

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกากะญอที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอถ้ำยาณี-วัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นชนเผ่าปกากะญอที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 140 คน ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ตำบลบ้านจันทร์ อำเภอถ้ำยาณีวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 - 30 มิถุนายน 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอข้อมูลเป็นเชิงปริมาณในลักษณะของจำนวน และร้อยละ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.1) อายุเฉลี่ย 65 ปี มากกว่าร้อยละ 60 มี อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.3) นับถือศาสนาพุทธ มากกว่าศาสนาคริสต์ ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.2) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 86.4) มากกว่าร้อยละ 90 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 94.3) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก 1 - 4 คน (ร้อยละ 50.7) 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท/ปี (ร้อยละ 33.6) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมี ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 47.1) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 92.1)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีอาการอื่นร่วม (ร้อยละ 81.5) มากกว่าร้อยละ 60.0 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 67.1) และโดยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยบุคลากรทางการแพทย์ 1 - 5 ปี (ร้อยละ 66.5) มากกว่าร้อยละ 70.0 ของผู้ป่วยรับประทายรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน 1 - 5 ปี (ร้อยละ 70.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้บ้างไม่ได้บ้าง (ร้อยละ 57.9) สำหรับวิธีการที่ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรกที่สถานเอนามัย (ร้อยละ 58.6) มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 5.0 ที่ตรวจพบโดยการตรวจคัดกรองในชุมชน (ร้อยละ 2.9) และส่วนใหญ่ตรวจพบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 60.8) มีเพียงเล็กน้อยที่ตรวจพบโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ร้อยละ 0.7) ในขณะที่ผู้ป่วย (ร้อยละ 27.1) มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยที่ 2 ใน 3 ของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คือ สามเณร (ร้อยละ 65.8) และ (ร้อยละ 27.1) ของผู้ป่วยมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ญาติๆ (ร้อยละ 63.2)

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

1. การรับรู้อาการ การให้ความหมาย และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นก่อนเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพ (ร้อยละ 97.2) โดยที่อาการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้คือปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย/ต้นคอ และเวียนศีรษะ เป็นๆ หายๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.8 และ 44.9) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติ (ร้อยละ 71.3) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งได้ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกคือ คิดว่าน่าจะเป็นโรคอื่น (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 6.6) โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่คิดจะน่าจะเป็นโรคอื่นคิดว่าเป็นโรคปวดศีรษะ/เวียนศีรษะธรรมดา (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือ โรคลมคนแก่ (ร้อยละ 38.9) และมีเพียงเล็กน้อยไม่ถึงร้อยละ 10.0 ที่คิดจะน่าจะเป็นโรคอื่น เช่น กระเพาะอักเสบ อัมพฤกษ์ โรคเกี่ยวกับตา ไทรอยด์ และโรคเครียด มากกว่าร้อยละ 45.0 ของผู้ป่วยให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นโรคที่ใครๆ เป็นก็ได้ (ร้อยละ 46.4) รองลงมาคือโรคของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 39.3) และมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 15.0 ที่คิดจะน่าจะเป็นโรคกรรมพันธุ์ โรคที่อันตราย และโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคติดต่อ โรคเลือด โรคหัวใจ โรคเครียด และโรคคล้าย

โรคเบาหวาน มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีความรุนแรง (ร้อยละ 58.6) โดยที่เกือบครึ่งหนึ่งผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากความเครียด (ร้อยละ 42.9) รองลงมาคือ เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (ร้อยละ 20.0) สูบบุหรี่และดื่มสุรา (ร้อยละ 9.3) ความอ้วน (ร้อยละ 7.9) และอากาศ(มลพิษ) (ร้อยละ 5.7)

ตามลำดับ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่ง จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกด้วยวิธีรักษาตนเอง โดยรับประทานยา (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคือ ใช้วิธีรักษาด้วยตนเองโดยไม่รับประทานยา (ร้อยละ 33.8) และรอสังเกตอาการเฉยๆ (ร้อยละ 15.4) ตามลำดับ การรักษาตนเองโดยรับประทานยาของผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งใช้ยาแก้ปวด/ลดไข้ (ร้อยละ 59.5) รองลงมาคือ ยาลม (ร้อยละ 36.2) และยาสมุนไพร (ร้อยละ 18.9) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่รักษาตนเองโดยไม่รับประทานยาส่วนใหญ่รักษาโดยการพักผ่อน (ร้อยละ 89.1)รองลงมาคือ ใช้ยาหม่อง (ร้อยละ 15.2) และไปหาหมอที่บ้าน (ร้อยละ 4.3) ตามลำดับ โดยที่การจัดการอาการครั้งแรกของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้แนะนำ (ร้อยละ 44.1) รองลงมาคือ จัดการด้วยตนเอง (ร้อยละ 37.5) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 8.8) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อยไม่ถึงร้อยละ 10.0 ของผู้ป่วยที่เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และหมอผี/หัวหน้าหมู่บ้าน เป็นผู้แนะนำ

2. การปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง

ผู้ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการขอคำปรึกษาแนะนำจากบุคคลรอบข้างก่อนเลือกรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพ (ร้อยละ 89.0) โดยมีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (ร้อยละ 80.0) รองลงมาคือ เพื่อน/เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 87.9) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ร้อยละ 7.7) และหมอผี/หัวหน้าหมู่บ้าน (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับ และคำแนะนำที่ได้รับคือ แนะนำให้ไปรับการรักษาจากแหล่งบริการที่เป็นวิชาชีพ (ร้อยละ 93.9) โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ (ร้อยละ 95.4)

3. การเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วย

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ยอมรับว่าป่วยเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 87.9) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันคือ ทำงานได้น้อยลง (ร้อยละ 73.6)

4. พฤติกรรมการรักษา

4.1 การเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ ก่อนรับบริการในโรงพยาบาล วัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ กว่าครึ่งหนึ่งมีการแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพ 3 แห่ง (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ แสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพ 2 แห่ง และ 4 แห่ง (ร้อยละ 20.7 และ 19.3) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงการเลือกแหล่งบริการสุขภาพตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ รอคอยการและรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 85.0) รองลงมา คือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 60.7) หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร (ร้อยละ 22.9) และ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 20.7) ตามลำดับ สำหรับการเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพแห่ง ส่วนใหญ่เลือกรับบริการสุขภาพแห่งแรกจากสถานีอนามัย (ร้อยละ 60.7) รองลงมาคือ โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา (ร้อยละ 25.8) ตามลำดับ ที่เหลือมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 15.0 ที่เลือกรับบริการสุขภาพแห่งแรกที่โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา และหมอพื้นบ้าน/หมอสุนัขไพร ตามลำดับ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกคือ ใกล้บ้านเดินทางสะดวก (ร้อยละ 76.4) รองลงมาคือ บุคคลรอบข้างแนะนำให้เข้ารับบริการ (ร้อยละ 14.3) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อยไม่ถึง (ร้อยละ 10) ที่ให้เหตุผลคือ บริการเป็นกันเอง ชื่อเสียงของสถานบริการและผู้ให้บริการ และค่าใช้จ่ายไม่แพง ตามลำดับ ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับบริการ ส่วนใหญ่ตัดสินใจด้วยตนเอง (ร้อยละ 60.7) รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 50.0) อาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 6.4) และเพื่อน/เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการ จากแหล่งบริการแห่งแรก 1- 6 เดือน (ร้อยละ 55.8)

ในการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพแต่ละแหล่งของผู้ป่วยมีเหตุผลสำคัญในการเข้ารับบริการ ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับบริการ และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการที่เลือก และระยะเวลาในการรักษากับแหล่งบริการที่เลือก มีรายละเอียดดังนี้

1) สถานีอนามัย

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ เข้ารับบริการจากสถานีอนามัยเป็นแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกด้วยเหตุผลใกล้บ้านเดินทางสะดวก (ร้อยละ 78.8) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้ารับบริการ (ร้อยละ 63.5) และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มมีอาการครั้งแรก จนถึงเข้ารับบริการจากสถานีอนามัย ในช่วง 1 - 6 เดือน (ร้อยละ 55.3) โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี ระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับสถานีอนามัยมากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 74.1)

2) โ รงพยาบาลชุมชน

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกด้วยเหตุผลใกล้บ้านเดินทางสะดวก (ร้อยละ 69.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีผู้ที่ร่วมในการตัดสินใจเข้ารับบริการ คือสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 61.5) โดยที่ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลชุมชน 1 - 6 เดือน (ร้อยละ 69.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ ระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับโรงพยาบาลชุมชน มากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 69.2)

3) คลินิกเอกชน

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย เข้ารับบริการจากคลินิกเอกชน เป็นแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกด้วยเหตุผลสำคัญคือ ใกล้บ้านเดินทางสะดวก บริการเป็นกันเอง และชื่อเสียงของสถานบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 33.3) โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับบริการมาจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 66.7) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากคลินิกเอกชน 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 100.0) และ ระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับคลินิกเอกชน คือ 1 - 3 เดือน, 4 - 6 เดือน และมากกว่า 12 เดือน มีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 33.3)

4) ร้านขายยา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ เข้า รับบริการจาก ร้านขายยา เป็นแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกด้วยเหตุผลจากบุคคลรอบข้างแนะนำให้เข้ารับบริการ (ร้อยละ 100.0) ผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับบริการ คือสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 100.0) และ ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากร้านขายยา น้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 100.0) ระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับร้านขายยามากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 100.0)

5) หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ เข้ารับบริการจาก หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร เป็นแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกจากเหตุผลสำคัญในการเข้ารับบริการคือ ชื่อเสียงของสถานบริการและผู้ให้บริการ (ร้อยละ 100.0) ผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับบริการคือตัดสินใจด้วยตนเอง (ร้อยละ 100.0) โดยใช้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากหมอพื้นบ้าน/หมอสมุนไพร คือ 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 100.0) ระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับ หมอพื้นบ้าน/สมุนไพรมากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 100.0)

4.2 การเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

การเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาพบว่า บางรายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ทันทีที่มีอาการ และบางรายมาหลังจากรอคูอาการหรือรักษาตนเองไประยะหนึ่งแล้ว แต่ผลการรักษา ไม่เป็นที่พอใจจึงเปลี่ยนเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สำหรับการเข้ารับบริการสุขภาพนั้นมีรายละเอียดดังนี้

1) การตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่ง เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ด้วยการส่งต่อมาจากสถานีนอนมัย (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือ มารับการตรวจรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 32.1) และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปาย ขุนยวม และสะเมิง (ร้อยละ 15.0) ส่วนใหญ่ที่เลือกรับบริการด้วยเหตุผลใกล้บ้าน เดินทางสะดวก (ร้อยละ 82.0) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการด้วยตนเอง (ร้อยละ 65.0) โดยส่วนใหญ่ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 70.0)

2) การใช้การรักษาอื่นร่วมกับการรับบริการที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่ใช้การรักษาอื่นร่วม (ร้อยละ 77.9) โดยที่ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยให้เหตุผลคือ กลัวเป็นอันตรายต่อตนเองและเชื่อมั่นในการรักษาในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37.6 และ 36.7) ตามลำดับ รองลงมาคือ ถูกห้ามไม่ให้ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 12.8) มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10.0 ที่ไม่ชอบรักษาหลายอย่างร่วมกัน เศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยและเคยรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย ส่วนใหญ่ใช้แหล่งบริการสุขภาพจากหมอพื้นบ้าน/สมุนไพร (ร้อยละ 90.3) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อยที่ใช้บริการร้านขายยา และการใช้อานาจนอกเหนือธรรมชาติ (เลียงผี, ทรงเจ้า) ในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 6.4) มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้แหล่งบริการสุขภาพอื่นร่วมด้วยจากเหตุผลที่ ต้องการหายเร็วขึ้น (ร้อยละ 51.6)

3) ความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 80.0) และไม่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 20.0) โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่องคือ ยาหมดไม่มีคนไปส่งรับยา (ร้อยละ 60.7) รองลงมา คือ ไม่มีอาการ โรคความดันโลหิต

สูงเลขหยุดรับประทานยาเอง (ร้อยละ 25.0) และคิดว่าหายจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับยาตามแพทย์นัดทุกครั้งจนถึงปัจจุบัน (ร้อยละ 75.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามแพทย์นัดคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ ลืมวันนัด (ร้อยละ 35.3) มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10.0 ที่ไม่สะดวกในการเดินทาง และต้องทำงานหยุดงานไม่ได้

5. การประเมินผลการรักษา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งมีการประเมินผลการรักษาอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกหลังจากจัดการรักษาด้วยตนเองมีอาการดีขึ้นและเหมือนเดิมในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ (ร้อยละ 46.3 และ 44.9) รองลงมาคือ แย่ลง (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรก หลังจากประเมินผลการรักษาว่าไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง โดยสังเกตอาการต่อไป (ร้อยละ 69.9) รองลงมาคือ ไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 16.4) มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10.0 ที่ไปหาหมอที่บ้าน ซื้ยยาจากร้านขายยา และไปสถานีนอนมัย ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่การประเมินผลการรักษาหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 88.6) ซึ่งส่วนใหญ่ประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 62.4) รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 35.3 และ 2.3) ตามลำดับ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ หลังจากเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรก (ร้อยละ 81.4)

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามลักษณะประชากรและสังคม

1. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ เพศชายมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 79.3 และ 65.4) ในขณะที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.7 และ 5.2) ทั้งสองเพศมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างกัน มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเพศหญิงมีการขอรับการปรึกษาแนะนำจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 59.0) และผู้ป่วยเพศชายมีการเปลี่ยนบทบาทเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้างและยอมรับว่าป่วยมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 93.4 และ 83.7) เช่นเดียวกับการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกที่ผู้ป่วยเพศชายเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าเพศหญิง โดยใช้ระยะเวลา 1-3 เดือน (ร้อยละ 51.7 และ 30.0) และผู้ป่วยเพศหญิง

(ร้อยละ 70) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และผู้ป่วยเพศหญิงมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 85.0 และ 76.7)

2. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 75.3 และ 63.8) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.6 และ 4.5) ทั้งสองกลุ่มอายุมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างกัน มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการขอรับการปรึกษาแนะนำจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 65.2) และมีการเปลี่ยนบทบาทเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้างและยอมรับว่าป่วยมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 92.2 และ 80.0) เช่นเดียวกับการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกที่ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าถึงแหล่งบริการได้เร็วกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยใช้ระยะเวลา 1-3 เดือน (ร้อยละ 44.4 และ 30.0) ในขณะที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 70) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และยังพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 84.0 และ 80.0)

3. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามศาสนา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์มีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80.4 และ 65.0) โดยที่ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 7.5 และ 5.4) ทั้งสองกลุ่มอายุมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เพียงเล็กน้อย และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์มีการขอรับการปรึกษาแนะนำจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 75.0) ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์มีการเปลี่ยนบทบาทเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้างและยอมรับว่าป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6 และ 81.7) เช่นเดียวกับการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกที่ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์ เข้าถึงแหล่งบริการได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ โดยใช้ระยะเวลา 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 46.6 และ 34.1) ในขณะที่ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 65.9) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลา มากกว่า 3 เดือน และยังพบว่าผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 87.9 และ 76.8)

4. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด/หม้าย (ร้อยละ 80.4 และ 65.0) โดยที่ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้อง (ร้อยละ 100.0) ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยวิธีการรักษาตนเองโดยใช้ยาและไม่ใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย (ร้อยละ 86.5 และ 78.1) มากกว่าร้อยละ 75.0 ของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้ายมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 78.1) ผู้ป่วยทุกสถานภาพสมรสมีการเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้างไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่เข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้ายโดยใช้ระยะเวลา 1-3 เดือน (ร้อยละ 41.7 และ 31.3) ในขณะที่ผู้ป่วยที่สถานภาพสมรสโสด/หม้าย (ร้อยละ 68.7) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย (ร้อยละ 85.2 และ 68.7)

5. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามระดับการศึกษา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 82.4 และ 69.7) เช่นเดียวกับการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 17.6 และ 5.0) ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยวิธีการรักษาตนเองโดยใช้ยาและไม่ใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 88.2 และ 84.0) มากกว่าร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษามีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 60.5) ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ในการเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 89.5 และ 87.6) และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาโดยใช้ระยะเวลา 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 41.3) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 73.7) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 94.7 และ 79.3)

6. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามอาชีพ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพและผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง (ร้อยละ 100.0 77.4 และ 65.8) เช่นเดียวกับการให้ความหมายของอาการ

ที่เกิดขึ้นครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพและผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง (ร้อยละ 75.0 6.3 และ 1.9) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกโดยวิธีการรักษาตนเองโดยการ ใช้จ่ายและไม่ใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพ และผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง (ร้อยละ 75.0 54.4 และ 43.4) มากกว่าร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 69.8) ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีการยอมรับบทบาทมากกว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างและผู้ประกอบอาชีพรับราชการ/ครูเอกชน (ร้อยละ 90.7 86.6 และ 75.0) และผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพและผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับราชการ/ครูเอกชน โดยใช้ระยะเวลา 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 42.7 35.2 และ 25.0) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชน (ร้อยละ 75.0) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างและผู้ป่วยที่รับราชการ/ครูเอกชน (ร้อยละ 83.3 80.5 และ 75.0)

7. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปีมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 82.7 และ 64.3) การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปีให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 9.5 และ 1.9) ผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยวิธีการรักษาตนเองโดยใช้จ่ายและไม่ใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 88.4 และ 82.1) มากกว่าร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี มีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 63.5) และผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปีมีการยอมรับบทบาทผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 94.4 และ 83.7) ผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี เข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปีโดยใช้ระยะเวลา 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 48.1) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 66.3) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปีมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 84.9 และ 75.9)

8. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จำแนกตามขนาดของครอบครัว

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ที่มีขนาดครอบครัว 1 - 4 คน มีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 5 ขึ้นไป (ร้อยละ 71.0 และ 71.6) การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 1 - 4 คน ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 5 คนขึ้นไป (ร้อยละ 8.7 และ 4.4) ทั้งสองกลุ่มมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยวิธีการรักษาตนเองโดยใช้ยา และไม่ใช้ยาแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 84.1 และ 85.1) มากกว่าร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 1 - 4 คนมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 62.3) และผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 1 - 4 คนมีการยอมรับบทบาทผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 5 คนขึ้นไป (ร้อยละ 94.4 และ 81.2) ผู้ป่วยที่มีขนาดของครอบครัว 1 - 4 คน และ 5 คนขึ้นไปมีการเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกไม่แตกต่างกันโดยใช้ระยะเวลา 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 39.4 และ 39.1) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 5 คนขึ้นไปมีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีขนาดครอบครัว 1 - 4 คน (ร้อยละ 89.9 และ 73.2)

อภิปรายผล

1. การรับรู้อาการ การให้ความหมายอาการ และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

1.1 การรับรู้อาการที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ อาการที่เกิดขึ้นก่อนเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพ (ร้อยละ 97.2) โดยอาการที่รับรู้ คือ ปวดศีรษะ บริเวณท้ายทอย/ต้นคอ (ร้อยละ 47.8) วิงเวียนศีรษะ เป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 44.9) ตาพร่ามัว (ร้อยละ 32.4) ปวดศีรษะเป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 26.4) และ แขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (ร้อยละ 9.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา พรรณราย (2540) พบว่า ระยะแรกก่อนรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนหนักศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นหนักผิดปกติ นอนไม่หลับ เจ็บหน้าอก และอาการอื่นๆ ที่พบได้บ้าง และยังสอดคล้องกับ สายพิณ โชติวิเชียร (2548) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง อาจพบว่ามีอาการ วิงเวียน ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ สอดคล้องกับการศึกษาของชลนกุล คำนึ่ง (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติที่ได้เข้ามาพบ คือ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดและคลื่นไส้ ตามลำดับ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกว่าเป็นอาการผิดปกติ (ร้อยละ 71.3) เมื่อจำแนกการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกตามลักษณะทางประชากรและสังคมพบว่า ผู้ป่วยเพศชายมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกว่าเป็นอาการผิดปกติมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 79.3 และ 65.4) ทั้งนี้ในบริบทของชนเผ่าปกากะญอ ส่วนใหญ่ผู้ชายได้รับการศึกษามากกว่าผู้หญิงทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคร้ายต่างๆ ได้มากกว่าจึงส่งผลให้มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกว่าเป็นอาการที่ผิดปกติได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษามีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 82.4 และ 69.7) เมื่อพิจารณาตามอายุพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 75.3 และ 63.8) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการสะสมประสบการณ์และผ่านประสบการณ์ในการเจ็บป่วยมานานหรือมีประสบการณ์จากบุคคลรอบข้างในการเจ็บป่วยมาก่อนทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกว่าเป็นอาการผิดปกติได้มากกว่า ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นับถือศาสนาคริสต์มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกว่าเป็นอาการผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80.4 และ 65.0) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์จะได้รับความรู้เรื่องโรคร้ายไข้เจ็บจากครูสอนศาสนาที่นำมาเผยแพร่พร้อมกับหลักศาสนาประกอบกับผู้นับถือศาสนาคริสต์ในพื้นที่อำเภอภักดีพัฒนาส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาจึงทำให้มีความรู้และรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการผิดปกติได้มากกว่าผู้นับถือศาสนาพุทธ เมื่อพิจารณาตามอาชีพพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพและผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง (ร้อยละ 100.0 77.4 และ 65.8) ทั้งนี้เป็นผลมาจากระดับการศึกษา ที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาทำให้มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการผิดปกติได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปีมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 82.7 และ 64.3) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปีมีเวลาสนใจใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปีที่ไม่มีเวลาสนใจใส่ใจสุขภาพของตนเองทำให้ไม่สนใจอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองจึงไม่มีการรับรู้อาการผิดปกติดังกล่าว

1.2 การให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรก

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 40.5) ไม่สามารถให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูงมาก่อนหรือว่าอาการของโรคความดันโลหิตสูงบางครั้งจะมีอาการไม่ชัดเจนจึงทำให้ผู้ป่วยคิดว่า เป็นโรคปวดศีรษะธรรมดาหรือโรคลมคนแก่งังไม่ได้ให้ความหมายอะไร สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา พรรณราย (2540) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 4.0) ไม่สามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 6.6) ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกว่าสงสัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อจำแนกการให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกตามลักษณะทางประชากรพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.7 และ 5.2) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีความละเอียดลออในการที่จะให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกมากกว่าผู้ชาย และผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.6 และ 4.5) ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาจึงทำให้สามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 17.6 และ 5.0) จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้พบว่า (ร้อยละ 50.0) ของผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาสามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเพียง (ร้อยละ 5.0) เท่านั้น ทั้งนี้ที่ให้ความหมายได้ถูกต้องเนื่องมาจากผู้ป่วยดังกล่าว มีประสบการณ์จากการดูแลบิดามารดาซึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จึงสามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิญญา พรรณราย (2540) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 2.0) ที่ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกได้ถูกต้อง เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาพบว่า มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 3 คน แต่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ทั้งจากการดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้และการสนทนากับเพื่อนที่เป็นโรคนี้และมีกลุ่มตัวอย่างอีก 1 คน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงจากสื่อทางโทรทัศน์ และการอ่านหนังสือ จึงสามารถให้ความหมายของอาการได้อย่างถูกต้อง และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพและผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง (ร้อยละ 75.0 6.3 และ 1.9) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/ครูเอกชนมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง จึงทำให้สามารถให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องมากกว่า เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี

ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 9.5 และ 1.9) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมาก ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากกว่า เช่น การได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ จึงทำให้มีช่องทางการรับข่าวสารได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาคั้งนี้ (ร้อยละ 51.4) โรคลม/โรคคนแก่ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีอายุเฉลี่ย 64.5 ปี และเมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีระยะเวลาเฉลี่ย 4.3 ปี จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเริ่มต้นของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ยเมื่ออายุประมาณ 60.2 ปี ซึ่งถือเป็นวัยผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา จึงเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างจะให้ความหมายตามแบบพื้นบ้าน ซึ่งมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของสังคม ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในวัฒนธรรมของตน จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าอาการส่วนใหญ่ที่รับรู้ คือ วิงเวียนศีรษะเป็นๆ หายๆ ปวดศีรษะ เป็นๆ หายๆ ตาพร่ามัว ปวดมีนศีรษะบริเวณต้นคอ และท้ายทอย และแขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นธรรมดาตามอายุขัย ไม่ถือว่าเป็นอาการผิดปกติ เป็นโรคลม โรคคนแก่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา พรรณราย (2540) ที่พบว่า อาการส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้และให้ความหมายว่าเป็นโรคลม/โรคคนแก่ คือ หน้ามืดเป็นลม และมีนศีรษะ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ โคลงเคลง บ้านหมุน คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น แน่นหน้าอก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533) อ้างในการศึกษา ปฏิญญา พรรณราย (2540) พบว่าในกลุ่มวัยผู้สูงอายุซึ่งเกิดอาการเวียนศีรษะ ตาฟาง หูอื้อ เป็นลม อยู่บ่อยๆ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าไม่ใช่อาการของการเจ็บป่วยและเข้าใจว่าเป็นอาการของผู้สูงอายุที่พบโดยทั่วไป

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาคั้งนี้ (ร้อยละ 4.1) ให้ความหมายว่าเป็นโรคเครียด อาการเครียดในกลุ่มตัวอย่างอาจเนื่องมาจากภาระหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว คิดมากมีความวิตกกังวลเรื่องของครอบครัว ตลอดถึงการวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น ตามสภาพทางเศรษฐกิจ และวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการพัฒนาของประเทศของรัฐบาลในด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา พรรณราย (2540) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 13.5) ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเครียดหรือสงสัยเป็นโรคประสาท

1.3 การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่ ใช้วิธีรักษาตนเอง โดยรับประทานยา (ร้อยละ 50.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา พรรณราย (2540) ที่ศึกษา

กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยการรักษาตนเองมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ เอี่ยมลออ (2540) ที่ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจ พบว่า มีการจัดการกับอาการขั้นต้นคือ รักษาตนเอง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจายอดคำเนินแอ็ดติกิจ และคณะ (2542) พบว่าประชาชนมีการสะสมประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ไขว้มาก และถ่ายทอดสู่ บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้น การรักษาตนเองจึงเป็นทางเลือกสำคัญ ในยามเจ็บป่วยของประชาชนในปัจจุบัน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Kleinman (1980) พบว่า ระบบการแพทย์ภาคสามัญชน ถือเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐานและเป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดในระบบบริการสุขภาพ มีความสำคัญมากในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของประชาชน การตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในวัฒนธรรมของตน ซึ่งภายในระบบการแพทย์ภาคสามัญชนนี้ บุคคลจะประเมินและตัดสินใจจัดการ กับกร เจ็บป่วยโดยรักษาตนเองหรือปรึกษาหารือกันในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมก่อน และใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) ที่ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการผิดปกติ โดยวิธีการรอสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง

2. การปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง

ผู้ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่ มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างก่อนเลือกรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพ (ร้อยละ 89.0) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรึกษาสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 80.0) คำปรึกษาแนะนำที่ได้รับ ส่วนใหญ่คือ แนะนำไปตรวจรักษาจากแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพ (ร้อยละ 93.9) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อยแนะนำให้ใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน (ร้อยละ 4.6) และแนะนำให้ไปซื้อยากินเอง (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามคำปรึกษาแนะนำที่ได้รับ (ร้อยละ 95.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา พรหมฉาย (2540) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 คนที่ทำการปรึกษากับบุคคลรอบข้าง โดยทำการบอกเล่าให้บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนทราบ คำแนะนำที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ แนะนำหรือพาไปรับการรักษาจากแหล่งบริการที่เป็นวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 92.4) รองลงมาคือ แนะนำการรักษาแบบพื้นบ้านหรือแผนโบราณ (ร้อยละ 5.7) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การรับรู้

ให้ความหมาย ไม่ทราบว่าป่วยเป็นอะไรมากที่สุด จัดการกับอาการผิดปกติ โดยวิธีการรอสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง หลังจากนั้นขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ วไลพรธม ชลสุข (2540) ที่ศึกษา การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานครพบว่า การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยรอดูอาการเป็นอันดับแรก แล้วปรึกษานุคคลต่างๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยของไอกัน Igun (1979) ซึ่งกล่าวไว้ว่าบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ เมื่อจำแนกการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างตามลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 65.2 และ 48.9) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายแล้วไม่ทราบว่าตนเองเป็นอะไรและจะปฏิบัติตัวอย่างไรจึงมีการปรึกษานุคคลรอบข้างซึ่งต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความรู้และได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้ง่ายกว่าจึงทำให้มีการปรึกษานุคคลรอบข้างน้อยกว่า

3. การเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วย

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลอื่นว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ป่วย (ร้อยละ 87.9) เมื่อพิจารณาผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน พบว่ามากกว่าร้อยละ 70.0 มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาส่วนใหญ่ยอมรับในบทบาทการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากแพทย์ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน และการเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 73.6) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ คริสแมน Chrisman(1991), Chrisman & Kleinman (1983) ที่กล่าวถึงกระบวนการแสวงหาการรักษา (health seeking process) ว่าเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากจุดหนึ่ง ไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (system definition) ที่เป็นไปตามความเชื่อที่ได้รับถ่ายทอดกันมาตามความหมายทางวัฒนธรรมหรืออาจไปปรึกษากับคนใกล้ชิด (lay consultation) เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริงๆ และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน ซึ่งถ้ามีการรับรองอาการที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role behavior shift) ในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน เมื่อจำแนกการเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยตามลักษณะทางประชากรพบว่า ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนบทบาทเมื่อได้รับการยืนยัน

จากบุคคลรอบข้างและยอมรับว่าป่วยมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 92.2 และ 80.0) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มีหน้าที่การงานที่จะต้องรับผิดชอบแม้ว่าตนเองได้รับการยืนยันจากบุคคลอื่นว่าป่วยแต่ก็ยังไม่ยอมรับในบทบาทของผู้ป่วยทั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะเศรษฐกิจที่บีบบังคับ การหารายได้เป็นสิ่งสำคัญจึงไม่ยอมรับว่าป่วยและเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย อันจะทำให้ขาดรายได้ที่มาช่วยเหลือครอบครัว ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ จะไม่ได้ประกอบอาชีพ เมื่อเจ็บป่วยจึงยอมรับว่าตนเองป่วยและเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์มีการเปลี่ยนบทบาทเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้างและยอมรับว่าป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6 และ 81.7) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ได้รับความรู้และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจึงยอมรับว่าตนเองป่วยและเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วยและพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์เพื่อต้องการให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี มีการยอมรับบทบาทผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 94.4 และ 83.7) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ที่มีการมีรายได้น้อยมีความสนใจใส่ใจสุขภาพของตนเอง เมื่อเจ็บป่วยต้องรีบทำการรักษาเพราะไม่ต้องการให้อาการของโรครุนแรงขึ้นซึ่งจะทำให้ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและจะเป็นภาระกับครอบครัวจึงยอมรับในบทบาทผู้ป่วยเมื่อได้รับการยืนยันจากบุคคลรอบข้างซึ่งต่างกับผู้ที่มีรายได้มากมักจะมุ่งที่การทำงานหารายได้เป็นสิ่งสำคัญเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยเพราะยังทำงานได้จึงไม่ยอมรับในบทบาทของผู้ป่วย

4. พฤติกรรมการรักษา

4.1 การเลือกแหล่งบริการสุขภาพ

การแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติฯ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพ 3 แห่ง (ร้อยละ 52.9) โดยแหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการส่วนใหญ่คือ รอคูอาการและรักษาตนเอง (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 60.7) หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร (ร้อยละ 22.9) และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 20.7) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อยไม่ถึง (ร้อยละ 5.0) ที่เข้ารับบริการสุขภาพจากคลินิกเอกชน (2.9) และร้านขายยา (1.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา พรธรรมา (2540) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 120 คน มีการแสวงหาบริการสุขภาพจากหลายแหล่งก่อนมาโรงพยาบาลที่ศึกษา ส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพซึ่งมีแพทย์ประจำ ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล

เฉพาะทางสุขภาพจิต และได้เข้ารับบริการจากสถานีนามัย ซึ่งมีบุคลากรสาธารณสุขประจำอยู่ และยังคงคล้องกับการศึกษาของชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรม แสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุเริ่มเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ และตีความหมายให้ความหมายว่าตนมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการปรึกษานุคคลในเครือข่ายชุมชนรวมทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ วิธีการรักษาของผู้สูงอายุสะท้อนระบบการแพทย์พหุลักษณะ นั่นคือ มีการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ อย่างน้อย 2 ระบบ ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน ซึ่งเป็นระบบแรก que ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการรักษา เมื่อไม่ได้ผลจะเลือกใช้การรักษา ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพและ/หรือ ภาคพื้นบ้าน หรือเปลี่ยน ไปมาระหว่างสองระบบ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2541) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าพฤติกรรมแสวงหาการรักษา และแบบแผนการรักษาโรคแต่ละโรคมียากหลายรูปแบบ ทั้งรักษาที่ละแห่งและหลายแห่งพร้อมกัน ขั้นตอนการรักษาจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขึ้นอยู่กับว่าจะหายหรือไม่ ถ้ายังไม่หายก็จะเลือกแห่งรักษาอื่นต่อไป และยังสอดคล้องกับวรรณกรรมของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535) กล่าวว่า ข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ในทุกสังคมรวมทั้งสังคมไทยก็คือ ประชาชนนิยมระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย การแพทย์หลายระบบที่ตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชน แตกต่างกันไป ในสังคมไทยซึ่งมีวัฒนธรรมความเชื่อดั้งเดิมที่ผสมผสานกันระหว่างการนับถือผี พราหมณ์และพุทธ การแพทย์สมัยใหม่แม้จะเข้ามามีบทบาทในวงการสาธารณสุขของไทย 100 กว่าปีแล้วก็ตามแต่ก็ยังคงแปลกแยกกับฐานทางความคิดของชาวบ้านที่ถูกกำหนดจากวัฒนธรรมพื้นบ้านเป็นสำคัญ

4.2 แหล่งบริการสุขภาพที่เข้ารับบริการ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกรับบริการสุขภาพแหล่งแรกจากสถานีนามัย และเมื่อพิจารณาถึงการเลือกแหล่งบริการสุขภาพตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วย (ร้อยละ 85.0) รอคูอาการและรักษาด้วยตนเอง รองลงมาคือสถานีนามัย (ร้อยละ 60.7) หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร (ร้อยละ 22.9) โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปายขุนยวม และสะเมิง (ร้อยละ 20.7) คลินิกเอกชน (ร้อยละ 2.9) และร้านขายยา (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไคล์แมน Klienman (1980) ที่กล่าวไว้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ภาคสามัญชน (popular sector) ภาควิชาชีพ (professional sector) และภาคแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ซึ่งแต่ละส่วนมีสถานะที่เรียกว่า อาณาบริเวณทางสังคม (social area) ซึ่งเป็นที่ที่มีการตัดสินใจ และมีพฤติกรรมรักษาพยาบาล ตั้งแต่

การให้ความหมายความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา แบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความแตกต่างกันในแนวความคิด ความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาเยียวยา แต่มีปฏิสัมพันธ์ (interact) ต่อกันและกัน Kleinman ถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐาน และเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพส่วนของสามัญชน (popular sector) ที่เป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุด ประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว เครือญาติ และชุมชน ที่เป็นอาณาบริเวณที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความและวินิจฉัยเป็นครั้งแรกทั้งนี้ ด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดา มีใหม่แบบผู้ชำนาญการ แต่ในขณะที่เดียวกันก็เห็นรูปแบบของการเลือก การรักษาเยียวยานานาชนิดเกิดขึ้นมากมาย ทั้งในแง่วิธีการดูแลภายในบ้านนับตั้งแต่ไม่รักษาหรือชะลอการรักษา การซื้อยากินเอง การรักษาด้วยสมุนไพร การใช้พิธีกรรม ดังเช่น งานศึกษาของ ไคลน์แมนและคณะ Klienman, et al. (1978) อ้างถึงใน ชารอน วิลเลียม Sharon Williams (2001) ที่พบว่าประมาณร้อยละ 70 - 90 ของความเจ็บป่วยของบุคคลถูกจัดการในบริบทของระบบการแพทย์ภาคสามัญชน

4.3 ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการ จากแหล่งบริการแหล่งแรก 1- 6 เดือน (ร้อยละ 55.8) รองลงมาคือใช้ระยะเวลา 7 - 9 เดือน (ร้อยละ 14.3) 10 - 12 เดือน (ร้อยละ 12.1) น้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 11.4) และมากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 6.4) ตามลำดับ เมื่อจำแนกระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกตามลักษณะทางประชากรพบว่า ผู้ป่วยเพศชายเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าเพศหญิง โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการสุขภาพ 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 51.7 และ 30.0) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าชนเผ่าปกากะญอเพศชายส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาทำให้สามารถตัดสินใจเข้ารับบริการหรือเลือกแหล่งบริการได้เร็วกว่า ประกอบกับชนเผ่าปกากะญอเพศชายเดินทางได้สะดวกกว่าเพศหญิงทั้งการใช้รถจักรยานยนต์ และการเดินเท้าจึงทำให้สามารถเข้ารับแหล่งบริการสุขภาพได้เร็วกว่า เช่นเดียวกับผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการสุขภาพ 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 44.4 และ 30.0) อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพทันทีแตกต่างกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่อาจทดลองซื้อยากินเองหรือรักษาตนเองก่อนทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหน้าที่การงานที่ไม่สามารถเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างเข้าถึงแหล่งบริการแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพและผู้ป่วยที่ประกอบรับราชการ/ครูเอกชน โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการ ครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการสุขภาพ

1 - 3 เดือน (ร้อยละ 42.7) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/ครูเอกชน (ร้อยละ 75.0) เข้ารับบริการล่าช้าโดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า 3 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยอาจใช้วิธีการรักษาตนเองหรือผู้ป่วยแสวงหาบริการสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้ที่มีอยู่ในการรักษาตนเองจึงทำให้เข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพล่าช้ากว่าที่ควรเป็น ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปีเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแห่งแรกได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/ปีโดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนถึงเข้ารับบริการสุขภาพ 1 - 3 เดือน (ร้อยละ 48.1) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อปี จำกัดด้วยเวลาในการเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพเนื่องจากมีหน้าที่การงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงไม่มีเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/ปีอาจเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพหลายแหล่งหรือว่าเลือกรักษาตนเองก่อนจึงทำให้เข้ารับบริการสุขภาพล่าช้า

5. การประเมินผลการรักษา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษานี้ มี การประเมินผลการรักษาอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกหลังจากจัดการรักษาด้วยตนเองแล้วพบว่าส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น(ร้อยละ 46.3) รองลงมา คือ เหมือนเดิม (ร้อยละ 44. 9) และแย่ลง (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกหลังจากประเมินผลการรักษาว่าไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงคือ สังเกตอาการต่อไป (ร้อยละ 69.9) ที่เหลือไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 16.4) หาหมอพื้นบ้าน (ร้อยละ 6.8) ซื้อมาจากร้านขายยา (ร้อยละ 5.5) และไปสถานีอนามัย (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ เมื่อจำแนกการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพตามลักษณะทางประชากรพบว่า ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพหลังจากเข้ารับบริการจากแหล่งบริการแห่งแรก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 85.0) มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 84.0) นับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 87.9) สถานภาพสมรสโสด/หม้าย (ร้อยละ 68.7) ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 94.7) มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง (ร้อยละ 80.5) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไป (ร้อยละ 89.9) และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท/ปี (ร้อยละ 84.9) จะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินผลการจัดการอาการครั้งแรกที่เกิดขึ้นด้วยตนเองแล้ว ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการจากแหล่งบริการที่เป็นวิชาชีพได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่อาการครั้งแรกที่เกิดขึ้นที่กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ไม่ชัดเจน หรือไม่รุนแรงพอที่จะต้องมีความจำเป็นเร่งด่วนในการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพ จึงสังเกตอาการต่อไปทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพได้ช้าลง จากข้อมูลการศึกษาพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้จัดการอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกแล้วอาการ ไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ยังคงเลือกรักษาอยู่ในระบบการแพทย์ภาคสามัญ

ชนเป็นส่วนใหญ่ รองลงมา คือ ระบบบริการสุขภาพภาคส่วนวิชาชีพ และระบบการแพทย์ภาคพื้นบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ Klienman (1980) ที่กล่าวว่าระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) เปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคมซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพ 3 ระบบ โดยที่แต่ละระบบต่างก็มีวิธีการอธิบายและจัดการกับการเจ็บป่วยตามวิธีการที่เป็นเอกลักษณ์ของตน ความแตกต่างในลักษณะความเชื่อ การยึดมั่น และวิธีการปฏิบัติตามความเชื่อ เป็นความแตกต่างของความเป็นจริงของสังคม (social reality) การแสวงหาบริการสุขภาพจะเกิดขึ้นระหว่างและหรือภายใน 3 ระบบนี้ และพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วยแบบแผนความเชื่อ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา แบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความแตกต่างกันในแนวความคิด ความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาเยียวยา แต่มีปฏิสัมพันธ์ (interact) ต่อกันและกัน Kleinman ถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐาน และเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพส่วนของสามัญชน (popular sector) ที่เป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุด ประกอบด้วย บุคคล ครอบครัว เครือญาติ และชุมชน ที่เป็นอาณาบริเวณที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความและวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ทั้งนี้ ด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดา มิใช่แบบผู้ชำนาญการ แต่ในขณะที่เดียวกันก็เห็นรูปแบบของการเลือก การรักษาเยียวยานานาชนิดเกิดขึ้นมากมาย ทั้งในแง่วิธีการดูแลภายในบ้าน นับตั้งแต่ไม่รักษาหรือชะลอการรักษา การซื้อยากินเอง การรักษาด้วยสมุนไพร การใช้พิธีกรรม

6. การเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ เข้ารับบริการ สุขภาพใน โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งถูกส่งต่อมาจากสถานีอนามัย (ร้อยละ 52.2) ที่เหลือ มารับการตรวจรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 32.1) ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปาย ขุนยวม และสะเมิง (ร้อยละ 15.0) และส่งต่อมาจากการคัดกรองความเสี่ยงในชุมชน (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา คือ ใกล้บ้านเดินทางสะดวก (ร้อยละ 82.0) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อยที่ให้เหตุผลบุคคลรอบข้างแนะนำ ให้เข้ารับบริการ ค่าใช้จ่ายไม่แพง บริการเป็นกันเอง และชื่อเสียงของสถานบริการและผู้ให้บริการ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปญญญา พรรณราย (2540) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ศึกษา คือ ใกล้ที่พัก สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 23.0) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งถูกส่งต่อมาจากสถานีอนามัย อนุมานได้ว่าสถานีอนามัยยังเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน และสถานีอนามัยยังเป็นจุดที่คัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้มากที่สุด และสถานีอนามัยยังเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ใกล้

บ้าน ใกล้ใจ ในทางตรงกันข้ามการคัดกรองความเสี่ยงในชุมชนสามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม หรือไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลที่ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรกของผู้ป่วยคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ร้อยละ 0.7) ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนที่น้อยกว่าที่ควรเป็นแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

7. การใช้แหล่งบริการสุขภาพอื่นร่วม

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 77.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลนกุล คำนิง (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 94.0) ไม่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ ร่วมกับยาลดความดันโลหิตสูง เหตุผลสำคัญ คือ กลัวเป็นอันตรายต่อตนเอง (ร้อยละ 37.6) รองลงมา คือ เชื่อมั่นในการรักษา (ร้อยละ 36.7) ถูกห้ามไม่ให้ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 12.8) ไม่ชอบรักษาหลายอย่างร่วมกัน (ร้อยละ 9.2) เศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย (ร้อยละ 2.8) และเคยรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 0.9) ตามลำดับ กลุ่มที่ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย ส่วนใหญ่ใช้แหล่งบริการสุขภาพจากหมอพื้นบ้าน/สมุนไพร (ร้อยละ 90.3) ที่เหลือมีเพียงเล็กน้อย ที่ใช้บริการจากร้านขายยา (ร้อยละ 6.4) และ การใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ (เลี้ยงผี, ทรงเจ้า) (ร้อยละ 6.4) เหตุผลที่ใช้คือ ต้องการหายเร็วขึ้น (ร้อยละ 51.6) รองลงมาคือ บุคคลรอบข้างแนะนำ (ร้อยละ 38.7) วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน (ร้อยละ 6.5) และเคยทดลองแล้วอาการดีขึ้น (ร้อยละ 3.2) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการจากหมอพื้นบ้านเป็นแหล่งบริการสุขภาพร่วมในการรักษา โดยให้เหตุผลในการใช้บริการ คือ ต้องการให้หายเร็วขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษา ทำให้เข้าใจได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

8. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 80.0) และไม่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 20.0) โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องคือ ยาหมดไม่มีคนไปส่งรับยา (ร้อยละ 60.7) รองลงมา คือ ไม่มีอาการโรคความดันโลหิตสูงเลยหยุดรับประทานยาเอง (ร้อยละ 25.0) และคิดว่าหายจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับยาตามแพทย์นัดทุกครั้งจนถึงปัจจุบัน (ร้อยละ 75.7) มารับยาตามแพทย์นัดไม่ทุกครั้ง (ร้อยละ 24.3) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่มารับยาตาม

แพทย์นัด คือ คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ ลืมวันนัด (ร้อยละ 35.3) ไม่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 5.9) และต้องทำงานหยุดงานไม่ได้ (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลนกุล คำนิ้ง (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาตามนัด (ร้อยละ 82.0) และรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงสม่ำเสมอ (ร้อยละ 70.0) และสอดคล้องกับการศึกษาของครรชิต ชนะทิพย์ (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยมารับบริการสม่ำเสมอไม่เคยขาดนัด (ร้อยละ 76.9) และ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ มีเพียงส่วนน้อยที่ยังไม่เข้าใจในเรื่องของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงหยุดรับประทานยาเองเพราะคิดว่าหายจากโรคความดันโลหิตแล้วและผู้ป่วยบางรายก็ไม่มารับบริการตามนัดทั้งนี้คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่ายังมีผู้ป่วยที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะแนวทางในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานสาธารณสุข

1.1 บุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เน้นที่อาการเบื้องต้นของโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศหญิง ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับการศึกษา ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้มีอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง ผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ และผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

1.2 บุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนทั่วไป โดยเน้นที่อาการเบื้องต้นของโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะได้เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง และเลือกเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

1.3 บุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองในบทบาทของผู้ป่วยและเปลี่ยน

บทบาทของตนเอง อันจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในวัยแรงงาน

1.4 โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และหน่วยบริการเคลื่อนที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศหญิง และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษา

1.5 โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรจัดให้มีการวางแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมั่นใจในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การไม่ใช้แหล่งบริการสุขภาพอื่นร่วมในการรักษา การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และการไม่เปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษา

1.6 โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการ คัดกรองและค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

1.7 โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นอาการเบื้องต้นของโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เผยแพร่ทางวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าวหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มช่องทางการให้ความรู้แก่ประชาชน และประชากรกลุ่มเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว

2.1 ผู้ป่วยและญาติควรให้ความสำคัญในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

2.2 ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยควรให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมารับบริการตามแพทย์นัดทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกากะญอที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่นต่อไปอีก เนื่องจากพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกากะญอ จะได้รับอิทธิพลจากสภาพทางสังคม วัฒนธรรม ทั้งในแง่การรับรู้อาการ การให้ความหมาย การจัดการกับอาการ และการแสวงหาแหล่งบริการ จะทำให้ได้ภาพรวมเพื่อประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของชนเผ่าปกากะญอที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งน่าจะได้อะเอียดชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการที่เป็นวิชาชีพเพื่อรับการวินิจฉัยโรคซ้ำกว่าที่ควรเป็น