางรายอาจท้อแท้ หมดกำลังใจ เบื่อหน่ายในการรักษา
และการปรับตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกใช้
พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความเครียด จะ
ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย ไตวาย
เรื้อรัง และโรคหลอดเลือดในสมอง ผลกระทบทางกาย จากภาวะแทรกซ้อนทำให้สูญเสีย
ความสามารถทางร่างกาย มีภาวะพิการ ทูพผลภาพ ปัญหาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม
ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าของตนเองลดลง จากพยาธิสภาพของโรคหัวใจ จึง

ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากความไม่แน่นอนของโรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และกลัวการเสียชีวิต (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540 อ้างใน สุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในกา รักษาพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วย ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาชีพทำให้รายได้ลดลง นอกจากนี้ผลของ การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ได้ตามปกติ รวมทั้งต้องเปลี่ยน บทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหว่าเหว วิตกกังวล ไร้ค่า (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว และสังคมตามมา จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มมากขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

วิถีชีวิตชนเผ่าปกากะญอ

ความเป็นมาของชนเผ่าปกากะญอ

ภาคเหนือเป็นภาคที่มีลักษณะภูมิประเทศแตกต่างไปจากภาคอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดคือ เต็มไปด้วยภูเขามากมายซึ่งประกอบด้วยภูเขาสูงๆ สลับกับหุบเขาซึ่งเป็นที่ราบแคบ โดยภูมิประเทศ ภาคนี้เกิดจากการห่อตัวของแผ่นดิน โดยชนานกัน ในแนวเดียวกับเส้น ลองจิจูดที่สิบ เนื่องมาจาก ทิวเขาหิมาลัยซึ่งมีส่วนติดต่อยาวผ่านมาทางตะวันออกของอัสสัมในประเทศอินเดีย ยูนาน ในประเทศจีน รัฐฉานในประเทศพม่า และต่อเนื่องลงมาทางใต้ของประเทศไทย และมาเลเซีย ด้วย ตามลักษณะภูมิศาสตร์ ได้แบ่งเขตภูมิประเทศทางภาคเหนือออกเป็น 2 เขตคือ ภาคเหนือตอนบน และภาคเหนือตอนล่างซึ่งมี อิทธิพลอย่างมากต่อ สภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต และ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของประชากรที่อยู่ ในภาคนี้ มีเฉพาะแต่ประชากรในพื้นที่ราบ ยังมีอิทธิพล ต่อชาวเขาเผ่า ต่างๆ ที่อาศัยกระจัดกระจายอยู่บนเขาสูงและตามที่ราบเชิงเขาด้วย โดยเฉพาะชาวเขา ซึ่งวิถีชีวิต ของพวกเขาต้องอยู่กับธรรมชาติแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย

ในบรรดาชาวเขาที่อาศัยกระจัดกระจายอยู่ทางเหนือของประเทศไทยในขณะนี้ ปกากะญอ นับว่าเป็นชาวเขาที่มีจำนวนมากที่สุด นักประวัติศาสตร์ บางท่านสันนิษฐานว่า เดิมที นั้นพวกนี้อยู่ใน ดินแดนด้านตะวันออกของธิเบต แล้วเข้ามาตั้งอาณาจักรอยู่ในประเทศจีน เมื่อ 733

ปีก่อนพุทธกาล หรือประมาณ 3,238 ปีล่วงมาแล้ว ชาวจีนเรียกว่า ชนชาติโจว ภายหลังถูกกษัตริย์จีนรุกรานจึงพากัน แดก พายหนีลงมาอยู่บริเวณแม่น้ำแยงซี ต่อมาเกิดปะทะกับชนชาติไทยจึงถอยล่นลงมาอยู่ตามลำน้ำโขง และแม่น้ำสาละวินในเขตพม่า แต่จากภาวะความไม่สงบในพื้นที่ สงคราม และเมื่อการทำมาหากินทางเขตพม่าฝืดเคือง พวกนี้จึงพากันอพยพเข้ามาหาทำเลที่ทำกินในเมืองไทย (จัตถภัย บรูซพัฒนา, 2538)

เชื้อชาติ ภาษา และลักษณะทางประชากร

คนไทยทั่วไปในภาคกลางเดิมเรียกชาวเขาเผ่านี้ว่า กะเหรี่ยง ปัจจุบันเปลี่ยนคำเรียกขานว่า ปกาเกอญอ พม่า เรียกว่า กะยีน (kayin) ส่วนคนพื้นที่ในภาคเหนือและพวกไทยใหญ่ เรียกว่า ยาง ส่วนชาวยุโรปเรียกว่า Karen ปกาเกอญอ (กะเหรี่ยง) ถูกจัดอยู่ในตระกูลธิเบต-พม่า ภาษาปกาเกอญอ แต่ละเผ่ามีภาษาพูดที่เกี่ยวข้องกับภาษาต่างๆ พื้นฐานของภาษายังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน กล่าวคือ บางแห่งบอกว่ามาจากต้นตระกูลจีน-ธิเบต แต่บางแห่งสันนิษฐานว่ามีความใกล้เคียงกับแขนงของธิเบต-พม่า บ้างก็ว่าได้รับอิทธิพลจากภาษาในตระกูลมอญ-เขมร เป็นต้น (จัตถภัย บรูซพัฒนา, 2538)

ชาวกะเหรี่ยงมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวหลายอย่าง นอกเหนือจากภาษาพูดแล้ว ยังมีการแต่งกาย ศิลปะการแสดง และประเพณีต่างๆ ปัจจุบันมีชาวกะเหรี่ยงในประเทศพม่าประมาณ 7 ล้านคน และในไทยประมาณ 4 แสนคน ประเทศไทยมีชาวกะเหรี่ยง 1,993 หมู่บ้าน 69,353 หลังคาเรือน ประชากรทั้งสิ้นประมาณ 352,295 คน คิดเป็นร้อยละ 46.80 ของจำนวนประชากรชาวเขาในประเทศไทย อาศัยอยู่ใน 15 จังหวัด ของ ภาคเหนือ และ ภาคตะวันตก ได้แก่ กาญจนบุรี กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน ราชบุรี ลำปาง ลำพูน สุโขทัย สุพรรณบุรี และอุทัยธานี กะเหรี่ยงมีด้วยกันหลายกลุ่มย่อย และมีชื่อเรียกต่างๆ กัน ทั้งยังมีประเพณี ความเชื่อ ความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันด้วย กะเหรี่ยงในประเทศไทยมี 4 กลุ่มย่อยคือ

- 1) สะกอ หรือยางขาว เรียกตัวเองว่า ปกาเกอญอ เป็นกลุ่มที่มีประชากรมากที่สุด
- 2) โป้ เรียกตัวเองว่า โพล ส่วนใหญ่อยู่ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และลำพูน
- 3) ปะโอ หรือ ตองสู อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- 4) บะเว หรือ คะยา อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากสถิติการรวบรวมข้อมูลประชากรในพื้นที่สูงหรือชาวไทยภูเขาระบุว่า ชาวไทยภูเขาเผ่าปกาเกอญอ (กะเหรี่ยง) มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะ จังหวัดเชียงใหม่ มีประชากรทั้งสิ้น 1,666,024 คน แยกเป็นชาย 818,958 คน หญิง 851,066 คน ความหนาแน่นเฉลี่ย 83 คน/ตร.กม. (ข้อมูลวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2552) ส่วนประชาชนบนพื้นที่สูงมีจำนวนทั้งสิ้น

312,447 คน กระจายอยู่ใน 20 อำเภอ มีกลุ่มชนเผ่าต่างๆ รวม 13 ชนเผ่า แบ่งเป็นชาวเขา 7 เผ่า ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง เมี่ยน (เย้า) อาข่า (อีเก้อ) ลาหู่ (มูเซอ) ลีซอ (ลีซุ) และ ลัวะ จำนวน 229,382 คน เป็นชนกลุ่มน้อย 5 กลุ่ม ได้แก่ ปะหล่อง ไทใหญ่ ไทลื้อ จีนฮ่อ และอื่นๆ รวมจำนวน 34,022 คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2545) จากข้อมูลประชากรของอำเภอ กัลยาณิวัฒนา พบว่า มีประชากรชนเผ่าปกากะญอ จำนวน 9,584 คน คิดเป็นร้อยละ 87.28 ของประชากรทั้งหมด (โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติฯ, 2552)

ลักษณะทางกายภาพ

ชาวปกากะญอโดยทั่วไปมีความสูงขนาดปานกลาง โดยปกากะญอในพื้นที่ราบ จะมีความสูงโดยเฉลี่ยประมาณ 5 ฟุต 4 นิ้ว และปกากะญอที่อาศัยอยู่บนเขาจะต่ำกว่าประมาณ 3 นิ้ว พวกผู้หญิงจะมีรูปร่างเล็กกว่าผู้ชาย ปกากะญอบนเขาจะทำงานหนักมากเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และผจญกับ โรคภัย ไข้เจ็บอยู่เสมอ โดยเฉพาะไข้มาลาเรีย ทำให้ร่างกายแคระแกร็นบนที่ราบหรือต่ำลงมา เราจะพบพวกปกากะญอที่มีรูปร่างดี แข็งแรงสันทัด ช่วงขาใหญ่ ขาสั้นแต่ได้สัดส่วนกับร่างกาย ผู้หญิงปกากะญอ มีรูปร่างอวบสมบุรณ์ แต่เรือนร่างจะตั้งตรง เพราะแบกของหนักไว้บนศีรษะหรือบนหลังเสมอๆ ส่วนฟัน คล้ายกับพวกผู้ชาย คือ มีรอยเปื้อนคราบ เพราะนิยมกินหมากกันอยู่ พวกปกากะญอบนภูเขามักไม่ใคร่อาบน้ำ และชอบห้อยเครื่องราง ผิวของพวกปกากะญอจะมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่สีเหลืองไปจนถึง น้ำตาลคล้ำ รูปใบหน้าที่เป็นแบบเดียวกันเป็นส่วนมาก คือ ลักษณะแบน เหมือนใบหน้าที่ของชนเผ่ามอญ โกลี้อยู่ทั่วไป

สำหรับเครื่องแต่งกายของปกากะญอแต่ละเผ่า นั้น จะแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. ปกากะญอสะกอ ผู้ชายนิยมใส่เสื้อแขนสั้นสีแดงรัดเอวด้วยเชือกสี พู่ และ โปกผ้า ด้วยสีต่างๆกัน ผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานจะนุ่งกระโปรงยาววามีปีกข้างเล็กน้อย ส่วนพวกที่แต่งงานแล้ว นิยมใส่เสื้อแขนสั้นน้ำเงินเข้ม และส่วนล่างประดับด้วยลูกปัดสีแดงและขาว ส่วนกระโปรงเป็นสีแดง เป็นลายตัดพร้อมทั้ง โปกผ้าสีแดง

2. ปกากะญอโป้ว ผู้ชายแต่งตัวเหมือนชาวนาไทย ผู้หญิงแต่งงานแล้วใส่เสื้อคลุมเหมือนพวกสะกอ แต่ยาวกว่าและสีแดงเด่นกว่า ท่อนบนปักด้วยลวดลายแพรวพราว กระโปรงสีดำหรือน้ำเงินเข้ม ส่วนผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานแต่งตัวแบบแฟนซี เย็บปักด้วยลวดลายและประดับด้วยลูกปัดต่างๆ เกล้าผมและมีปิ่นเงินปักอยู่ กระโปรงยาวคลุมข้อเท้ามีปีก และพู่ห้อย ชายแขนเสื้อท่อนบน และชายกระโปรงประดับด้วยฝ่ามือการปักอย่างมากมาย ใส่กำไลมือและแขน และบางครั้งก็มีเครื่องเงินสวมคอ อย่างไรก็ตาม การแต่งตัวอย่างพิถีพิถันและครบเครื่องนั้นมักจะทำในโอกาสที่มีงานสำคัญในหมู่บ้าน

3. ปกาเกอญอเว ผู้ชายจะนุ่งกางเกงสั้นสีแดงและโพกศีรษะ นิยมสักรูปต่างๆ ไว้ข้างหลัง ส่วนผู้หญิงจะนุ่งกระโปรงสั้นมากและจะสวมกำไลไม้ไผ่ไว้ที่ข้อเท้า (ขจัดภัย บรูซพัฒนา, 2538)

ถิ่นที่อยู่อาศัยและสภาพหมู่บ้าน

ส่วนใหญ่จะกระจุกกระจายอยู่ในบริเวณจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือ โดยสภาพหมู่บ้านนั้น หลักสำคัญของการกำหนดความเป็นหมู่บ้าน คือ ต้องเป็นหน่วยอิสระในการประกอบพิธีกรรมของตน เพื่อการเช่นสร้างผีเจ้าที่ปีละ 2 ครั้ง ผู้เป็นประธานพิธีนี้ได้แก่หัวหน้าพิธีกรรมฝ่ายชายในสังคมปกาเกอญอเรียกว่า เชื้อเก็งคู หรือหัวหน้าหมู่บ้านผู้เฒ่า ซึ่งได้ตำแหน่งจากการสืบสายจากฝ่าย บิดา ทุกหมู่บ้านต้องมีเชื้อเก็งคูของตนเอง โดยปกติหมู่บ้านปกาเกอญอจะตั้งอยู่ในพื้นที่ลุ่มก้นกระทะล้อมรอบ ด้านเนินเขาหรือที่ราบระหว่างหุบเขาที่สามารถไปสู่แหล่ง น้ำลำธารได้อย่างสะดวก และไม่เคยสร้าง หมู่บ้านบนสันเขา และไม่เคยใช้ระบบราง น้ำไม้ไผ่ เพื่อนำน้ำเข้าหมู่บ้าน ส่วนบ้าน นั้นมักจะปลูกชิดกันแต่ไม่เป็นแบบเรียงแถวเป็นแนวตรงอย่างเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลทาง ความเชื่อ ด้านศาสนา บริเวณบ้านจะไม่มีรั้ว สัตว์เลี้ยงต่างๆจะถูกปล่อยให้เที่ยวหากินเอง ในหมู่บ้านไม่มีสถานที่สำหรับบูชา ไม่มีวัด ไม่มีที่สำหรับประชุม หรือลานเดินรำที่อาจใช้เป็นจุดศูนย์กลางของชุมชนแต่อย่างใด บางหมู่บ้าน มีอาณาเขตของตนโดยเฉพาะ ซึ่งคนในหมู่บ้านเท่านั้นที่สามารถทำอะไรเคลื่อนไหวภายในอาณาเขตของหมู่บ้านของเขาได้ การกำหนดเขตนี้ต้องตกลงกับหมู่บ้านใกล้เคียง (ขจัดภัย บรูซพัฒนา, 2538)

ระบบการปกครองหมู่บ้าน เศรษฐกิจ สังคม และศาสนา

1. ระบบการปกครอง ผู้ที่มีอิทธิพลที่สุดในหมู่บ้าน ได้แก่ หัวหน้าหมู่บ้านซึ่งเรียกว่า เชื้อ เก็งคู มีหน้าที่สำคัญในการเป็นประธานประกอบพิธีกรรม เป็นผู้พิจารณาตัดสินกรณีพิพาทต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ส่วนกิจกรรมสำคัญต่างๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวกับหมู่บ้านจะได้รับการอภิปรายในระหว่างกลุ่มผู้เฒ่าผู้แก่ของหมู่บ้าน โดยปกติแล้วหมู่บ้านส่วนใหญ่ของชาวปกาเกอญอ ยกเว้นหมู่บ้านเล็กๆ และอยู่ห่างไกลทางราชการมักจะแต่งตั้งผู้ใหญ่บ้านชาวปกาเกอญอขึ้น เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนติดต่อกับทางอำเภอ

2. ระบบเศรษฐกิจ ชาวปกาเกอญอขึ้นอยู่กับเกษตรกรรม เป็นส่วนใหญ่ โดยทำการปลูกข้าวเป็นหลัก อาชีพหลักของชาวปกาเกอญอคือ การทำไร่ ดังนั้นเรื่องการถือครองที่ดินจึงมีความสำคัญมีใช้น้อย นอกจากการทำไร่แล้ว ยังนิยมเลี้ยงไก่ หมูเพื่อเอาไว้ใช้ในพิธีเช่นสร้างต่างๆ นอกจากนี้ยังเลี้ยงช้าง วัว และควาย สำหรับชาวปกาเกอญอที่มีช้างไว้ในครอบครองมักจะเป็นผู้มีฐานะดี

3. ระบบสังคม โดยทั่วไปลักษณะครัวเรือนมัก จะเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ แต่ละครัวเรือนจะมีไร่เป็นของตนเองและเป็นผู้จัดแรงงานด้านการเกษตรของตนเอง ยกเว้นบางคราวที่เจ็บป่วยหรือตายติดๆ กัน การแต่งงานใช้ระบบพัวเมียเดียว อันเป็นกฎที่เคร่งครัด การหย่าร้าง มีน้อย คู่สมรสหนุ่มสาวจะตั้งครัวเรือนของตนเอง ภายหลังที่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ฝ่ายหญิง เมื่อแยก ไปสร้างเรือนหอใหม่ต้องสร้างบ้านที่มีขนาดค่อนข้างเล็กเพื่อให้สอดคล้องกับการเพิ่งแต่งงาน ภายหลังมีลูกถึงสร้างบ้านให้ใหญ่ได้ ในสังคมของชาวปกากะญอถือว่าความมั่งคั่งและมีวัวควายโสเป็นสิ่งที่แสดงถึงสถานะอันสูงส่งในสังคม นอกจากนี้จำนวนปศุสัตว์ที่มีในครอบครัวยังแสดงถึงความมั่งคั่งของครอบครัวด้วย

4. ศาสนา ชาวปกากะญอบางส่วนในประเทศไทยนับถือพุทธศาสนา และคริสต์ศาสนา แต่ชาวปกากะญอทั้งหมดซึ่งรวมถึงผู้นับถือศาสนาทั้งสองดังกล่าวจะนับถือผี เนื่องจากด้วยความเชื่อ ที่ว่าแทบทุก หนแห่งจะมีผีสิงสถิตอยู่ เช่น ในป่า ในไร่ หรือในหมู่บ้าน ผีที่พวกปกากะญอนับถือนั้นมีอยู่ สองอย่างคือ ผีเรือนกับผีบ้าน ผีเรือนเป็นผีป ระจำบ้านเรือนคือ บิดามารดาปู่ย่า ตายาย ที่ถึงแก่กรรม ส่วนผีบ้าน หรือผีเจ้าที่ เป็นผีหรือเทพารักษ์ที่รักษาหมู่บ้านมีความสำคัญในพิธีเกี่ยวกับการเกษตร และพิธีกรรมเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขของคนทั้งหมู่บ้าน นอกจากนี้ ชาวปกากะญอถือว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเกิดจากการกระทำของผีร้ายต่างๆ ซึ่งสถิตอยู่ตามป่าเขา แม่น้ำ ลำธาร ฉะนั้นเมื่อผู้ใดเกิดไม่สบายจะต้องจัดพิธีเลี้ยงผี โดยหมอมผีในหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ (จจัดภัย บุรุษพัฒน์, 2538)

แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์

ความหมายของระบบการแพทย์

ระบบการแพทย์ หมายถึง พฤติกรรมของคนที่อยู่อาศัยในสังคมที่มีแบบแผนทางสถาบันสังคม มีพฤติกรรมด้านกา รเชี่ยวชาญรักษาอย่างต่อเนื่องมีรูปแบบจนมีลักษณะเป็นสถาบัน (Medical Institution) เช่น มีองค์ประกอบทางด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรค การรักษา ไม่ว่าจะเป็นการใช้กรรมวิธีทางไสยศาสตร์ ศาสนา เวทย์มนต์คาถาหรือแบบแผนสมัยใหม่ ระบบการแพทย์เกิดขึ้นพร้อมกับการอยู่เป็นสังคมของมนุษย์ สถาบันทางสังคมเป็นรากฐานก่อให้เกิดการรักษาโดยผู้รักษา (curers) จะทำการรักษา ระบบการแพทย์อาจจะเริ่มในสถาบันครอบครัวก่อนก็ได้ ทั้งนี้ก็เพราะบทบาทของพ่อหรือแม่จะทำหน้าที่เป็นผู้รักษาในขณะที่ผู้ป่วย (patients) ก็คือสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ นั่นเอง ด้วยเหตุนี้ระบบการแพทย์จึงเป็นสิ่งจำเป็นแก่ทุกสังคม และถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ปรากฏออกมาให้เห็นทั้งนามธรรมและรูปธรรม ซึ่งจะสะท้อนแบบแผนและค่านิยม

ทางสังคมออกมาและทุกสังคมก็มีการพัฒนาระบบวัฒนธรรมส่วนนี้กับปรากฏการณ์ของโลกที่เป็นจริงและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อันเป็นส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์ทั่ว ๆ ไปของวิวัฒนาการทางวัฒนธรรม (รัชนี้ ภูมิศาสตร์, 2545)

แนวคิดทางมานุษยวิทยา มองระบบการแพทย์ว่าเป็นแบบแผนทางสถาบันทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีมาจากพฤติกรรมของมนุษย์ต่อสุขภาพ (Dunn, 1970 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนศิริ, 2541) ระบบความเชื่อทางการแพทย์ถูกรวบรวมขึ้นจากความคิด ความเป็นเหตุผลและหลักเกณฑ์ซึ่งมนุษย์จัดระบบขึ้นจากความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการควบคุมโรค (Young, 1983 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนศิริ, 2541) ระบบการแพทย์เป็นผลิตผลทางวัฒนธรรมเช่นเดียวกับระบบสังคมอื่น ๆ เช่น ระบบการเมืองและศาสนา โดยต่างล้วนมีความจำเป็นต่อความมั่นคงของสังคมและชีวิตของคนในสังคม ระบบการแพทย์จึงปรากฏและดำรงอยู่ในทุกสังคมของมนุษย์จากยุคบรรพกาลจนถึงปัจจุบัน

องค์ประกอบที่สำคัญในระบบการแพทย์หนึ่งๆ นั้น ส่วนที่เป็นพื้นฐานที่สุดก็คือส่วนที่เรียกว่าทฤษฎีการเกิดโรค (Disease Theory System) และระบบการดูแลรักษาสุขภาพ (Health Care System) ทฤษฎีการเกิดโรคเป็นส่วนหนึ่งของระบบความเชื่อที่ว่าด้วยธรรมชาติของสุขภาพสาเหตุ และผลของความเจ็บป่วยและหนทางที่เหมาะสมในการแก้ไข ขณะที่ระบบการดูแลรักษาสุขภาพเป็นกระบวนการที่สังคมจัดการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย ตามกรอบและคำอธิบายจากทฤษฎีการเกิดโรค (Foster, 1978 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนศิริ, 2541)

ความสำคัญของระบบการแพทย์

ระบบการแพทย์เป็นผลิตผลทางวัฒนธรรมเป็นทั้งระบบสังคมและระบบวัฒนธรรมย่อยที่ประกอบขึ้นด้วยส่วนต่างๆ อันสลับซับซ้อน นับแต่ความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาทบรรทัดฐาน จนถึงเทคนิคและเครื่องมือเครื่องมือนานา การเป็นระบบวัฒนธรรม จึงทำให้ระบบการแพทย์ในแต่ละท้องถิ่น มีความแตกต่างหลากหลาย ไคลน์แมน (Klienman, 1980 อ้างใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2532) ให้นิยามความหมายระบบการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะเรื่องความเจ็บป่วย กล่าวคือ ระบบการแพทย์ หมายถึง องค์รวมของระบบวัฒนธรรม สังคมและชีวิตที่จัดการกับความเจ็บป่วย (Illness) โดยเชื่อมโยงกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคการรับรู้อาการแบบแผนพฤติกรรม การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ ตลอดจนการประเมินผลการรักษา โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ โดยไคลน์แมน (Klienman, 1980) อธิบายระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ภาคสามัญชน (popular sector) ภาควิชาชีพ (professional sector) และภาคแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ซึ่งแต่ละส่วน

มีสถานะที่เรียกว่า อาณาบริเวณทางสังคม (social area) ซึ่งเป็นที่ที่มีการตัดสินใจ และมีพฤติกรรม การรักษาพยาบาล ตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อ การตัดสินใจเลือก วิธีการรักษา แบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความแตกต่างกันในแนวความคิด ความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาเยียวยา แต่มี ปฏิสัมพันธ์ (interact) ต่อกันและกัน Kleinman ถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐาน และเป็น ส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพส่วนของสามัญชน (popular sector) ที่เป็นระบบย่อยที่ใหญ่ ที่สุด ประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว เครือญาติ และชุมชน ที่เป็นอาณาบริเวณที่ความเจ็บป่วยถูก รับรู้ ตีความและวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ทั้งนี้ด้วยวิถีคิดและวิถีการแบบชาวบ้านธรรมดา มิใช่ แบบผู้ชำนาญการ แต่ในขณะที่เดียวกันก็เห็นรูปแบบของการเลือก การรักษาเยียวยานานาชนิดเกิดขึ้น มากมาย ทั้งในแง่วิธีการดูแลภายในบ้าน นับตั้งแต่ไม่รักษาหรือชะลอการรักษา การซื้อยากินเอง การรักษาด้วยสมุนไพร การใช้พิธีกรรม ดังเช่นงานศึกษาของ ไคลน์แมนและคณะ (Klienman et al., 1978 อ้างใน ชารอน วิลเลียม Sharon Williams, 2001) ที่พบว่าประมาณร้อยละ 70 - 90 ของ ความเจ็บป่วยของบุคคลถูกจัดการในบริบทของระบบการแพทย์ภาคสามัญชนแห่งนี้

ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Pluralistic Medical System)

ระบบการแพทย์เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเสื่อมสลายหรือพัฒนาการกว้างขวางขึ้น ทั้งจาก กระบวนการของการผสมผสาน การหิบบิซึม ตลอดจนด้วยอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของ โครงสร้างอื่น ๆ ในสังคม การเกิดระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะเป็นปรากฏการณ์ที่สังคมหนึ่ง ๆ มีการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบพร้อมกัน ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะสะท้อน ถึงความซับซ้อนทางวัฒนธรรมในเรื่องระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและวิธีการรักษา ของสังคม และอาจกล่าวได้ว่าธรรมชาติของระบบการแพทย์ในทุกสังคมและของโลกทั้งหมดมี ความเป็นพหุลักษณะ (pluralistic) (อมรรัตน์ รัตนศิริ, 254 1) และข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ในทุกสังคม รวมทั้งสังคมไทยก็คือ ประชาชนนิยมระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ซึ่งประกอบด้วยการแพทย์ หลายระบบที่ตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนแตกต่างกันออกไป ในสังคมไทยซึ่งมี วัฒนธรรมความเชื่อดั้งเดิมที่ผสมผสานกันระหว่างการนับถือผี พราหมณ์และพุทธ การแพทย์ สมัยใหม่แม้จะเข้ามามีบทบาทในวงการสาธารณสุขของไทย 100 กว่าปีแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงแปลก แยกกับฐานทางความคิดของชาวบ้านที่ถูกกำหนดจากวัฒนธรรมพื้นบ้านเป็นสำคัญ (โกมาต ร จึงเสถียรทรัพย์, 2535) ดังนั้น จึงพบว่ารูปธรรมในการรักษาพยาบาลของชาวบ้านที่พบกันอยู่ใน ปัจจุบันก็คือ การผสมผสานการแพทย์แบบพหุลักษณะในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วย ของตนเองที่นอกเหนือ ไปจากการแพทย์สมัยใหม่ อันได้แก่ ไสยศาสตร์ ความเชื่อในเรื่องผีต่างๆ

รวมทั้งโหราศาสตร์ เช่น การดูดวง ดูเคราะห์กรรม เป็นต้น และการแพทย์พื้นบ้าน เช่น ยาสมุนไพร ยาฝิ่นอบ ฯลฯ ควบคู่กันไปโดยมิได้ถือว่าแนวทางการบำบัดรักษาหลายประการเหล่านี้ จะขัดแย้งกันแต่อย่างใด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536)

แนวคิดเกี่ยวกับพหุลักษณะของระบบการแพทย์นั้น มีความสำคัญทางวิชาการมากขึ้นเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกได้รับความนิยมและแผ่ขยายอิทธิพลไปยังภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก ประสิทธิภาพที่เหนือกว่าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญทำให้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ได้รับความนิยมว่าจะเป็นระบบการแพทย์ที่สำคัญที่สุด ทั้งในประเทศ ตะวันตก และประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย ความพยายามในการประยุกต์เอาความรู้และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนการจัดรูปองค์กรการให้บริการทางการแพทย์แบบใหม่ ทำให้เกิดแนวคิดขึ้นใหม่ว่า ระบบการแพทย์ (Medical system) หมายถึง ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งประกอบขึ้นด้วยสถาบัน โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล สมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกิจกรรมการรักษาพยาบาลการบริหารจัดการต่างๆ ระบบการรักษาย่อยๆ ที่มีอยู่เดิมเป็นส่วนที่อยู่นอก ระบบการแพทย์ ซึ่งหากไม่ถูกละเลยก็มักจะถือว่าเป็นการแพทย์เถื่อน หรือแบบไสยศาสตร์ ขาดความรู้ที่ถูกต้องทางวิชาการ ความพยายามที่จะขยายขอบเขต และปรับปรุงคุณภาพการบริการของการแพทย์ในระบบที่ให้ความหมายเฉพาะการแพทย์แผนใหม่ข้างต้น ได้ทำให้เกิดการปิดกั้น หรือเกิดการควบคุมระบบการแพทย์นอกระบบเหล่านั้นอย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตาม ความพยายามที่จะสร้างระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ให้เป็นการแพทย์หลักเพียงระบบเดียวของสังคมนั้น ยังไม่เคยประสบความสำเร็จ ณ ที่ใดในโลก แม้ในประเทศอุตสาหกรรมตะวันตกซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของการแพทย์แผนใหม่ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ก็ยังไม่อาจครอบคลุมคนในสังคมได้อย่างครบถ้วน ตรงกันข้ามยังมีรูปแบบและการให้บริการตามความเชื่ออื่นๆ เช่น โยคะหรือ พ่อมดหมอผีปรากฏอยู่ไม่น้อย และหากรัฐบาลในประเทศตะวันตกเหล่านั้นยังพยายามจะยึดถือแนวทางเดิมคือ นำเอาการแพทย์แผนใหม่เข้าถึงคนในสังคมได้ทั้งหมด ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมากมายจนเกินกว่าที่ประเทศเหล่านั้นจะรับได้ (Leslie, 1980 อ้างใน อมรรัตน์ รัตนศิริ, 254 1) ในประเทศที่กำลังพัฒนาต่างก็ล้วนรับเอาการแพทย์แผนใหม่เป็นระบบการแพทย์หลักของตน โดยที่ระบบการแพทย์ที่เคยมีอยู่เดิมในท้องถิ่นหากไม่ถูกละเลยก็ถูกจำกัดบทบาทลงไปมากที่สุด ได้ทำให้ระบบการแพทย์แผนใหม่เป็นระบบการแพทย์ที่เป็นทางการเพียงระบบเดียว ซึ่งทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ เนื่องจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ตอบสนองความต้องการได้อย่างจำกัด เกิดปัญหาทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและความไม่สอดคล้องกับสังคมนวัตกรรมเดิมของท้องถิ่น การเสื่อมสลายไปของระบบการแพทย์เดิมในท้องถิ่นยิ่งทำให้ประชาชนในชนบทของประเทศเหล่านั้นต้องตกอยู่ในภาวะลำบาก พึ่งตัวเองไม่ได้ ซ้ำยังตกเป็นเหยื่อของ

หมอเถื่อนที่มาในรูปการแพทย์สมัยใหม่ เช่น หมอฉีดยา เป็นต้น (Banerji, 1984 อ้างใน อมรรัตน์ รัตน์ศิริ, 2541)

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบกับบทเรียนของการพัฒนาระบบการแพทย์ในประเทศจีน (ซึ่งมีการผสมผสานและพัฒนาระบบการแพทย์แบบจีนให้เป็นส่วนสำคัญของระบบการแพทย์ของประเทศ) ให้ทำให้เกิดการเสนอแนวคิดในการทำความเข้าใจกับระบบการแพทย์ใหม่ให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามสังคมวิทยามากขึ้น โดยเฉพาะการเสนอแนวคิดว่า ระบบการแพทย์ทุกระบบสามารถที่จะมีโครงสร้างเป็นแบบพหุลักษณ์ (pluralistic structure) โดยมีระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (Cosmopolitan Medicine) เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่ง โดยต้องอยู่ในลักษณะแข่งขัน (competitive) และเกื้อหนุน (complementary) กับระบบการเยียวยาอื่นๆ (alternative therapies) (Leslie, 1980 อ้างใน อมรรัตน์ รัตน์ศิริ, 2541) การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในลักษณะนี้ทำให้เกิดการเปิดแนวทัศน์ใหม่ในการมองระบบการแพทย์ท้องถิ่น โดยการพยายามใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านั้น โดยเฉพาะสำหรับประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายที่โดยความเป็นจริงแล้วล้วนมีระบบการแพทย์ท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญ ขณะที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เหมาะสมทั้งในเชิงเศรษฐกิจและวัฒนธรรมมากมาย

การเกิดระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ ยังมีความหมายในเชิงแนวคิดทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์อีกด้วย การเกิดพหุลักษณ์ของระบบการแพทย์ในสังคมที่มีการแพทย์แผนตะวันตกเป็นระบบการแพทย์หลักหรือทางการ เป็นเครื่องแสดงถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดในเรื่องโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ที่แตกต่างกัน โรคเป็นความจริงทางชีววิทยา (biological reality) ขณะที่ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์และเป็นความจริงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social culture reality) บุคคลอาจเป็นโรคได้โดยไม่แสดงความเจ็บป่วยในขณะที่อาจเจ็บป่วยโดยไม่มีโรค ซึ่งโรคและความเจ็บป่วยมีความเกี่ยวเนื่องกัน แต่ก็เป็นคนละอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองกำหนดโดยวัฒนธรรม (culturally constructed) การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ประกอบขึ้นด้วยทฤษฎี เทคนิควิธีการและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาและรักษาโรค ถึงแม้ระบบการแพทย์แบบนี้จะได้รับการสนับสนุนเพียงใดก็คงไม่อาจที่จะทำให้นักหันมาพึ่งพาได้ทั้งหมด ทั้งนี้เพราะหัวใจสำคัญของการทำงานของระบบการแพทย์ (Medical system) อยู่ที่การเป็นระบบสังคมที่ทำหน้าที่ให้ความหมาย (meaning) และกำหนดรูปแบบในการเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ยึดเอาโรคซึ่งเป็นความจริงทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียวเป็นหัวใจหลักในการทำงาน จึงทำให้ระบบความสัมพันธ์ในการรักษาเยียวยาละเลยส่วนที่เป็นบทบาททางด้านสัญลักษณ์และเศรษฐกิจการเมืองไป และจึงเป็นสาเหตุให้คนหันไปแสวงหาแหล่งบริการอื่นๆ ที่สามารถตอบสนองแง่มุมต่างๆ ของปัญหาความเจ็บป่วยได้

ครบถ้วนกว่า การเกิดพหุลักษณะของระบบการแพทย์ โดยนัยนี้จึงเป็นเครื่องสะท้อนความบกพร่องของระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ เพราะไม่อาจตอบสนองความเจ็บป่วยได้ครบถ้วน และละเลยความเป็นจริงที่สำคัญยิ่งนั้นคือ ความเจ็บป่วยที่แท้จริงเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม วัฒนธรรมพอๆ เช่นกับการเป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยา

ระบบการแพทย์ในสังคมไทย

ดันน์ (Dunn, 1977 อ้างในเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2532) ได้แบ่งระบบการแพทย์โดยจำแนกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และทางวัฒนธรรมเป็น 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ท้องถิ่น (Local medical system) เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ถ่ายทอดกันมา ไม่มีลักษณะวิชาชีพชั้นสูงระบบการแพทย์ภูมิภาค (Regional medical system) เป็นระบบการแพทย์ที่มีลักษณะวิชาการสูงขึ้น ได้รับการยอมรับในระดับภูมิภาค เช่น การแพทย์จีน ระบบการแพทย์สากล (Cosmopolitan medical system) เป็นระบบการแพทย์ตะวันตก มีความเป็นวิชาการมากที่สุดได้รับการยอมรับทั่วโลก ส่วนโคลนแมน (Klienman, 1980) นั้น แนวคิดของเขาใช้คำว่าระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) โดยกล่าวว่าระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคมซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพ 3 ระบบ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว โดยที่แต่ละระบบต่างก็มีวิธีการอธิบายและจัดการกับการเจ็บป่วยตามวิธีการที่เป็นเอกลักษณ์ของตน ความแตกต่างในลักษณะความเชื่อ การยึดมั่น และวิธีการปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าวนี้เป็นความแตกต่างของความเป็นจริงของสังคม (social reality) การแสวงหาบริการสุขภาพจะเกิดขึ้นระหว่าง และหรือภายใน 3 ระบบนี้เมื่อพิจารณาบบบริการสุขภาพตามแนวคิดของโคลนแมน จึงสามารถแบ่งระบบการแพทย์ในสังคมไทยได้เป็น 3 ระบบคือ

1 .ระบบการแพทย์ภาคสามัญชน

ระบบการแพทย์ภาคสามัญชน หมายถึง ส่วนของการดูแลตนเองของประชาชน ซึ่งถูกปลูกฝังถ่ายทอดสืบต่อกันมาตามวัฒนธรรมความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยระบบการแพทย์ภาคสามัญชน กล่าวได้ว่าเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด และเป็นส่วนที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยตีความ และวินิจฉัยเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก ในส่วนนี้ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง 4 ระดับคือ

- 1.1 ผู้ป่วย
- 1.2 ครอบครัวของผู้ป่วย
- 1.3 เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน
- 1.4 ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

การปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยในระบบนี้ หมายรวมถึงทั้งการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยา จะได้รับการจัดการโดยผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่เขาสัมพันธ์ด้วย ตามการรับรู้และประสบการณ์ มีการตีความเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยตามระบบความเชื่อและวัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอด ชัดเจนทางสังคม และวิถีการดำเนินชีวิต ที่ปฏิบัติกันมา (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ซึ่งภายในระบบการแพทย์ภาคสามัญชนนี้ บุคคลจะประเมินและตัดสินใจจัดการเจ็บป่วยโดยรักษาตนเองหรือปรึกษาหารือกันในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมก่อน (Kleinman, 1980 อ้างใน ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, 253 3) ได้แก่ ปฏิกริยาตอบสนองแบบ “ไม่รักษา” (no action) หรือ “รอดูอาการ” (wait and see) เมื่อประเมินว่าเจ็บป่วยเล็กน้อยและความเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ จึงไม่ได้แสวงหาวิธีการรักษาความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามบุคคลจะสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (non medication/self treatment) เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การทำงานน้อยลง เป็นต้น การใช้ยารักษาตนเอง (self medication) เช่น ยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพร ระบบการแพทย์ภาคสามัญชน ถือเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐานและเป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดในระบบบริการสุขภาพ มีความสำคัญมากในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของประชาชน การตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับกรอบอริยาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในวัฒนธรรมของตน

2. ระบบการแพทย์ภาคพื้นบ้าน

ระบบการแพทย์ภาคพื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทย เป็นอีกระบบบริการหนึ่งของระบบวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งในวัฒนธรรมของสังคมไทยอาจแบ่งออกเป็นสามพื้นบ้าน หรือที่เรียกว่า การรักษาแผนโบราณ การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่มีการคิดค้นพัฒนา สังสมและถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ วิธีการวินิจฉัยและการรักษาโรคจึงมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์ ศาสนาและไสยศาสตร์ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2538) หมอแผนโบราณมักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบท ส่วนใหญ่จะมีระดับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมใกล้เคียงกับชาวบ้านมาก จึงมีความเข้าใจสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดี เป็นกันเอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ คณะ, 2530) จากการศึกษาของ แสงทอง แหงมงาม (2533) พบว่า สาเหตุสำคัญของการรับบริการกับหมอพื้นบ้าน คือ บริการดีเป็นกันเอง รอไม่นาน นอกจากนี้ยังพบว่า หมอพื้นบ้านไปให้บริการถึงที่บ้านของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงยังมีผู้ป่วยไปรักษากับหมอพื้นบ้าน การรักษาในส่วนนี้แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

ประเภทที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น หมอยา หมอสมุนไพร หมอดำยา หรือผดุงครรภ์โบราณ หมอนวด หมอแมะ หมอจับเส้น หมอฝังเข็ม เป็นต้น

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

สำหรับการแพทย์แผนโบราณทั้ง 2 ชนิดนี้ บางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันด้วย เหตุผลว่า การรักษาด้วยยาสมุนไพรรักษามักควบคู่กับการกำกับกาลอาคมร่วมด้วยเสมอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

3 . ระบบบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ

เป็นระบบที่มีความสำคัญ เพราะสามารถให้การรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับโรคและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน และระบบบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพในประเทศไทย สามารถแบ่งออกได้เป็นสองส่วนตามลักษณะของการดำเนินงาน คือ ระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาครัฐ (public sector) และระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาคเอกชน (private sector)

3.1 ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย เป็นภาระหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค และ การฟื้นฟูสภาพ ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ บริการสาธารณสุข มูลฐาน บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง บริการสาธารณสุขระดับสองและบริการสาธารณสุขระดับสาม (อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534 และสายใจ โกศลสิทธิ์, 2534)

3.1.1 บริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นการจัดบริการระดับต้น โดยมุ่งให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองในด้านความต้องการพื้นฐานของชีวิต ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงานเอง โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1.2 บริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งตั้งอยู่ตามตำบล อำเภอทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่วนใหญ่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน

และควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น จะส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

3.1.3 บริการสาธารณสุขระดับสอง เป็นการให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ ความชำนาญสูงปานกลาง คือ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดทุกจังหวัด หรืออำเภอใหญ่ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเองมีอาการรุนแรง ต้องการรักษาที่จำเพาะเจาะจงตามโรค หรือได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างลงไป โรงพยาบาลในระดับนี้มีขีดความสามารถในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สามารถให้บริการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางได้

3.1.4 บริการสาธารณสุขระดับสาม เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติโดยมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีหน่วยบริการคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่เฉพาะทาง หรือด้วยวิธีการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง สถานบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ส่วนมากให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่มีศักยภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาล

3.2 ระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ สถานบริการในภาคเอกชนมีหลายประเภทดังนี้

3.2.1 ร้านขายยา เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาได้ มีกระจายอยู่ทั่วไปตามชุมชน สะดวกในการเข้ารับบริการมากจัดแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ ประเภท ก ประเภท ข และประเภท ค โดยจัดแบ่งตามขอบเขตความรับผิดชอบของบุคลากรที่ควบคุม

3.2.2 คลินิก โพลีคลินิก เป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ความชำนาญ มีการกระจายอยู่ตามสังคมเมืองที่มีระดับเศรษฐกิจค่อนข้างดี สามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและสะดวก ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริม และป้องกันโรคได้ดีพอควร แต่มีศักยภาพจำกัด ไม่สามารถให้บริการ การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนได้ จำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

จากแนวคิดเรื่องระบบการแพทย์ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ามีระบบการแพทย์หลายระบบ ที่บุคคลใช้ดูแลสุขภาพและมีลักษณะเป็นพหุลักษณะ ทำให้ประชาชนมีโอกาสเลือกสิ่งที่ดีที่สุดกับระบบความคิด ความเชื่อของตนได้เพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละระบบก็มีข้อเสียแตกต่างกัน แม้ว่าในปัจจุบันระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะเข้ามามีบทบาทอย่างมาก แต่บางครั้งระบบการดูแลรักษาที่มุ่งรักษาโรค ขาดการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลและนอกจากนี้ยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ขณะเดียวกันระบบการแพทย์ภาคสามัญชน และระบบการแพทย์ภาคพื้นบ้านก็มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า นับว่ามีความสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชนอย่างมาก

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้เพื่อค้นหาวิธีการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีผู้อธิบายแนวคิดในเรื่องนี้อยู่หลายคน อาทิเช่น ไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ซึ่งให้คำนิยามของพฤติกรรมแสวงหา บริการสุขภาพ ไว้ว่า คือ กลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมการปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่งและเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลสะท้อนมาจากการที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนว่าเป็นอย่างไร (มัลลิกา มัติโก, 2533) กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนจะมีกระบวนการแสวงหาการรักษาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการตีความ และการให้ความหมายต่อสาเหตุการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อแบบวิทยาศาสตร์ แบบโบราณหรือแบบไสยศาสตร์ก็ตาม ทั้งนี้เพื่อจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลอาจกระทำได้หลายๆ วิธี ตั้งแต่อยู่เฉยๆ เพื่อรอดูอาการ และรอให้อาการต่างๆ หุเลาหรือหายไป หรือสอบถามความคิดเห็น และขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ทำการรักษาตนเอง แสวงหาและเลือกแหล่งบริการที่เหมาะสมเพื่อเข้ารับการรักษา เช่น ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชน คลินิก หมอพื้นบ้าน หมอมนต์ หรือบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งการรักษาใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้หายขาดจากอาการเจ็บป่วย หรือกลับคืนสู่สภาพปกติ ร่วมมือเพื่อรักษาให้หาย

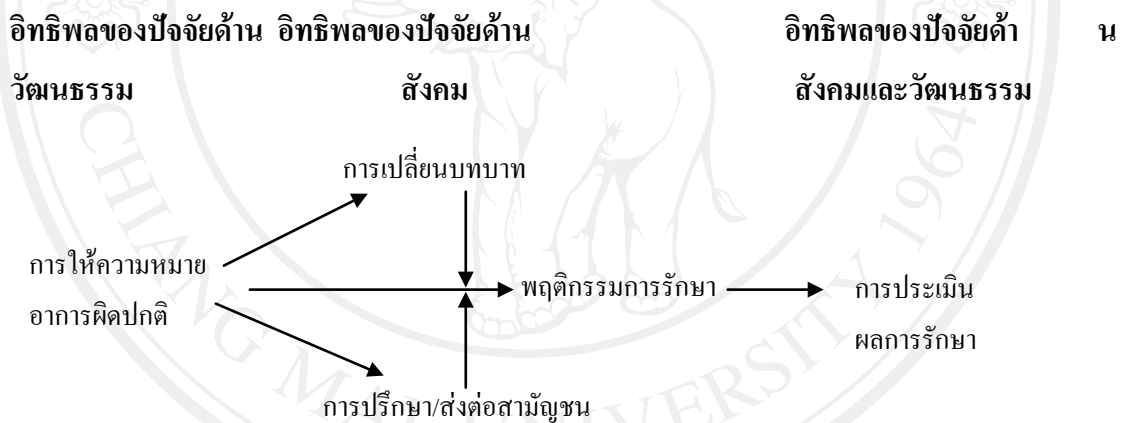
ซัซแมน (Suchman, 1965) ได้เสนอแนวคิดที่อธิบายถึงขั้นตอนการแสวงหาการรักษา (stage of health seeking) รวมทั้งการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งต่างๆ ว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นประสบการณ์ (the system experience stage) บุคคลจะตัดสินใจอาการเจ็บป่วยโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยอาจมีการประวิงเวลาเพื่อรอดูอาการก่อนแล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการยอมรับการเจ็บป่วย (assumption of sick role stage) และเสาะแสวงหาคำปรึกษา

เพื่อตัดสติใจไปหาผู้บำบัดรักษา (the medical care contact) ขึ้นตอนต่อมา บุคคลจะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วย (the dependent patient role stage) จนผู้บำบัดยอมรับว่า ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ภาวะปกติ (the recovery or rehabilitation stage) หรือในบางคนอาจต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ขึ้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับทุกคน และไม่จำเป็นว่าทุกคนต้องมีครบทุกขั้นตอน บางคนอาจเริ่มจากขั้นแรกแล้วข้ามไปสู่ขั้นการยอมรับการเป็นผู้ป่วยเลยก็ได้ และในขั้นตอนของการเลือกแหล่งรักษานั้น จะเป็นขั้นที่สะท้อนให้เห็นถึงโลกทัศน์ของผู้ป่วย ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการ

คริสแมน (Chrisman, 1991; Chrisman & Kleinman, 1983) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษา (health seeking process) ว่าเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากจุดหนึ่ง ไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน (แผนภูมิที่ 1) เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (system definition) ที่เป็นไปตามความเชื่อที่ได้รับถ่ายทอดกันมาตามความหมายทางวัฒนธรรมหรืออาจไปปรึกษากับคนใกล้ชิด (lay consultation) เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง ๆ และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน ซึ่งถ้ามีการรับรองอาการที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role behavior shift) ในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลันแล้วเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา (treatment action) ซึ่งเป็นการเลือกแหล่งการรักษาและวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งขั้นตอนนี้สามารถแยกได้เป็น 2 ส่วน คือ เลือกแหล่งบริการรักษาเยียวยา และเลือกชนิดของการรักษา ซึ่งแหล่งบริการอาจจะเป็น

1. แหล่งบริการทางวิชาชีพหรือเป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล
2. แหล่งบริการที่เป็นลักษณะกึ่งวิชาชีพ ได้แก่ เกษกร ผดุงครรภ์
3. หมอพื้นบ้านต่าง ๆ ได้แก่ หมอไสยศาสตร์ หมอกระดูก หมอพระ
4. เป็นการปรึกษารือกับบุคคลอื่น ๆ
5. การรักษาตนเอง ชนิดของการรักษา ได้แก่
 - 5.1 การทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน อาบน้ำอุ่น
 - 5.2 การรักษาทางการแพทย์ เช่น การนวด การกินยา
 - 5.3 พฤติกรรมบนพื้นฐานของพิธีกรรมหรือการพุดคุย เช่น ไปหาหมอผีหรือจิตแพทย์
 - 5.4 การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การผ่าตัด เป็นต้น

ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา เมื่อรักษาแล้วเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผล (adherence and evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม ร่วมกัน ประเมินผลการรักษาตลอดเวลว่า ความเจ็บป่วยที่เป็นนั้นดีขึ้นหรือหายไปตามคำอธิบายทาง วัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้ให้การรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วย อาจมีการย้อนกลับ (recycling) ได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม นอกจากนั้น คริสแมน ยังเสนอแนวคิดที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดการเลือกแหล่งการรักษา หรือวิธีการ รักษาเสียยว่า สามารถเกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของการประเมินของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของ เขาในเรื่องความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่รับรู้กับทรัพยากรที่มีอยู่แล้วประเมินถึงสาเหตุของ โรคและจัดประเภทของการเจ็บป่วย ตลอดจนจนถึงขั้นของการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งปัจจัยในเรื่อง ความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่รับรู้ และทรัพยากรที่มีอยู่เสริมสร้างอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ในการเลือกดังกล่าว



ภาพที่ 1 แบบจำลอง “กระบวนการแสวงหาการรักษา” ของคริสแมน (Chrisman, 1991)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพของไอกัน (Igun, 1979) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ รวมทั้งมีส่วนในการประเมินอาการและ ประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการนั้นด้วย ไอกันอธิบายว่า เมื่อบุคคลเริ่มประสบกับอาการที่ ผิดปกติ ถ้าทราบว่าอาการผิดปกตินั้นคืออาการอะไร และรู้ว่าไม่ร้ายแรง จะทำการรักษาตนเอง ก่อน แต่ถ้าไม่ทราบว่าอาการผิดปกตินั้นคืออาการอะไร หรือเห็นว่าเป็นอาการที่ร้ายแรง หรือรักษา ตนเองแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจทำการสอบถามอาการกับบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติ หรือเพื่อน สนิท เพื่อที่จะประเมินอาการว่าเป็น อาการของ โรคอะไร และอาจไปสู่ขั้นตอนการประเมินว่าจะทำ การรักษาที่แหล่งใดจึงจะให้คุณภาพดีที่สุด หรือเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยที่สังคมยอมรับว่าป่วย

จริง ๆ เลยก็ได้ ในระหว่างนี้จะมีญาติพี่น้อง เพื่อน มาเยี่ยมเยียน ซึ่งอาจมีบทบาทในการช่วยวินิจฉัยโรค หรือแนะนำการรักษาโรค รวมทั้งอาจช่วยในการตัดสินใจว่าแหล่งบริการสุขภาพใดเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยจะทำการเลือกแหล่งรักษา เข้าไปรับการรักษา และมีการใช้ความรุนแรงของอาการประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการหรือวิธีการรักษาพยาบาลนั้นๆ ในบางครั้งกว่าจะมีการประเมินผลการรักษาก็จะมีการตายเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการเจ็บป่วยหรือในบางคนก็หายจากความเจ็บป่วยไปสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ถ้าไม่หายหรือเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ จะเกิดการเปลี่ยนแหล่งการรักษาและกลับไปสู่ขั้นตอนการประเมินอาการใหม่และประเมินคุณภาพของแหล่งรักษาหรือวิธีการรักษานั้นได้อีกครั้ง

ส่วนแนวคิดในการแสวงหาการรักษาของแฟเบริกา (Fabrega, 1980) นั้น ได้นำเสนอความคิดเชิงทฤษฎีที่วิเคราะห์ห้ขั้นตอนพฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยมีพื้นฐานวิธีคิดที่ว่าบุคคลย่อมมีเหตุผลในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งลงไป และพฤติกรรมความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกระบวนการตัดสินใจของบุคคล ต่อสถานะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเริ่มจากขั้นตอนการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ด้วยการตีความ แปลความหมาย อาการผิดปกติจากข้อมูล ประสบการณ์ หรือการรับรู้ข้อมูลจากบุคคลรอบข้างว่ามีอาการเจ็บป่วยหรือไม่อย่างไร แล้วนำมาตีค่า ประเมินด้วยตนเอง ถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หากมีความสำคัญก็นำมาวางแผนการรักษา ซึ่งเชื่อกันว่าบุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์จากความเจ็บป่วยในอดีต ตลอดจนประเพณี วัฒนธรรม และมีการประเมินความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษา ตามประสบการณ์ในอดีตว่าจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นหรือผลการรักษาครั้งนั้นจะกลายเป็นสถานะแห่งความทุกข์ทรมาน และเสี่ยงต่อการพิการหรือตายได้หรือไม่ ต่อมาบุคคลประเมินถึงผลประโยชน์ที่ตนจะได้จากวิธีการรักษาที่ตน ใช้อยู่ว่าสามารถจัดการความเจ็บป่วยของตนได้หรือไม่ แล้วคำนวณถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมทั้งค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่าย กำลังทรัพย์ที่มีอยู่ สถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคม และพิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับคือ มีผลดีต่อการรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย และให้ผลประโยชน์มากที่สุด จึงตัดสินใจเลือกวิธีการรักษานั้น โดยสรุป การที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งนั้น จะใช้ประสบการณ์ของการเจ็บป่วย และการรักษาในอดีตมาเลือกหาวิธีการต่างๆ แล้วพิจารณาถึงผลประโยชน์สุทธิที่เขาได้รับ จากการเลือกการรักษาวิธีนั้นนั่นเอง

ปริชา อุปโยคิน (2539) : 114 - 119) กำหนดขั้นตอนการศึกษาพฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยแบ่งเป็นขั้นตอนตั้งแต่เริ่มมีอาการปรากฏให้เห็นจนถึงการรักษา ดังนี้

1. เมื่อมีอาการปรากฏให้เห็น

- 1.1 การประเมินอาการ หรือวินิจฉัยด้วยตนเอง
- 1.2 ถ้าไม่แน่ใจ ถามผู้รู้ช่วยอธิบาย หรือให้ข้อมูล
- 1.3 แปลความหมาย ดีความว่าควรทำอย่างไรต่ออาการนั้น

2. การรักษา

- 2.1 ถ้าดีความว่าไม่รุนแรงจะรักษาด้วยตนเอง หรือใช้วิธีง่ายๆ ก่อนการประเมินผล
- 2.2 ถ้าทุเลาหรือหายจะเลิกรักษา ถ้าอาการหนักขึ้นเปลี่ยนวิธีการรักษา

ส่วนไคลแมน (Klienman) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่สนใจศึกษาด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ การศึกษาของเขามีจุดเด่น คือ การเน้นศึกษาระบบสุขภาพในทัศนะของบุคคลภายใน (Insider) เขาได้สร้างแบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตามวัฒนธรรมของประชาชนจีน เพราะการที่บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาแบบใด ขึ้นอยู่กับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนกลุ่มนั้นและการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนกลุ่มใด ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของคนกลุ่มนั้น (Klienman, 1997) อ้างถึงกฤษณา นาดี (2541) และปรีชา อุปโยคิน (2539) และมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินมุมมองความเจ็บป่วยในทัศนะประชาชนในแต่ละวัฒนธรรม (ไคลแมน ไอส์เซนเบอร์ก และ กูด (Kleinman, Eisenberg and Good, 1978) อ้างถึง ชารอน วิลเลียม (Sharon Williams, 2001) ดังนี้

1. สิ่งที่ทำให้ป่วย
2. เวลาที่เริ่มเจ็บป่วยเมื่อใด เหตุที่เชื่อเช่นนั้น
3. คิดว่าการป่วยครั้งนี้ มีผลอย่างไรบ้าง มันออกฤทธิ์อย่างไร
4. ความเจ็บป่วยรุนแรง มากน้อยเพียงใด
5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยครั้งนี้
6. วิธีที่ควรจะรักษา
7. การหวังผลจากการรักษา
8. ปัญหาสำคัญที่สุด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้
9. สิ่งที่กลัวในการเจ็บป่วยครั้งนี้

จากแนวคิดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหา การดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ เมื่อเกิดอาการหรือความผิดปกติบุคคลจะรับรู้และให้ความหมายของอาการหรือความผิดปกตินั้นตามประสบการณ์ และคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้นว่าอาการผิดปกตินั้น แสดงถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคใด มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามบทบาทในชีวิตของบุคคลหรือไม่ อย่างไร จะจัดการกับอาการ

และความผิดปกติดังกล่าวอย่างไร อาจารย์ดูอาการหรือให้การดูแลเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการก่อน หากอาการมีความรุนแรงขึ้นผู้ป่วยและบุคคลสำคัญที่มีความสำคัญเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว เพื่อน จะร่วมกันประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ และแสวงหาวิธีการดูแลรักษาสุขภาพหรือแหล่งให้บริการ การรักษาที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพสูงสุดตามความเชื่อและวัฒนธรรมของกลุ่มชนนั้น ภายใต้ ทรัพยากรที่มีอยู่ เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวจะร่วมกันประเมินผลการรักษา ที่ได้รับว่า วิธีการรักษาจากแหล่งบริการนั้น สามารถบรรเทาอาการหรือทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ที่รู้ว่าเป็นหรือไม่ หากประเมินแล้วว่าวิธีการรักษานั้นไม่เอื้อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย อาการ และความผิดปกติดังกล่าวยังคงอยู่ ทรัพยากรที่มีหรือครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนวิธีการ รักษาดังกล่าวต่อไปได้ ก็จะเปลี่ยนแหล่งให้บริการ ไปแหล่งใหม่ จนกว่าจะประเมินผลวิธีการรักษา จากแหล่งนั้นว่าเอื้อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จึงทำการรักษาจากแหล่งนั้นต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรีชา อุปโยคิน (2539) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพพระหว่าง โรคเรื้อรัง (โรคเรื้อน) และ โรคเฉียบพลัน (ระบบหายใจเด็ก) พบว่า โรคเฉียบพลัน มีการรักษาโดย ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจเปลี่ยนสถานที่บริการบ้างแต่วิธีการไม่เปลี่ยน ส่วนผู้ป่วยโรค เรื้อรัง เริ่มต้นรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไปสิ้นสุดที่แผนปัจจุบัน และเปลี่ยนวิธีการรักษา คือ เปลี่ยน จากสมุนไพรมาใช้ยาแผนปัจจุบัน

กันยรัตน์ อุบลวรรณ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคกลางของ ประเทศไทย โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี จำนวน 400ราย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อ เจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปฎิญา พรรณราย (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิง โรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ในผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลสงขลา และ โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 62.6 ปี และเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.0 อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก 1-4 คน (ร้อยละ 69.0) ซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มากกว่าครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.5) ส่วนใหญ่รับรู้ตามการวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคความดัน โลหิตสูงโดยไม่มีอาการอื่นร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 62.5) ระยะแรกก่อนรับรู้ว่าเป็นโรคความดัน โลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนหนักศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นหนักผิดปกติ นอนไม่หลับ เจ็บหน้าอก และอาการอื่นๆ ที่พบได้ บ้าง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4.0 ไม่สามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นได้ ร้อยละ 2.0 ที่ให้

ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกได้ถูกต้อง ร้อยละ 28.5 ให้ความหมายของอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคปวดศีรษะธรรมดา ร้อยละ 13.5 ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเครียดหรือสงสัยเป็นโรคประสาท ส่วนใหญ่รับรู้ให้ความหมายว่าเป็นโรคลม หรือโรคคนแก่ รongลงมา คือ ปวดศีรษะธรรมดา และเครียดหรือเป็นโรคประสาท และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ใช้วิธีการรักษาตนเองมาก มีการปรึกษาสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนข้างบ้าน ที่เป็นบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขก่อน แล้วจึงไปรักษาที่อื่น แหล่งที่เลือกรับบริการก่อนมา โรงพยาบาลที่ศึกษา ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้ง สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุข ชุมชน แหล่งรักษาแผนโบราณและร้านขายยา ซึ่งมีเหตุผลสำคัญคือ ใกล้ที่พัก เดินทางสะดวก

เพชรรัตน์ เอี่ยมลออ (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกรุงเทพมหานคร ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 150 คน และโรงพยาบาลเอกชน 60 คน พบว่าการรับรู้ การให้ความหมายว่าเป็นธรรมดาของคนแก่ เป็นลม จัดการกับอาการขึ้นต้น คือ รักษาตนเอง ปรึกษาสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและคนข้างบ้าน แล้วจึงเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน คลินิก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ร้านขายยา ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานรักษาโดยยาสมุนไพร เหตุผลสำคัญคือ ใกล้ที่พัก เดินทางสะดวก มีคนรู้จักเป็นเจ้าของที่ ผู้เลือกรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนให้เหตุผลคือ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล/แพทย์ การเปลี่ยนแหล่งรักษาเพราะรับรู้อาการหลังการรักษาว่าคงเดิม รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และเฉลิมพล ต้นสกุล (2540) ศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพฯ โดยสัมภาษณ์ ผู้มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี 855ครัวเรือน พบว่าเกินครึ่งไปโรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิกเอกชน ร้อยละ 20 ซ้ำยากินเองและเพียงร้อยละ 1 หาหมอแผนไทยหรือหมอจีน

วไลพรธม ชลสุข (2540) ศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูก ในกรุงเทพมหานครของผู้ป่วยหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกและมารับการรักษาใน โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง การรับรู้อาการผิดปกติครั้งแรก ที่สำคัญคืออาการเลือดออก ตกขาว โดยให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นสรุปว่าเป็นอาการของผู้หญิงก่อนหรือหลัง วัชหมดประจำเดือน มดลูกอักเสบ เป็นอาการทั่วไปของผู้หญิง เป็นต้น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยรอดูอาการเป็นอันดับแรก แล้วปรึกษานุคคลต่างๆ เช่นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ในระยะนี้มีทางเลือกใช้บริการสุขภาพจากคลินิกเอกชนมากที่สุด โดยครึ่งหนึ่งมีบุคคลแนะนำและ

พาไป มีการเปลี่ยนแหล่งบริการ ตั้งแต่ 1 - 3 แห่ง ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ส่วนใหญ่มีความรู้สึกลัวต่อความรุนแรงของโรค เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เลือกลงไปโรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด เหตุผลที่เข้ารับบริการคือ มีบุคคลแนะนำหรือพาไป และพบว่า บางส่วนมีการรักษาด้วยสมุนไพร

ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วย โรคมะเร็งปากมดลูก ในภาคตะวันตก ในผู้หญิงที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิก และโรงพยาบาลในภาค ตะวันตก จำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้ให้ความหมายไม่ทราบว่าเป็นอะไร มากที่สุดจัดการ กับอาการผิดปกติ โดยวิธีการรอสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง หลังจากนั้น ขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน แหล่งบริการที่เลือกคือ คลินิก รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน และมีเพียงร้อยละ 3.6 ที่ใช้บริการหมอแผนโบราณ เพราะมีบุคคลแนะนำและ พามา รองลงมาคือ ความสะดวกในการเดินทาง การเปลี่ยนแหล่งบริการเหตุผลสำคัญของการ เปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพคือ ค่ารักษาราคาแพง รองลงมาคือ รักษาไม่หายมีอาการรุนแรงมากขึ้น

กิ่งแก้ว เกษ โกวิท และคณะ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของ ชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โรคที่ชาวบ้านเจ็บป่วย บ่อยๆ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโรค และกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาลำดับลึ่ก กันทั้ง 3 หมู่บ้าน กล่าวคือ โรคที่ชาวบ้านเจ็บป่วยบ่อยๆ ได้แก่ ไข้หวัด ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ท้องเสีย ไข้เลือดออก ปวดบวม โรคปวด ปวดฟัน ฟันผุ ลึ่กเป็นฝึาน้ำนม โรคผิวหนัง (ฝี, ผดผื่นคัน) ไข้ออก ตุ่ม โรคซาง กำเริด อุบัติเหตุการบาดเจ็บ โรคกระเพาะอาหาร ปวดเมื่อย เบาทหวาน ปวดศีรษะ โรคตา ตาอักเสบ กินของแสดล คางทูม อีสุกอีใส ความดันโลหิตสูง คอพอก แผลงสัตว์กัดต่อย และ ทอลซิลอักเสบ สำหรับพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพบว่า แบบแผนการรักษาโรคแต่ละโรค มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งรักษาที่ละแห่งและหลายแห่งพร้อมกัน ขั้นตอนการรักษาจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าจะหายหรือไม่ ถ้ายังไม่หายก็จะเลือกแหล่งรักษาอื่นต่อไป

เบญญา ยอดคำเนิน-แอ็ดติกจ์ และคณะ (2542) กล่าวว่า ประชาชนมีการสะสม ประสบการณ์ในการดูแลตนเองไว้มาก และถ้ายทอดสู่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และคน ในชุมชน ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้น การรักษาตนเองจึงเป็นทางเลือกสำคัญในยามเจ็บป่วยของประชาชนในปัจจุบัน

ชลนกุล คำนึ่ก (2544) ที่ศึกษาการรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 51.5) และกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติที่ได้เข้ามาพบคือ ปวดศีรษะ

วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดและคลื่นไส้ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มารับการรักษาตามนัดรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงสม่ำเสมอ (ร้อยละ 70.0) และกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 94.0) ไม่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ ร่วมกับยาลดความดันโลหิตสูง

ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุเริ่มเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ และตีความหมายให้ความหมายว่าตนมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการปรึกษานักคิดในเครือข่ายชุมชนรวมทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ วิธีการรักษาของผู้สูงอายุสะท้อนระบบการแพทย์พหุลักษณะ นั่นคือ มีการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพอย่างน้อย 2 ระบบ ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน ซึ่งเป็นระบบแรก que ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการรักษาเมื่อไม่ได้ผลจะเลือกใช้การรักษาในระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพและ/หรือภาคพื้นบ้าน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างสองระบบที่สำคัญระบบการแพทย์ดั้งเดิม ในระบบดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านยังคงเป็นที่นิยมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาคือ ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ (ผู้สูงอายุ) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการคือทีมสุขภาพ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน

บุญศรี ปันดี (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านแทนดอกไม้ ตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ที่ศึกษาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.33) มีอายุเฉลี่ย 61.86 ปี และประชากรไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.00)

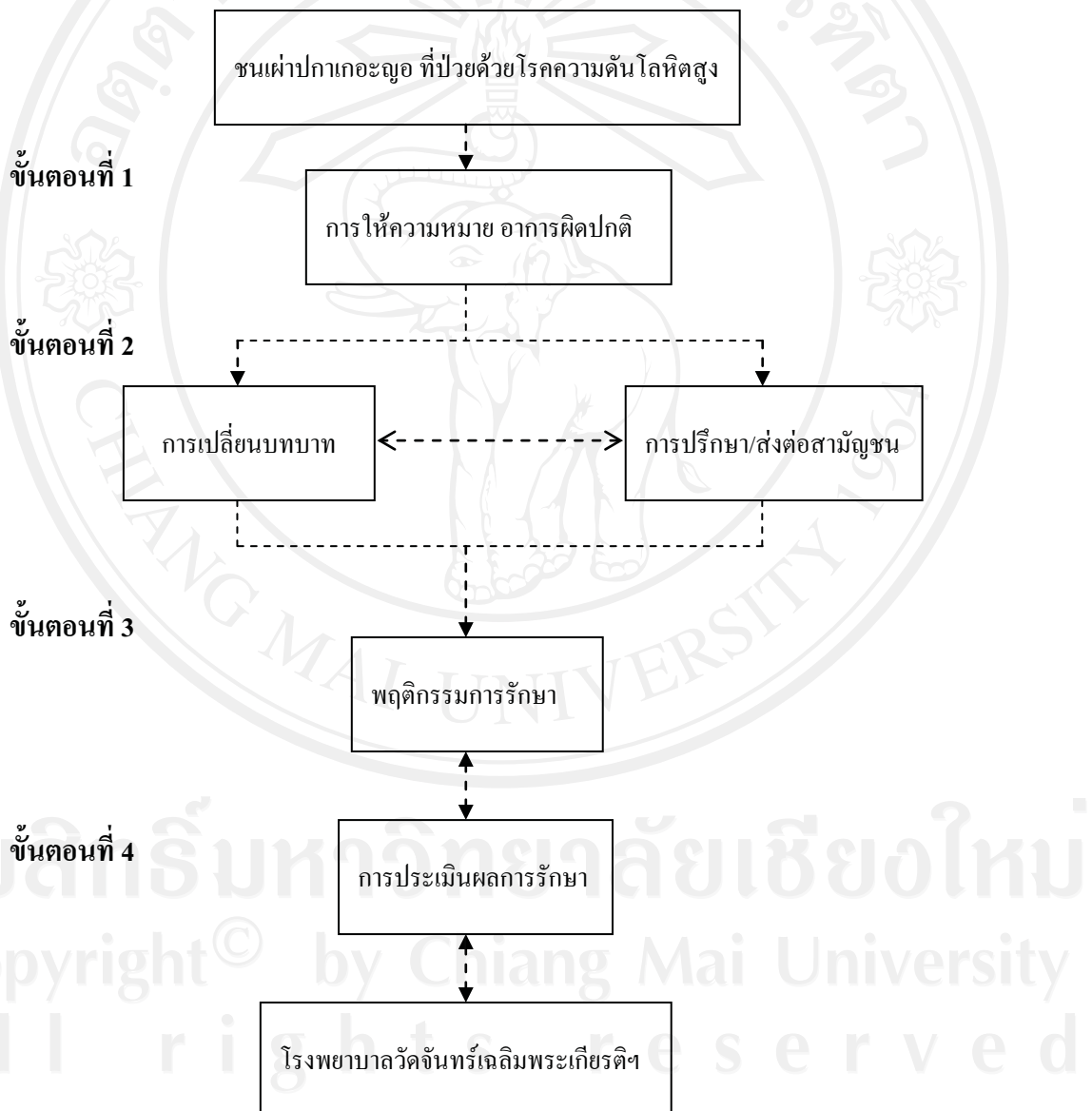
เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ (2549) ที่ศึกษาการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความครอบคลุมของการได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ครรชิต ชนะทิพย์ (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยมารับบริการสม่ำเสมอไม่เลยขาดนัด (ร้อยละ 76.9)

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 84.86) และใช้สิทธิการรักษาโดยใช้บัตรทองไม่เสียค่าธรรมเนียมมากที่สุด (ร้อยละ 57.83) และมีระยะเวลาในการรักษา 3-5 ปี (ร้อยละ 26.49)

กรอบแนวคิดการศึกษา

จากการศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ สามารถกำหนดขั้นตอนการแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกะญอที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4 ขั้นตอนดังนี้



ภาพที่ 2 แนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกะญอ