

610. 696

21 ๙๘3 ๒

ร. 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ปริญญาโท

ของ

เบญจพร แก้วมีศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

174836

คณะกรรมการควบคุม และคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ดร. ธารวรรณ์ อิ่มสมบูรณ์)

..... กรรมการ

(ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ดร. ธารวรรณ์ อิ่มสมบูรณ์)

..... กรรมการ

(ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ. วิรัตน์ ศรีนพคุณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ. ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ ...๔๓...เดือน...พฤษภาคม... พ.ศ. 2534

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร. ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ อาจารย์ ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รศ. วิรัตน์ ศรีเทพคุณ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รศ. กมลรัตน์ กรีกทอง ผศ. พุสดี ชรรมรักษ์ ดร. พรสุข หุ่นวันตร์ รศ.ดร. สมฤทัย อินทราทิพย์ อาจารย์ยุพิน วีรานวัตต์ และอาจารย์อุรัส ผลผดุง ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ ขอขอบพระคุณอาจารย์ชุมศรี เจริญลาภ อาจารย์จงจิต สุนทรรัช อาจารย์อุบลรัตน์ โพนัฒนชัย อาจารย์สุรภรณ์ อันสวน อาจารย์ลินดา คล้ายปักษ์ และคุณเอกชัย ยุติศรี ที่ให้กำลังใจและความช่วยเหลือในการทำปริญญานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบคุณ คุณภรรณิการ์ ขอประเสริฐ คุณรังสี เิงใหญ่ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และผู้มารับบริการทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกและความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่มีส่วนในการวางรากฐานการศึกษาให้กับผู้วิจัย ตลอดจนมีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

เบญจพร แก้วมีศรี

สารบัญ

บทที่

หน้า

1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
	ประชากร	7
	กลุ่มตัวอย่าง	7
	ตัวแปรที่จะศึกษา	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	11
	แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	11
	ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ	11
	ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ	13
	ความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	14
	ปัจจัยที่กำหนดและแนวทางการสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วย	16
	สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย	16
	ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล	18
	แนวทางการสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วย	26
	สุขศึกษากับการแก้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการเจ็บป่วย	33
	ความสำคัญของสุขศึกษาต่อการแก้ปัญหาสุขภาพ	33

มาตรการการแก้ไขปัญหาสุขภาพ	35
สุขศึกษากับพฤติกรรมการเจ็บป่วย	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
งานวิจัยในต่างประเทศ	39
งานวิจัยในประเทศ	40
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	44
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	46
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	46
ประชากร	46
กลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	50
ลักษณะของเครื่องมือ	50
เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ	50
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ	51
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	52
การจัดกระทำกับข้อมูล	53
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	60
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	60
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	61

ผลการศึกษาค้นคว้า	61
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	61
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง	65
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์พฤติกรรมการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	69
ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน	70
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	82
บทย่อ	82
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	82
วิธีดำเนินการวิจัย	83
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	83
การวิเคราะห์ข้อมูล	83
สรุปผลการค้นคว้า	84
อภิปรายผล	85
ข้อเสนอแนะ	94
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	96
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก	105
ประวัติย่อของผู้วิจัย	116

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	ข้อมูลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกตามแผนก รายเดือน และ เฉลี่ยต่อเดือน ตค.32 - กย.33	47
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแผนกที่ให้บริการรักษาพยาบาล	49
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	62
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยแวดล้อม	66
5	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยแวดล้อม....	68
6	ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	69
7	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามเพศ	70
8	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล	71
9	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	71
10	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล	72
11	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามความสะดวกในการใช้ยา	73
12	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม..	73
13	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามระดับอายุ	74

14	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามระดับการศึกษา	75
15	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการเป็นรายคู่ จำแนกตามระดับการศึกษา	76
16	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามรายได้	77
17	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการเป็นรายคู่ จำแนกตามรายได้	78
18	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามอาชีพ	79
19	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการเป็นรายคู่ จำแนกตามอาชีพ	80
20	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของ ผู้มารับบริการ จำแนกตามขนาดครอบครัว	81
21	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์	107

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	แนวทางในการปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย	2
2	ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมาจนกระทั่งถึงแก่ความตาย	15
3	กระบวนการเปลี่ยนแปลงความเชื่อสู่การปฏิบัติ	32
4	กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับกระบวนการสุขภาพ	37

บทที่ 1

บทนำ

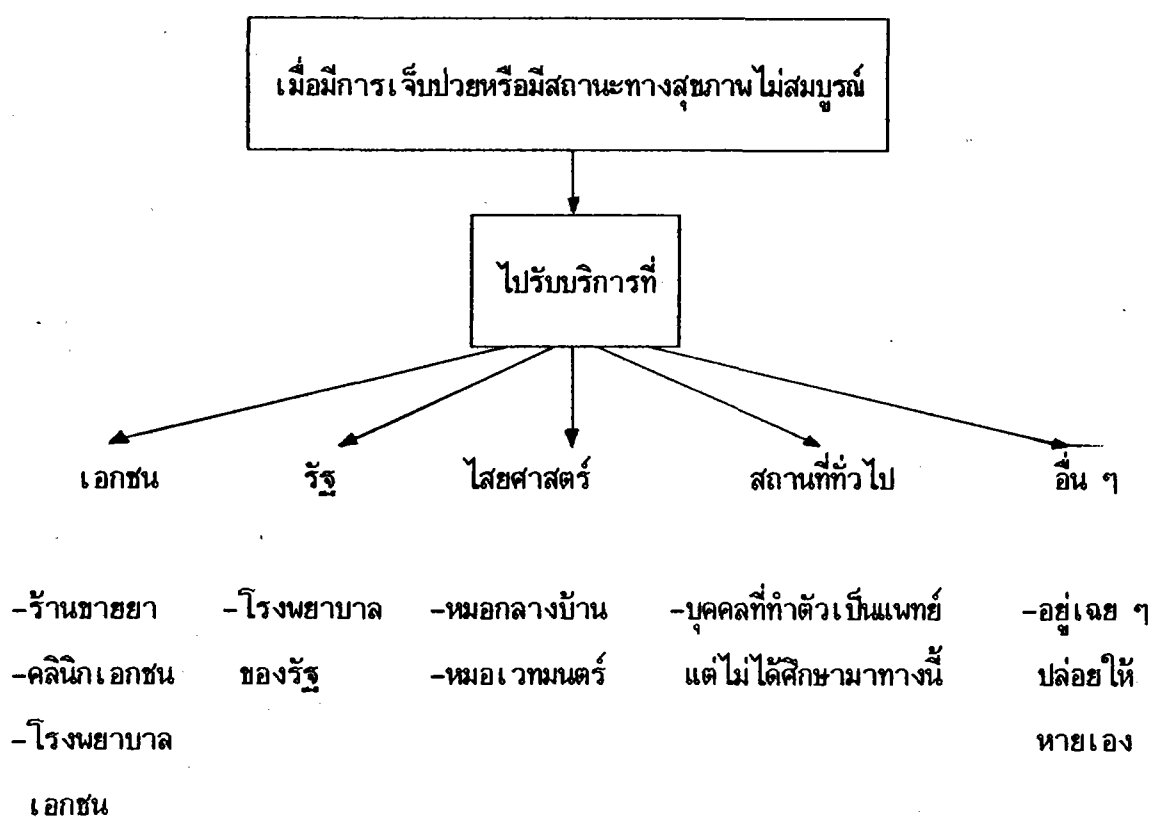
คำนำ

คนเราทุกคนย่อมต้องการมีสุขภาพอนามัยดีเพื่อดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข การที่คนเราจะ
มีสุขภาพอนามัยดีจะต้องประกอบด้วยสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีและสมบูรณ์ ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพ
กายดีและสมบูรณ์นี้หมายถึง การมีอวัยวะร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์และทำงานปกติ ปราศจากโรคภัย
ไข้เจ็บ และทั้งนี้จะรวมถึงการมีสุขภาพจิตดีมีสภาพอารมณ์จิตใจแจ่มใส สามารถปรับตัวและควบคุม
อารมณ์ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสมบัติล้ำค่าของชีวิต เป็นเสมือนหนึ่งวิถีชีวิตที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุข
และความสำเร็จในการประกอบอาชีพ ถ้าบุคคลใดมีสุขภาพไม่ดี ก็จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่การทำงาน
ประสบความล้มเหลวหรือต้องหยุดชะงักลง การเจ็บป่วยย่อมเป็นเหตุทำให้เกิดการสูญเสียหลาย
ประการ เช่น สูญเสียเงินเพื่อการรักษา สูญเสียเวลาที่ต้องรักษาตัว และสูญเสียกำลังงานที่จะให้
ผลผลิตในการประกอบอาชีพ สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้คนเราเกิดการเจ็บป่วย มี 3 ประการ คือการ
ขาดความรู้ในโรคนั้น มีเจตคติที่ไม่ส่งเสริมต่อการป้องกันและควบคุมโรค และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูก
ต้องเรื่องการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (สมจิตต์ สุนทรทัทสัน และกันยา กาญจนบุรานนท์.
2527 : 25)

ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพนั้น จะต้องเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็กและสะสมจนพัฒนาติด
เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ฆนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 13) กล่าวว่า การพัฒนาพฤติกรรม
สุขภาพให้ได้ผลในระยะยาวนั้น ควรจะปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ก่อนวัยเรียนและวัยเรียนเป็น
สำคัญ ซึ่งการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพนั้น สามารถทำได้ 3 ประการ คือ การเรียนรู้
จากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว การเรียนรู้ในโรงเรียน หรือสถานศึกษา และ
การเรียนรู้จากสังคมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ นอกบ้านและนอกโรงเรียน แต่การที่จะนำความรู้เหล่านั้น

ไปปฏิบัติจริงจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งในเรื่องนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 165 - 166) ให้ความเห็นว่า บุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย - จิตใจหรือสังคมแล้วจะปฏิบัติตนแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น ในด้านการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยนั้น อาจจะกระทำได้หลายประการ ดังแสดงในภาพประกอบ 1



แหล่งที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนวิชาสุขศึกษา.

หน่วยที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

ภาพประกอบ 1 แนวทางในการปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย

จากภาพประกอบ 1 จะเห็นว่าบุคคลสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้ในลักษณะต่าง ๆ กัน สันทัต เสริมศรี (2528 : 383 - 396) กล่าวว่า การเลือกใช้บริการสุขภาพ จะถูกกำหนดโดยสถานภาพหรือลักษณะของบุคคล เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สถานภาพหรือลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา และอาชีพ สถานภาพเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของชีวิตบุคคลจะมีพฤติกรรม มีความรอบรู้ ความคิดและความเชื่อ รวมทั้งการหล่อหลอมอุปนิสัยและการดำเนินชีวิตเฉพาะอย่างแตกต่างกันไป ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปด้วย อีกประการหนึ่งสถานภาพของบุคคลจะมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย บุคคลที่มีสถานภาพต่างกันย่อมมีภาวะสุขภาพอนามัยต่างกันย่อมมีผลต่อการเลือกใช้บริการแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้ได้รับคำแนะนำและการรักษาต่างกันไปด้วย

มีผลการวิจัยหลายเรื่องที่ระบุว่า สถานภาพ หรือลักษณะของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัย สายใจ คัมชนาบ (2515 : 118 - 128) ศึกษาพบว่าครอบครัวที่หัวหน้ามีการศึกษาและประกอบอาชีพรับราชการ จะมีการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยดีกว่าครอบครัวที่หัวหน้าไม่มีการศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรรม กัลยา นาคเพ็ชร (2521 : 115 - 118) ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและอาชีพของมารดาที่แตกต่างกัน มีผลทำให้เจตคติของมารดาต่อประเพณีและความเชื่อในการบริโภคแตกต่างกันซึ่งมีผลทำให้บริโภคนิสัยของเด็กแตกต่างกันด้วย สุรีย์พร แมะเก (2528 : 62 - 65) ศึกษาพบว่า ปัจจัยทางศาสนา อาชีพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความรู้ทางด้านสุขภาพของครูผู้สอน มีผลต่อเจตคติทางสุขภาพของนักเรียน ในแง่เศรษฐกิจ การใช้บริการทางสังคมจะถูกกำหนดโดยเงิน ผู้มีเงิน หรือมีรายได้สูงมีโอกาสใช้บริการทางสุขภาพสูงกว่าผู้มีรายได้ต่ำ โอกาสของการใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพจะแตกต่างกันมาก กล่าวอีกนัยหนึ่ง ได้ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคล โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) ได้ทำการสำรวจคนงานชายในเมืองวิตตอเรียของรัฐโคลัมเบีย พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้มีความสัมพันธ์กับการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ และการรับการฉีดยาป้องกันโรคของบุคคลในครอบครัว ส่วนลักษณะทางวัฒนธรรมของบุคคลเป็นลักษณะของการดำเนินชีวิตซึ่งรวมความคิด ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติจนเป็นประเพณี ค่านิยม โลกทัศน์ และบุคลิกลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้บุคคลได้รับและจะ

สะสมตั้งแต่เกิด พฤติกรรมการเลือกใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ จึงเป็นผลจากการสะสมความรู้ความเข้าใจ ซึ่งรับอิทธิพลจากสังคมที่เขาอาศัยอยู่ เมื่อบุคคลประสบความเจ็บป่วย มักจะเลือกแหล่งรักษากับผู้ที่เขาคิดว่าสามารถจะช่วยรักษาให้ความเจ็บป่วยหายไปได้ สารเนตร ไวกุล และอุดม ชัมชาญ (2526 : 1097 - 1099) ได้ศึกษาเจตคติและปัจจัยในการเกิดเจตคติของประชาชนต่อการรักษาโรคกระดูกหักและข้อเคลื่อน ในเขตจังหวัดสงขลาและบริเวณใกล้เคียง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การที่มีความรู้สึกและความเชื่อถือที่ไม่ดีนั้นมีสาเหตุมาจากคำเล่าลือ หรือคำบอกเล่าในทางไม่ดี และกลุ่มที่มีความรู้สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 62.0 มีเจตคติที่ดีต่อการรักษาในแผนปัจจุบัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 167 - 168) กล่าวว่า เหตุผลในการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพต่างชนิดกัน เนื่องมาจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. อาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันบุคคลจะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออยู่ในขั้นวิกฤตบุคคลจะเลือกใช้บริการแผนปัจจุบัน ในกรณีที่โรคเรื้อรังบุคคลจะนิยมรักษาด้วยยาแผนโบราณ

2. บุคคลต่างกลุ่มกันจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน การใช้บริการทางการแพทย์ และอนามัย เป็นผลเนื่องจากเจตคติ ความเชื่อ และการรับรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน กลุ่มบุคคลที่มีเจตคติ ความเชื่อแตกต่างกันก็จะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน เช่น คนไทยภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นโรคคอกพอก แต่เชื่อว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ในขณะที่สังคมกรุงเทพมหานครเมื่อมีอาการ แสดงว่าเป็นโรคคอกพอกอาจจะรีบไปรักษาทันที

แนวทางการปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วยดังกล่าวแต่ต้นมานี้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ แต่ยังมีปัจจัยหนึ่งที่จะต้องพิจารณา คือ ปัจจัยด้านระบบบริการและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 586) แต่ทั้งนี้จะรวมถึง ปัจจัยด้านความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเป็นอันมากที่จะทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมการ

เลือกใช้บริการสุขภาพ สถานบริการแห่งใดเจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี ความเป็นกันเอง ไม่ทำตัวเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย สถานบริการแห่งนั้นมีประชาชนนิยมใช้บริการ ซึ่งเป็นโอกาสให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการเจ็บป่วยได้เหมาะสม

ในขณะที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนนอกจากจะเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองแล้วยังต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและอื่น ๆ สุปาณินันท์น้อย (2529 : 35) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านเศรษฐกิจในครอบครัว จะมีความกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล การใช้จ่ายในครอบครัว หากป่วยเป็นเวลานานไม่สามารถทำงานได้ อาจจะถูกออกจากงาน ปัญหาบางอย่างจะขัดขวางไม่ให้ความตั้งใจเกิดเป็นการกระทำพฤติกรรมขึ้นมา

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าว จะพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยหลายประการที่น่าสนใจ ทั้งที่เป็นความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ บริการทางสุขภาพก็มีผลเช่นกัน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ นี้ไม่จำเป็นว่าจะมีผลต่อทุกคน ทุกสถานท้องถิ่นทั้งหมด ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย ทั้งที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อม โดยสอบถามความคิดเห็นและการปฏิบัติจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งจะทำให้ทราบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมเหล่านั้นกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยอย่างไร ผลจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม อันจะทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในสภาพการบริการของแต่ละท้องถิ่น และสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ที่ต้องรับภาระบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปทั้งจังหวัดและอาจเลयरรวมถึงจังหวัดใกล้เคียงอีกด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการควรจะได้รู้ปัญหาทางสุขภาพที่พร้อมจะหาแนวทางแก้ไขให้ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในท้องที่ชนบทที่จะต้องต่อสู้เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ และการเดินทางอีกด้วย

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อทราบปัจจัยส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกเป็น

เพศ

อายุ

ระดับการศึกษา

รายได้

อาชีพ

ขนาดครอบครัว

2. เพื่อทราบปัจจัยแวดล้อมและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยแวดล้อมกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกเป็น

ความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล

ความซับซ้อนของการรักษายาบาล

ความสะดวกในการใช้ยา

การสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ถูกต้องในเชิงป้องกัน และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษายาบาล

2. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการและการรักษายาบาลของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ

3. เพื่อสร้างเสริมและสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

4. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าในครั้งต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ซึ่งมีอายุ 15 - 60 ปี จำนวน 13,983 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ซึ่งมีอายุ 15 - 60 ปี จำนวน 389 คน ที่ผ่านการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกเป็น

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 ระดับการศึกษา

1.1.4 รายได้

1.1.5 อาชีพ

1.1.6 ขนาดของครอบครัว

1.2 ปัจจัยแวดล้อม จำแนกเป็น

1.2.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล

1.2.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

1.2.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล

1.2.4 ความสะดวกในการใช้ยา

1.2.5 การสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการเจ็บป่วย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคล เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วย หรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ และมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติเหล่านั้นด้านบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย การใช้บริการสาธารณสุข

2. ผู้มารับบริการ คือ ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มีอายุ 15 - 60 ปี ซึ่งอยู่ในสภาพที่สามารถให้การสัมภาษณ์ หรือให้ข้อมูลได้

3. แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง แผนกที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ โดยไม่ได้เข้ารับการรักษาค้างคืนในโรงพยาบาล

4. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ลักษณะเฉพาะของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น

4.1 เพศ

4.1.1 ชาย

4.1.2 หญิง

4.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (สมจิตต์ สุนทรภักส์. 2527 : 308) คือ

4.2.1 15 - 20 ปี

4.2.2 21 - 45 ปี

4.2.3 46 - 60 ปี

4.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น

4 ระดับ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2526 : 1 - 12) คือ

4.3.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

4.3.2 ประถมศึกษา

4.3.3 มัธยมศึกษา

4.3.4 สูงกว่ามัธยมศึกษา

4.4 รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2529 : 10) คือ

4.4.1 ต่ำกว่า 2,466 บาท

4.4.2 2,466-7,410 บาท

4.4.3 สูงกว่า 7,410 บาท

4.5 อาชีพ หมายถึง อาชีพของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม

4.5.1 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่รับราชการหรือทำงานในสังกัดรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

4.5.2 ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ

4.5.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

4.5.4 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด

4.5.5 นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาชีพ หรือกำลังศึกษาเล่าเรียน

4.6 ขนาดของครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกในครอบครัวซึ่งหมายรวมทั้งพ่อ แม่ ลูก และญาติทั้งสองฝ่าย โดยแบ่งขนาดครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ (สมาคมสหเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2525 : 185 - 186) คือ

4.6.1 ครอบครัวขนาดเล็ก มีบุคคลในครอบครัวต่ำกว่า 5 คน

4.6.2 ครอบครัวขนาดกลาง มีบุคคลในครอบครัว 5 - 7 คน

4.6.3 ครอบครัวขนาดใหญ่ มีบุคคลในครอบครัวมากกว่า 7 คน

5. ปัจจัยแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยด้านระบบบริการและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเป็นอันมาก ซึ่งแบ่งเป็น

5.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล หมายถึง การบริการการรักษาพยาบาลที่มีอย่างเพียงพอและทั่วถึง ได้แก่ ความถี่ห่างของเวลาในการนัดตรวจ การใช้เวลารอตรวจ การจัดระบบการให้บริการของโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

5.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง จำนวนเงินที่ต้องชำระให้แก่ทางโรงพยาบาล เป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจพิเศษ ค่าวัสดุยา รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าพาหนะ

5.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล หมายถึง องค์ประกอบต่าง ๆ ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษาพยาบาล เช่น ค่าขึ้นเตียงของแพทย์ไม่ชัดเจน จำนวนครั้งของการส่งการรักษา ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการมารับบริการ

5.4 ความสะดวกในการใช้ยา หมายถึง องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาพยาบาล เช่น ขนาดของเม็ดยา การบรรจุของยา คำแนะนำในการใช้ยา

5.5 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บทบาทของบุคคลต่าง ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะกระตุ้น สนับสนุน จูงใจ และส่งเสริมพฤติกรรมเจ็บป่วยที่ถูกต้อง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. ปัจจัยที่กำหนดและแนวทางการสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วย
3. สุขศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการเจ็บป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

มานิต มานิตเจริญ (2528 : 652, 985) ให้ความหมายว่า "พฤติกรรม" คือการปฏิบัติตัว กิริยาอาการ ความคิดและความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม "สุขภาพ" คือ ความเป็นสุข ปราศจากโรค อนามัยของร่างกาย ภาวะความเป็นอยู่ของร่างกาย เช่น สุขภาพดีก็หมายความว่า ร่างกายแข็งแรง สุขภาพไม่ดีก็หมายความว่า ร่างกายไม่แข็งแรง

สรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรค ในด้านสุขศึกษา ได้มีนักวิชาการศึกษา ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good. 1959 : 44, 58 - 60) พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล มีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัส

ได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตนจะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

สุชาติ โสโมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม สำหรับพฤติกรรมสุขภาพก็มีความหมายตนเองเดียวกับพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป แต่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย ซึ่งได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน ตัดเล็บ ที่แสดงออกดังตัวอย่างนี้ จะสามารถมองเห็นและสังเกตได้อย่างชัดเจนว่าบุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติ

นิภา มนูญิจู (2529 : 20) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพด้วย หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นด้วย

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2532 : 11) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เองหรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี รวมถึงการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ ในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำหรือการปฏิบัติทั้งหลายที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายที่นักวิชาการทางสุขศึกษาได้ให้ไว้แล้วสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 75) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเจ็บแสบ การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดนี้ สอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 587 - 588) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยและอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชนเช่น ครอบครัวรับรู้สถานะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขอันมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในขณะที่ มิณณิก (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 48 -

51 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วยว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติและมีพฤติกรรมแสวงหาหนทางจัดการความผิดปกติเหล่านั้น เป็นการตัดสินใจในระดับบุคคล อันเป็นผลจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยาของบุคคล จิตวิทยาสังคมของระบบบริการสาธารณสุข

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2532 : 14) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝัง หรือสามารถเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอื่น ๆ กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะนี้จะเน้นความเกี่ยวข้องของการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

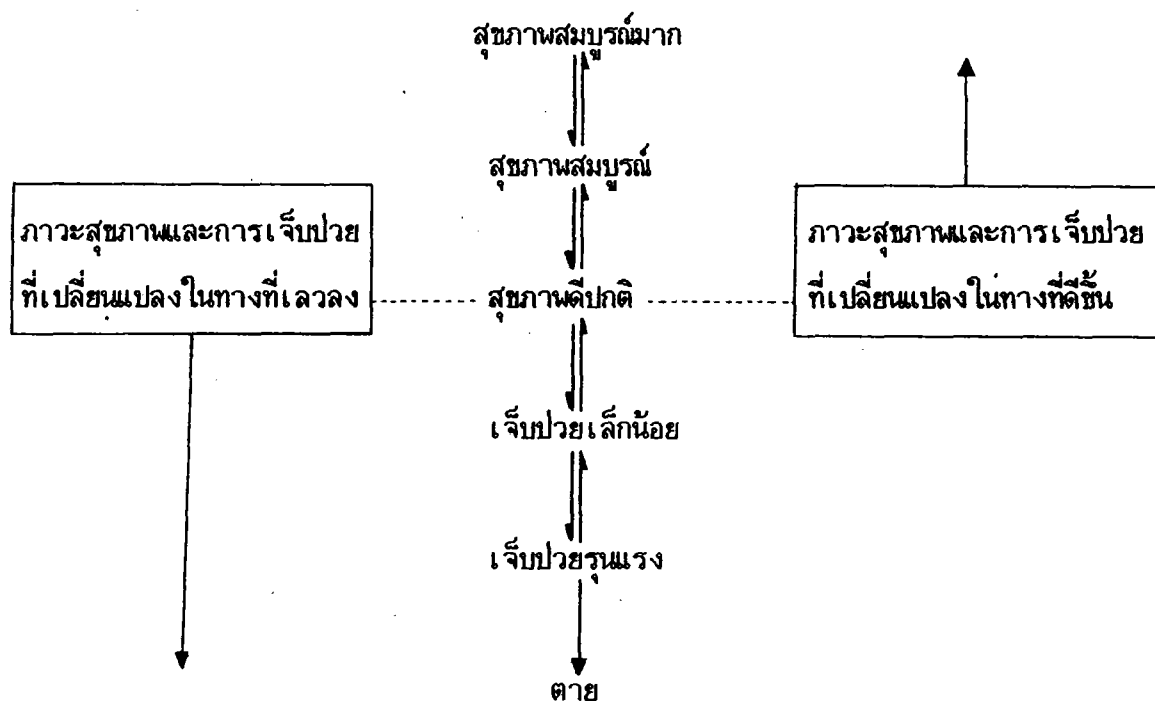
2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค จะมีการยากต่อการพัฒนามากกว่าพฤติกรรม การเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้จะทำให้เกิดผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคล ต้องเน้นความตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ ต้องเน้นการสร้างค่านิยม และวิถีทางการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดำเนินชีวิตตามหลักการทางสุขภาพด้วย

ความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

คนเราทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีสุขภาพดีด้วยกันทั้งนั้น องค์การอนามัยโลกได้ตั้งความคาดหวังที่จะให้ประชาชนในโลกมีสุขภาพดี ดังคำขวัญที่ให้เมื่อปี พ.ศ. 2524 ที่ว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2543" (HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000) คำว่า "สุขภาพ" องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมปราศจากโรคหรือความพิการใด ๆ สุขภาพที่สมบูรณ์เป็นลักษณะอันชอบธรรมของบุคคล โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น หากประเทศใด ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ก็ถือได้ว่าประเทศนั้นเข้มแข็งสมบูรณ์ เนื่องจากประชาชนสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ มีรายได้ดี ประชาชนมีการศึกษาดี มีความเป็นอยู่ดี ที่กล่าวมาเป็นการคาดหวัง

ขององค์การอนามัยโลก แต่ในความเป็นจริงภาวะสุขภาพของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในทุกขั้นตอนของชีวิต ภาวะสุขภาพที่มีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย หรือความผิดปกติทางจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แสดงว่าเกิดความเจ็บป่วย คนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นคนที่เริ่มมีปัญหาในการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นบางช่วงเวลา และหากผู้นี้มีปัญหาในการปรับตัวมากขึ้นและตลอดเวลาทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลรักษาทันที่ มิเช่นนั้นอาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ก็จะกลับไปสู่สภาวะปกติหรือสมบูรณ์ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องกัน (สุปณี จันทรน้อย. 2529 : 30) ดังภาพประกอบ 2



แหล่งที่มา : สุปณี จันทรน้อย. "ผู้ป่วยและความเจ็บป่วย," ใน การพยาบาลพื้นฐาน
แนวคิด และการปฏิบัติ. หน้า 30. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2529.

ภาพประกอบ 2 ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีสุขภาพดีถึงสุขภาพสมบูรณ์มากในขณะนี้ จะต้องเน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค เช่น ด้านโภชนาการ การสูบบุหรี่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในขณะที่เดียวกันเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็ต้องป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือตายได้ การป้องกันในระยะนี้จะต้องค้นหาสิ่งผิดปกติในขณะที่โรคเกิดขึ้นแล้ว เพื่อช่วยลดความรุนแรง หยุดยั้งการดำเนินของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หมายความว่า ในระยะที่บุคคลรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย บุคคลจะต้องแสวงหาการรักษา และให้ความร่วมมือในแผนการรักษาโดยการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและการงดกระทำหรือละเว้นการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 12 - 14) เรียกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะที่เจ็บป่วยดังกล่าวนี้ว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาไม่ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมและการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและการควบคุมโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล รวมเรียกว่า "พฤติกรรมสุขภาพ" ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นในบุคคล การจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยและแนวทางหลายอย่าง ซึ่งจะกล่าวต่อไป

2. ปัจจัยที่กำหนดและแนวทางการสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วย

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย

คนเราเมื่อมีร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ไม่ได้มีสาเหตุจากการได้รับเชื้อโรคหรือสัมผัสกับโรคเสมอไป เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคและเจ็บป่วย สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและเจ็บป่วยแบ่งเป็น

1. สาเหตุทางการแพทย์
2. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและสิ่งแวดล้อม

สาเหตุทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดโรคและเจ็บป่วย เน้นศรี นิชัยสิน (2528 : 53 - 57) กล่าวว่า โรคหรือการเจ็บป่วยเกิดจากปฏิกริยาตอบโต้ระหว่างคนหรือสัตว์ที่เรียกว่า โฮสต์

(host) กับเชื้อโรคหรือสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) ในสภาพแวดล้อม (environment) ที่คนหรือสัตว์และเชื้อนั้นอาศัยอยู่ ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยก็จะแสดงอาการของโรคให้เห็น และได้แบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคออกเป็น 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยทางสรีระ (physiological factors) ที่มีผลต่อการเกิดโรค เช่น ความต้านทานของร่างกายโดยธรรมชาติ อายุ เพศ เชื้อชาติ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
2. ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) เช่น อุบัติภัยและสุขวิทยา ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ ลักษณะบ้านและชุมชน พฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การใช้ยา การเลือกใช้บริการสุขภาพ

ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคและเจ็บป่วย บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 585 - 586) กล่าวว่า ปัญหาความเจ็บป่วยของบุคคลเป็นปัญหาที่มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังต่อไปนี้คือ

1. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ บรรทัดฐาน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี มีส่วนที่จะทำให้เกิดเสี่ยงต่อโรค และมีผลต่อภูมิคุ้มกันโรคได้ ตัวอย่างเช่น ชุมชนที่ประชาชนที่ยอมรับประทานปลาดิบ คนในชุมชนนั้นก็มักมีโอกาสติดโรคอันเกิดจากการรับประทานปลาดิบ เช่น พยาธิใบไม้ตับได้ง่าย
2. ปัจจัยด้านอิทธิพลของครอบครัว หรือกลุ่มในชุมชน เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดสภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (stress) ซึ่งสภาวะความตึงเครียดนี้จะทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นลดลง มีโอกาสติดโรคน่าขึ้น
3. ปัจจัยด้านการติดต่อสัมผัส การติดต่อสัมผัสของบุคคลมีส่วนสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย หากบุคคลใดในสังคมสูญเสียกับการติดต่อสัมผัสทางสังคมกับบุคคลอีกคนหนึ่งหรือกลุ่มในสังคมนั้น จะมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นลดลง และมีโอกาสติดโรคได้ง่าย ตัวอย่างเช่น บุคคลที่สูญเสียสามีหรือภรรยาจะพบว่าจะเป็นคนไข้เจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราการตายสูงกว่าคู่สามีภรรยาที่อยู่ครบทั้งสองคน
4. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งได้รับความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจจากบุคคลอีกคน

หนึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับการมาใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะทางจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกาย และในที่สุดก็ผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายลดลง จึงเป็นสาเหตุทำให้ติดโรคได้ง่ายเจ็บป่วยบ่อย และมีอัตราการตายสูงกว่าคนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

5. ปัจจัยด้านระบบบริการและบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเป็นอันมาก ทำให้เกิดปัญหาของพฤติกรรมเลือกใช้บริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น สถานบริการแห่งใดเจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเป็นกันเอง ไม่ทำตัวเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่า สถานบริการแห่งนั้นก็มักจะมีประชาชนนิยมไปใช้บริการเป็นต้น

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล

โดยทั่วไปองค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แต่การเกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ปัจจัยที่มีผลในการกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 173 - 185) แบ่งเป็น

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ภูมิตะเย ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การสนใจ ความคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้นดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว

พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวมาก ในบางครอบครัว พ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่าง หรือไม่ให้อาหารรับประทาน

อาหาร เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ นอก
จากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน
การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจาก
การชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติ
กรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย
ได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ
กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมที่เขายึดถืออาจจะมียังผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพล
ของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดของกลุ่ม

2.3 สถานภาพทางสังคม

สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมการเจ็บป่วย
ของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันจะเกี่ยว
ข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4 วัฒนธรรม

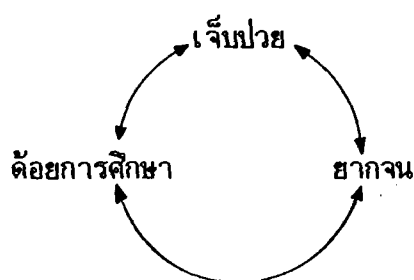
วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง ที่แสดงออกถึงวิถี
ชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทย ที่มีผลก่อ
ให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำ เพราะกลัวเครื่องแต่งกาย
เครื่องประดับจะเก่าเร็ว การงดของแสลงหรือ "ชะล่า" ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ไม่ให้กินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย หรือหญิงหลังคลอดใหม่ ๆ กินได้เฉพาะ
ข้าวกับเกลือของประชาชนภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ประชาชนที่เชื่อถือ บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิง
ตั้งครรภ์นั่งบนบันได หรือข้อห้ามหญิงตั้งครรภ์ดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5 ศาสนา

ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน
และมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทาน

อาหารแต่พอควรไม่ให้หนอยเกินไปหรืออึดเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ก่อนทำ "ละหมาด" จะต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาดจะ เห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยด้วย ในกลุ่มของประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดและสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี ซึ่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสามดังแสดงในแผนภูมิข้างล่างนี้



4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาดำรงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษา ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ

5. องค์ประกอบทางการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เป็นเพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

6. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะต้องมีเพียงพอและเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 141 - 150) คือ

6.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอาจจะขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติ หรือให้ความร่วมมือในการรักษายาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกพิเศษ การที่บริการรักษายาบาลมีเพียงพอ และทั่วถึง ได้พิสูจน์ให้เห็นชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติตามการรักษายาบาล และพฤติกรรม การป้องกันโรค คัมมิงส์ เบ็คเกอร์ และเมลี (Cummings, Becker and Maile. 1980 : 123 - 145) การมีบริการรักษาที่เพียงพอและทั่วถึง เป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งใน 6 ปัจจัยของส่วน ประกอบของแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ความเพียงพอและทั่วถึงของบริการนี้มีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะต้องกลับไปตรวจตามนัด เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือเมื่อได้รับคำแนะนำให้ไปรับภูมิคุ้มกันโรค หรือเมื่อการรักษายาบาลบางชนิดที่ผู้ป่วย จะต้องไปตรวจเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องกัน

ลักษณะของการจัดเวลาของคลินิก จะมีผลต่อการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ถ้าระยะเวลา ระหว่างการมาตรวจครั้งแรกเพื่อวินิจฉัยโรค กับการนัดตรวจอีกครั้งห่างกันมาก ผู้ป่วยมักจะ ไปตรวจตามนัดน้อย ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลืมวันนัด หรืออาจจะเปลี่ยนความเชื่อ หรือบรรทัดฐานของผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยต้องมารอแพทย์นานมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักจะ ไม่มาตามนัดในครั้งต่อไป

มีองค์ประกอบอีกหลายอย่างในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และมีผลต่อการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมักจะให้เหตุผลของการไม่มาตรวจตามนัดดังนี้ ทำบัตรนัดหาย สับสนไม่แน่ใจเกี่ยวกับวันนัด ทำการนัดกับแพทย์ได้ยาก ไม่สามารถจะหาคนมาดูแล ลูกแทนได้ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง และปัญหาเกี่ยวกับดินฟ้าอากาศ

6.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดแหล่งทรัพยากร และค่ารักษายาบาล ไม่ใช่ว่าปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษายาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อและเจตคติ คอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงินจึงจะมีบทบาท

ต่อพฤติกรรมดังนั้น การจะจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความพร้อมในการทำนายพฤติกรรม (behavioral intention) แล้วเท่านั้น

ความสามารถในการที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล อัลเพอท (Alpert. 1964 : 127 132) กล่าวว่า ในการที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินนี้ เจ้าหน้าที่ทางด้านกายภาพ และสาธารณสุขควรจะได้ตรวจสอบ ศึกษาทุกครั้งที่ได้ให้คำแนะนำในการรักษาแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถซื้อ หรือจ่ายเงินได้ก็อาจจะสั่งยาหรือให้ได้รับบริการในราคาที่ต่ำลง หรือให้วิธีการรักษาที่แตกต่างกันถึงพบว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามก็ควรจะได้พิจารณาด้วยว่า มีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อะไรบ้างที่ควรนำมาพิจารณาด้วย เพื่อจะได้แก้ปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้จริง

6.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการสั่งการรักษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวคือ ถ้าจำนวนครั้งของการสั่งรักษามีมากขึ้น การปฏิบัติตามคำแนะนำจะลดน้อยลง แบรินด์ สมิท และเวอร์เนอร์ (Brand, Smith and Werner. 1977 : 72 - 78) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องนั้น เนื่องมาจากความยุ่งยากสลับซับซ้อนจากการสั่งยา หรือวิธีปฏิบัติหลายอย่าง เบิร์กแมน และเวอร์เนอร์ (Bregman and Werner. 1963 : 1334 - 1338) ศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการรักษาก็มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตามคำแนะนำลดลง ถ้าเวลาในการรักษายาวนานขึ้น

6.4 ความสะดวกในการใช้ยา การจัดยาให้แก่ผู้ป่วยก็มีผลต่อการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาของผู้ป่วย เชน และคนอื่น ๆ (Lane and others. 1971 : 1861 - 1868) กล่าวว่า การใช้ที่ใส่ยาที่มีที่ปิดเพื่อกันไม่ให้เด็กเปิดได้ จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาน้อยลงกว่ากลุ่มที่ให้ที่ใส่ยาที่เปิดง่าย และนอกจากนี้เภสัชกรมักจะให้ยาเม็ดไม่ครบตามแพทย์สั่งร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะที่ต้องใช้ยาครบ 10 วัน จะได้รับยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา โดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยควรจะได้ตระหนักถึงในข้อนี้และหาวิธีการที่จะตรวจสอบให้ได้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับยาในวันแรกครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งหรือไม่

7. การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลซึ่ง เฮนส์ (Haynes. 1979 : 49 - 62) กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งภายในครอบครัวจะมีผลต่อสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว และสมาชิกในสังคมที่บุคคลนั้นมีส่วนติดต่อสัมพันธ์ด้วย

ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งประมุขของนิสัยทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การแปรงฟัน การล้างมือ บิดามารดาเป็นครูคนแรกที่จะเป็นผู้สอนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวยังเป็นหน่วยสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดหรือสร้างคำจำกัดความหรือความหมายของบุคคลที่แสดงว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไรจึงจะเรียกว่า "เจ็บป่วย" และครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เพื่อนสนิท อาจจะมีส่วนช่วยให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่ก่อกำเนิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทั้งชนิดปัจจุบัน และเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคมบวกของบุคคลที่ใกล้ชิดมีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ต้องการในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น สมาชิกของครอบครัวหรือญาติมิตร อาจจะทำให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวกหรือสร้างสภาพการณ์ของความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้แรงสนับสนุนอาจจะให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการปัญหาบางอย่างหรือการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อให้เข้าใจละเอียด เกี่ยวกับผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะมีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะได้เข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือรูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ และสามารถจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รวมทั้งทราบว่าสิ่งสนับสนุนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยได้อย่างไร ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งทรัพยากรบุคคล (human resource) ที่มีอยู่ และจะให้ผู้ป่วยได้นั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการที่จะช่วยแปลเปลี่ยนความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยาวได้

มิแคเนิค (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 51 - 53 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลที่แตกต่างกัน เป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ 10 ประการ คือ

1. สิ่งที่มองเห็นและตระหนักในใจตลอดจนการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญ ๆ ของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
2. การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติ อันอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
3. ระดับของอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว
4. ความถี่และการคงที่ของอาการผิดปกตินั้น ๆ
5. ขีดความสามารถของบุคคลที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
6. ลักษณะข้อมูล ประสบการณ์ความรู้ที่บุคคลมีอยู่ ตลอดจนลักษณะการศึกษา พื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคล
7. ลักษณะของความจำเป็นหรือความต้องการขั้นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิเสธการรับรู้ อาการผิดปกติ เช่น กรณีโรคจิต โรคเรื้อน ถ้าตีความว่าป่วยด้วยโรคนี้ จะทำให้เกิดการตีตรา และเกิดความรังเกียจจากสังคม
8. ระดับการให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับปัญหาความเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่พร้อม ๆ กัน
9. ลักษณะการให้ความหมายของบุคคลต่ออาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีพื้นฐานจากการให้ความหมายของสังคมต่ออาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
10. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (accessibility) ทั้งทางด้านค่าใช้จ่าย ระยะทางความสะดวกสบาย ระยะเวลาของการรักษา ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การยอมรับในบริการ การสูญเสียทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความอาย การตีตราทางสังคม (stigma) ความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง (humiliation) และความเหินห่างทางสังคม (social distance) อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านสถานภาพสังคม และวัฒนธรรม

ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้มีผลงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาในเรื่องนี้ แมคไนท์ (Mc.Knigh. 1976 : 20 - 22) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออกมานั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยและญาติไม่ว่าจะเป็นท่าทาง สีหน้า และน้ำเสียง หรือความกระตือรือร้นที่จะให้บริการ จะเป็นผลสะท้อนให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจแตกต่างกันออกไป

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญคง. 2532 : 7 ; อ้างอิงมาจาก Aday and Andersan) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1970 โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการสุขภาพ จำนวน 4,966 คน พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ จากการศึกษาดังกล่าว อเดย์ และแอนเดอร์เซน ได้รู้ถึงพื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ ว่าได้มีการเข้าถึงประชาชน ความพึงพอใจ 6 ประเภท คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ซึ่งแยกเป็น การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ ซึ่งแยกออกเป็น

2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วยได้

2.2 แพทย์ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ

2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออخصาัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอخصาัยที่ดีท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประการ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับให้การรักษาผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

เพนชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas. 1981 : 127 - 140) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ โดยสรุปจำแนกเป็น 5 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ คือ ความพอเพียงระหว่างการบริการที่มีอยู่ กับความต้องการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง
3. ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ หรือมีประกันสุขภาพ
5. การยอมรับคุณภาพของบริการ ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

แนวทางการสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วย

แนวทางการสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น จากการศึกษาปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยจะเห็นความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดให้คนปฏิบัติในสิ่งที่พึงประสงค์ ดังนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยเหมาะสมนั้น ต้องสร้างความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ให้เกิดขึ้นในบุคคล ชนวนทอง สือสุวรรณ (2530 : 42 - 44) ได้เสนอทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย ว่า คนจะแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพเมื่อ

1. บุคคลนั้นมีความต้องการหรือค่านิยมที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บไข้หรือมีความต้องการที่จะมีสุขภาพดี

2. บุคคลนั้นมีความเชื่อว่าพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น ๆ จะช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บไข้ได้ และตนเองสามารถจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

แรกทีเดียว ทฤษฎีนี้ได้ถูกสร้างขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาทฤษฎีนี้ได้ถูกนำไปใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมอื่น ๆ อีก เช่น พฤติกรรมตอบสนองของคนไข้ต่ออาการแสดงต่าง ๆ และพฤติกรรมคนไข้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพนี้เมื่อองค์ประกอบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บไข้ (Perceived Susceptibility) หมายถึง การรับรู้ถึงโอกาสหรือความเป็นไปได้ของการเกิดโรคของแต่ละบุคคล การรับรู้เรื่องนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับโอกาสการเกิดโรคซ้ำ ความเชื่อหรือการยอมรับในวิธีการวินิจฉัยโรค ความเชื่อในโอกาสเจ็บไข้ทั่ว ๆ ไป และความเชื่อในโอกาสที่จะมีการสัมผัสได้

2. การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหากปล่อยโรคนั้นไว้โดยไม่รักษา การรับรู้เรื่องนี้จะผันแปรในแต่ละบุคคล และจะครอบคลุมตลอดไปถึงการประเมินผลเกี่ยวกับผลเสียอันต่อเนื่องมาจากการรักษาทางการแพทย์ อันได้แก่ ความตาย ความพิการ และความเจ็บปวด และผลเสียต่อเนื่องทางสังคม เช่น ผลเสียในการทำงาน ชีวิตครอบครัว และสถานภาพทางสังคม

3. การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefit) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกที่ว่าพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น ๆ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และตนเองสามารถจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากว่าแม้การยอมรับหรือการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเจ็บไข้ ซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรงและเป็นอันตราย จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่ได้เป็นเครื่องกำหนดว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน การเกิดของพฤติกรรมยังต้องอาศัยการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถทำได้ และทำแล้วจึงเกิดประโยชน์คือลดความรุนแรงของโรคได้

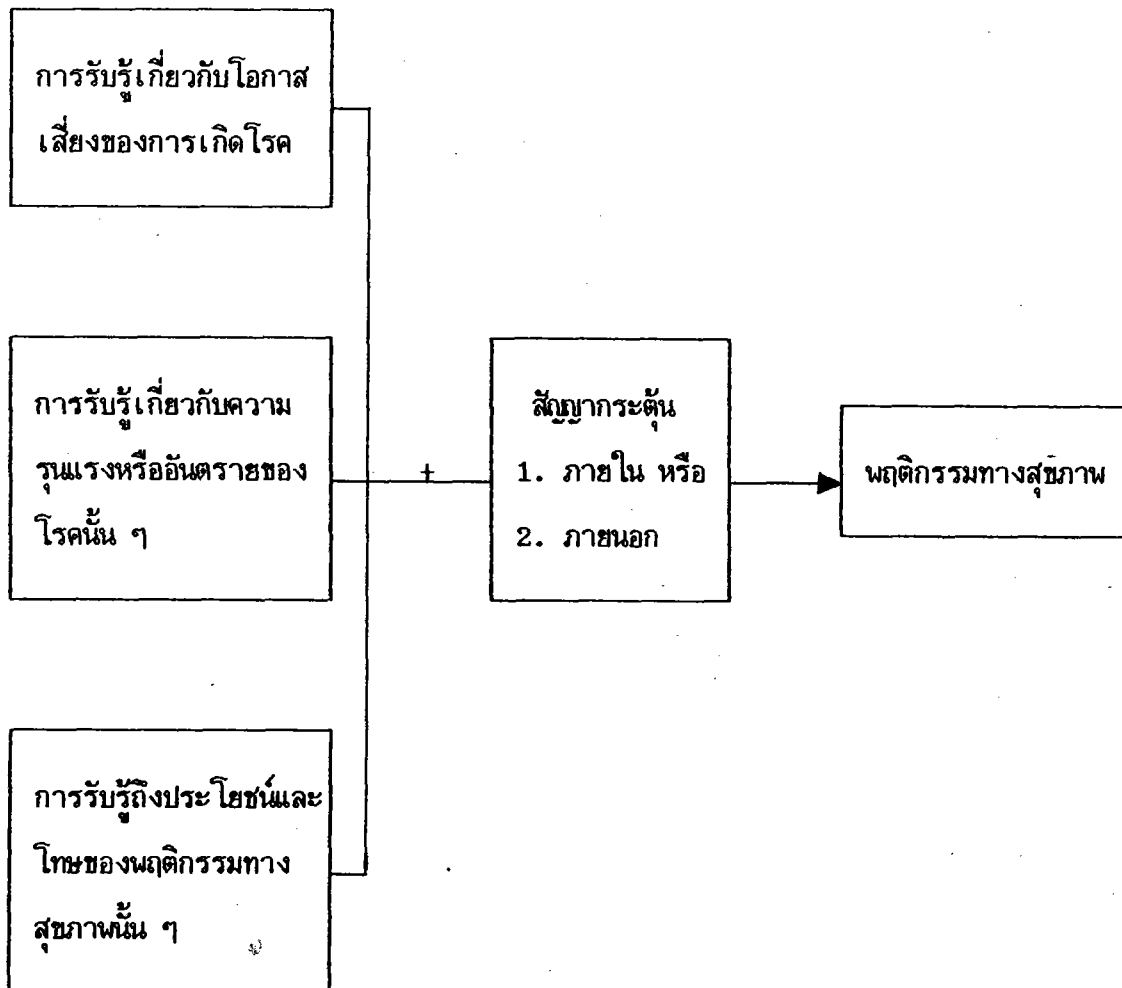
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการประกอบพฤติกรรมนั้น ๆ (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับผลในทางลบ หรือผลอันไม่พึงประสงค์ในการประกอบ

พฤติกรรมทางสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งจะเป็นเครื่องขัดขวางการเกิดของพฤติกรรมทางสุขภาพได้มาก หากบุคคลนั้นประเมินว่าผลอันไม่พึงประสงค์จากพฤติกรรมทางสุขภาพ คือ ค่าใช้จ่าย ความเจ็บป่วย การเสียเวลา และความไม่สะดวกต่าง ๆ เป็นต้น

5. การได้รับสัญญาณกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cue to action) สัญญาณกระตุ้นนี้แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ สัญญาณกระตุ้นจากภายในร่างกาย เช่น อาการผิดปกติทางร่างกายต่าง ๆ และสัญญาณกระตุ้นจากภายนอกร่างกาย เช่น ข่าว หรือการประชาสัมพันธ์ โฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ การติดต่อพูดคุยระหว่างบุคคล หรือการส่งจดหมายเตือนจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เป็นต้น

การรับรู้ทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของพื้นฐานทางครอบครัว การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และประสบการณ์เกี่ยวกับโรค หรือพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น ๆ

โดยสรุป ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพจะมีองค์ประกอบและโครงสร้างเป็นดังแผนภาพต่อไปนี้



แหล่งที่มา : ชนวนทอง สื่อสุวรรณ. ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ. เอกสารประกอบคำบรรยาย
เรื่องทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ จัดโดยสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 22 สิงหาคม 2532.
อัคราเนนา.

เมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพนั้น การเกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น จะมีขึ้นหรือไม่ เป็นการตัดสินใจของบุคคลเอง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงความเชื่อสู่การปฏิบัติเป็น กระบวนการที่ต่อเนื่องกันดังต่อไปนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 20 - 27) คือ

1. การรับรู้หรือการให้ความสนใจ

ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมที่จะรับสิ่งเร้านั้นหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของ "สภาพจิตใจ" ขั้นแรกที่จะนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป แต่เนื่องจากคนเรามีประสบการณ์เดิม หรืออาจจะได้จากการเรียนรู้ชนิดเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ จากประสบการณ์เดิมนั้นเอง บุคคลนั้นอาจจะมีสภาพจิตใจในขั้นของการรับรู้หรือการให้ความสนใจอยู่พร้อมแล้วโดยไม่ต้องถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นก็ได้

ในขั้นของการรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้ บุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะ คือ

1.1 เกิดความตระหนัก ถูกผิด หรือเกิดความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี หรือการได้ถูกผิดเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น

1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้นนั้น

1.3 การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ โดยบางบุคคลจะเลือกในสิ่งที่ทำ ความพอใจมาให้ และจะไม่รับในสิ่งที่เขาไม่ชอบ

2. การตอบสนอง

เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่ง บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น เกิดความยินยอม เต็มใจและพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้น ยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่า บุคคลนั้นมีเจตคติหรือค่านิยมต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้น ๆ อย่างไร

3. การให้ค่า

เป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับ หรือรับรู้สิ่งนั้นเป็นคุณค่าสำหรับเขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

4. การจัดกลุ่มคำ คือ

บุคคลเกิดค่านิยมต่าง ๆ ขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เกิดขึ้นนั้นจะมีหลายชนิด จึงมีความจำเป็นจะต้องจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

5. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

พฤติกรรมในขั้นนี้อาจจะแสดงให้เห็นได้โดยบุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือคติกฎต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน จะเห็นว่าก่อนที่จะตัดสินใจเกิดในตัวบุคคลนั้นบุคคลจะต้องผ่านภาวะอื่น ๆ มาก่อน คือ ความสนใจ และความพอใจ และเมื่อเกิดเจตคติและค่านิยมแล้ว จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลนั้น ดังแสดงในภาพประกอบ 3

	1.1 ความตระหนัก (Awareness)	1. การรับ (Receiving or Attending)
	1.2 ยินดีหรือเต็มใจรับ (Willingness to receive)	
	1.3 เลือกรับ (Controlled or selected attention)	
	2.1 ยินยอมในการตอบสนอง (Acquiescence in Responding)	2. การตอบสนอง (Responding)
	2.2 เต็มใจที่จะตอบสนอง (Willingness to Response)	
	2.3 พอใจในการตอบสนอง (Satisfaction in Response)	
	3.1 ยอมรับค่า (Acceptance of a Value)	3. การให้ค่า (Valuing)
	3.2 ความชอบในค่านิยม (Preference for a Value)	
	3.3 การผูกมัด (Commitment)	
	4.1 เกิดแนวความคิดในค่านิยมนั้น (Conceptualization of a Value)	4. การจัดกลุ่มค่า (Organization)
	4.2 จัดระบบของค่านิยม (Organization of a Value System)	
	5.1 วางหลักทั่วไปหรือสรุปค่านิยมต่าง ๆ (Generalized Set)	5. การแสดงลักษณะ ตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value)
	5.2 แสดงลักษณะตามค่านิยม (Characterization)	

แหล่งที่มา : ประภาณี สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2527 : 123 - 124) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเจ็บป่วย โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) การเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ เพราะถูกสังคมบังคับให้เปลี่ยน ในลักษณะของระเบียบ กฎข้อบังคับ หรือกฎหมาย หรือการบังคับจากตัวบุคคลโดยตรง ส่วนแนวคิด ความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง
2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเอาแบบอย่าง (Identification) เป็นการเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลมองเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งดี การเปลี่ยนแปลงแบบนี้จะเกิดขึ้นชั่วระยะหนึ่งหรืออาจจะถาวรก็ได้

จากการเอาแบบอย่างนี้ การปฏิบัติ เจตคติ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งที่มาเร้าให้เกิดการเอาแบบอย่างนั้นว่าเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจ ความเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี (Internalization) การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้ยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงกับแนวคิด ค่านิยม ความต้องการ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการปฏิบัติแล้ว ความรู้และเจตคติของบุคคลในเรื่องนั้น ๆ จะเปลี่ยนแปลงด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเจ็บป่วยที่พึงประสงค์ต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ ซึ่งจะทําให้แก้ปัญหาสุขภาพได้มาก

3. สุขศึกษากับการแก้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรม การเจ็บป่วย

ความสำคัญของสุขศึกษาต่อการแก้ปัญหาสุขภาพ

สุขศึกษาเป็นกระบวนการของการจัดประสบการณ์เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นทั้งมาตรการในการป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดปัญหาสุขภาพ และเป็นมาตรการทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ปัญหาสุขภาพของคนไทยส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลไม่ว่าจะมีการบริการด้านการรักษาที่ดีเพียงใด โดยการสร้างโรงพยาบาลขึ้นครบทุกอำเภอ ปัญหา

สุขภาพของคนไทยก็คงมีอยู่ตลอดไปและมีอยู่ด้วยโรคเดิมที่ทำให้คนเจ็บป่วยชั่วอยู่ตลอดเวลา ความสำคัญของสุขภาพต่อการแก้ไขปัญหสุขภาพ อาจสรุปให้เป็นประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์. 2527 : 30 - 32) คือ

1. เป็นการสนองตอบความต้องการอยากรู้อยากเห็นของประชาชนในเรื่องสุขภาพของตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องสนองตอบโดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับประชาชน
2. เป็นการแก้ไขปัญหาดโดยตรงของประชาชนโดยให้การศึกษากับประชาชน เพื่อจะให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหสุขภาพของตนเอง หรือครอบครัว ชุมชนเพื่อจะได้ยอมรับสภาพของปัญหา ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขปัญหาดต่อไป
3. เป็นการลดจำนวนประชาชนที่ไปโรงพยาบาลเพื่อการปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการวางแผนครอบครัว ถ้าประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวแล้ว ก็ไม่มีความจำเป็นต้องไปโรงพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำในเรื่องนั้นซึ่งเป็นการลดจำนวนผู้ไปรับบริการไปในตัว
4. เป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าสภาพความเจ็บป่วยของคนไทยสามารถป้องกันได้ ถ้าให้สุขภาพที่ดีพอ
5. เป็นการแก้ไขปัญหาดในระยะยาวของชุมชน เนื่องมาจากการศึกษาเป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาดสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน การให้บริการรักษาโรคนั้นเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ ไม่ได้ทำให้สาเหตุหมดไปได้ ปัญหาดนั้นยังคงมีอยู่ในชุมชนต่อไป เมื่อ 50 ปีก่อนคนไทยเป็นโรคนั้น โรคพยาธิเท่าใด ขณะนี้โรคทั้ง 2 ยังคงมีอยู่ แต่อาจลดจำนวนลงบ้าง โดยเฉพาะโรคพยาธิ ถ้าประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคนั้นแล้ว ปัญหาดของโรคนั้นก็จะค่อย ๆ ลดลงไป และในระยะยาวปัญหาดนี้อาจหมดไปจากประเทศไทยในที่สุด
6. เป็นการลงทุนที่คุ้มค่ากับการแก้ไขปัญหาด ในกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างการให้บริการด้านการรักษาโรคกับการป้องกันโรคโดยกระบวนการศึกษา แม้ว่าจะยังไม่สามารถหาตัวเลขที่ยืนยันได้อย่างแน่นอนว่า มาตรการทางสุขภาพนั้นประหยัดรายจ่ายเท่าไร แต่จากการมองดู

สภาพความเป็นจริง การรักษาจะต้องลงทุนมหาศาลในด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือเวชภัณฑ์ และที่สำคัญคือบุคลากร ส่วนการศึกษามีความต้องการอาคารสถานที่น้อยกว่า ต้องการเครื่องมืออุปกรณ์น้อยกว่า ที่สำคัญคือเวลาและเงินทุนที่ใช้ในการผลิตบุคลากรน้อยกว่าแพทย์เป็นอันมาก ดังนั้นโดยเฉลี่ยแล้วการลงทุนเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดโรคย่อมจะต้องต่ำกว่าการลงทุนเพื่อรักษาคนให้หายจากการเป็นโรค

ทั้งหมดเป็นความสำคัญของศึกษาต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดได้กล่าวเพียงความสำคัญในประเด็นเดียวคือเรื่องการเจ็บป่วย สุขศึกษายังมีความสำคัญต่อประเทศชาติมาก ในการพัฒนาประเทศด้วย เพราะถ้าประชาชนเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก ประเทศก็ต้องเสียงบประมาณในจำนวนมหาศาลเพื่อการรักษาหรือการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน

มาตรการการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

การแก้ไขปัญหาสุขภาพ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์ (2527 : 27 - 29) ได้เสนอมาตรการแก้ไขปัญหาสุขภาพไว้ดังนี้ คือ

1. มาตรการด้านการรักษา เป็นวิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเมื่อบุคคลเกิดปัญหาด้านการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ เมื่อมีอาการดังกล่าวบุคคลก็จะไปรับบริการด้านการรักษา เช่น ปวดศีรษะ แขน ขาหัก มาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพก็คือ การให้การรักษา ซึ่งเมื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแล้ว ก็จะสามารถให้การรักษาตามอาการถูกต้องเมื่อให้การรักษาไปแล้ว ผู้ป่วยบางคนก็จะหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นประสบผลสำเร็จ แต่มาตรการดังกล่าวนี้เป็นมาตรการแก้ไขที่ปลายเหตุ คือเมื่อมีสุขภาพไม่ดีแล้วจึงทำการแก้ไข ในบางรายมาตรการนี้อาจไม่สามารถใช้ได้ผลดีเพราะความรุนแรงของโรค ถ้ารักษาไม่ทันก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ มาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพนี้รัฐบาลได้ดำเนินการเป็นเรื่องสำคัญ โดยมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะให้การรักษาแก่ผู้เจ็บป่วย โดยการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด และตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 สร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ ใน พ.ศ. 2529 (โรงพยาบาล 10 เตียง)

2. มาตรการด้านการศึกษา มาตรการนี้มุ่งหนักไปทางการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นหรือเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีกในสาเหตุเดิม ทั้งนี้โดยยึดหลักที่ว่า บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เมื่อมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับบุคคล ซึ่งบุคคลที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาตรการทางการศึกษานี้ถือว่าเป็นมาตรการที่ได้ผลดีที่สุดในระยะยาวเพราะเมื่อเทียบในด้านการลงทุนแล้วไม่สูงเหมือนกับมาตรการแรก ทั้งนี้เพราะระบบการให้การศึกษา นั้น สามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบของการศึกษาที่มีชั้นเรียน หรือไม่มีชั้นเรียน ความรู้ทางด้านสุขภาพสามารถนำเข้าไปไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนและนักศึกษาได้ บุคลากรต่าง ๆ ในสถานศึกษาสามารถที่ช่วยในการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี วัสดุอุปกรณ์เพื่อการเรียนการสอนพอประมาณ ซึ่งสามารถทำให้การศึกษาเป็นไปได้

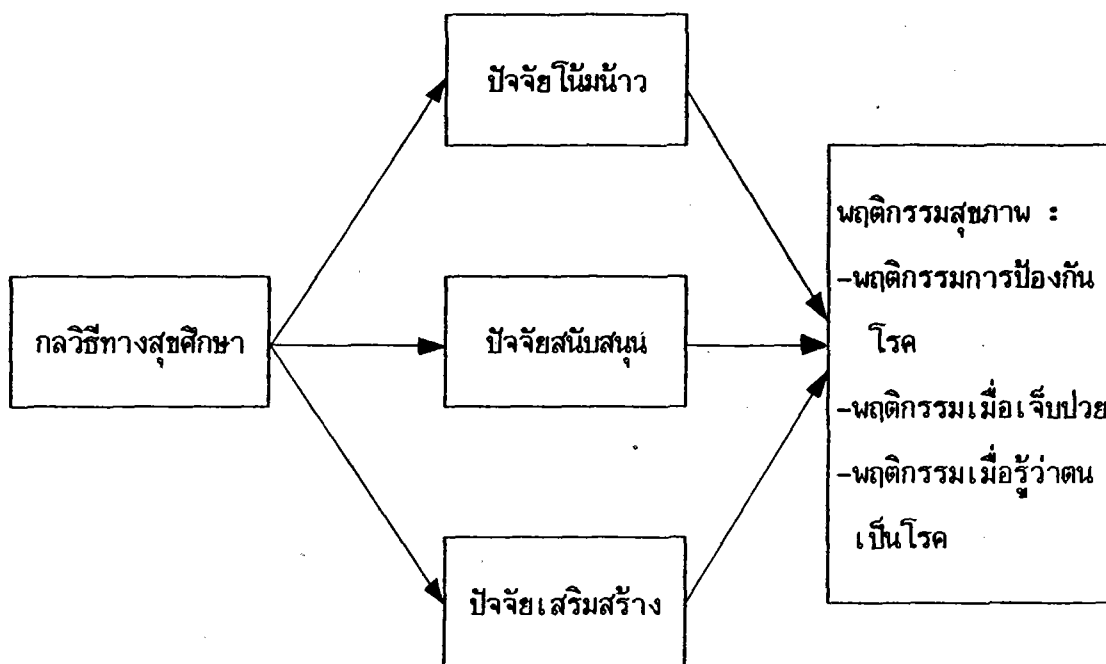
มาตรการด้านการศึกษานี้ เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว ย่อมทำให้ได้ผลคุ้มค่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้มีการนำเอามาตรการนี้ไปใช้กับเด็กนักเรียนและเยาวชน ซึ่งจะต้องมีชีวิตอยู่อีกยาวนาน ถ้าเด็กได้มีการแก้ไขพฤติกรรมที่ผิด ๆ หรือ ได้มีการปลูกฝังพัฒนาพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะเยาว์วัยแล้ว ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลก็จะหมดไป ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามาตรการนี้เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่จะนำมาแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ถึงแม้ว่าผลสำเร็จของการแก้ไขนั้น ในบางครั้งอาจจะต้องใช้เวลานาน

3. มาตรการด้านกฎหมาย ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพนอกจาก 2 มาตรการข้างต้นใช้ไม่ได้ผล ยังมีมาตรการทางด้านกฎหมายเข้าช่วยในการแก้ไขด้วย ซึ่งทางกฎหมายในที่นี้รวมทุกอย่างทั้งข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคคล ซึ่งจะออกมาในรูปให้บุคคลกระทำหรืองดเว้นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการป้องกันโรค การควบคุมโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน สำหรับประเทศไทยได้มีกฎหมายสาธารณสุขขึ้น ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ แต่ในสภาพความเป็นจริง การบังคับบุคคลให้ทำตามกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ ไม่มีอย่างแท้จริง และไม่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคลและชุมชนเป็นไปด้วยความยากลำบาก

ศึกษากับพฤติกรรมการเจ็บป่วย

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2528 : 131 - 133) ได้กล่าวถึงเรื่องพฤติกรรมสุขภาพว่า การที่จะทำให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น พฤติกรรมการเจ็บป่วย ของบุคคลตามปกติไม่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายเหมือนอย่างที่เราเข้าใจกันอยู่ในขณะนี้ การให้ความรู้ เพียงอย่างเดียวไม่อาจจะทำให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยในเรื่องที่ต้องการได้

ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ อยู่หลายประการด้วยกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกได้ 3 ลักษณะด้วยกันคือ ปัจจัยที่ช่วยโน้มน้าวบุคคล ให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Predisposing Factors) ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Enabling Factors) และปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Reinforcing Factors) ดังภาพประกอบ 4



ที่มา : ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. "การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน. กระบวนการ วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," สุศึกษา. 8(29) : 24 - 26 ; มกราคม - เมษายน 2528.

ปัจจัยโน้มน้าว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ เจตคติและค่านิยมของบุคคล ที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว มักได้รับการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อม หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยกลวิธีทางสุศึกษาแบบต่าง ๆ เช่น การเรียนสุศึกษาในชั้นเรียน การได้รับความรู้เรื่องสุภาพจากสุศึกษาในสถานบริการและในชุมชน

ปัจจัยสนับสนุนเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต่าง ๆ ได้มีบริการอุปการณ์ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบพฤติกรรมอยู่เพียงพอ และมีโอกาสที่จะใช้บริการหรืออุปการณ์รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่และจัดหาไว้ให้อย่างทั่วถึง ตัวอย่างเช่น ปัจจัยสนับสนุนของพฤติกรรมการเจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพของตน ได้แก่ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนและโอกาสที่จะใช้บริการต่าง ๆ เหล่านั้น การที่จะให้เกิดพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด ก็จะต้องมีถังขยะและระบบการเก็บรวบรวมขยะให้ทั่วถึง หรือการที่จะทำให้ชาวบ้านในชนบทมีพฤติกรรมการเจ็บป่วย ที่เกี่ยวกับโภชนาการได้อย่างเหมาะสมก็จำเป็นต้องมีแหล่งอาหารหรือแหล่งผลิตอาหารในท้องถิ่นอย่างเพียงพอมาเป็นปัจจัยสนับสนุน เป็นต้น

ปัจจัยเสริมสร้าง เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในกระบวนการสุศึกษา นอกเหนือไปจากปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ปัจจัยเสริมสร้างในที่นี้ได้แก่ ปัจจัยเกิดจากการกระทำของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งในทางตรงและทางอ้อม ตัวอย่างเช่น การปลุกฝัง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเจ็บป่วยในเรื่องต่าง ๆ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชน ปัจจัยเสริมสร้างที่สำคัญ ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง ครู บุคลากรอื่น ๆ ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนมักเรียนด้วยกัน รวมทั้งบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมในสังคมภายนอกบ้านและโรงเรียนด้วย บุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการปลุกฝังพฤติกรรมการเจ็บป่วยในแง่ของการอบรมสั่งสอน การกระตุ้นเตือน ชี้แนะ จูงใจให้เกิดการกระทำหรือพร้อมที่จะกระทำในสิ่งที่จะนำไปสู่การมีสุภาพหรือพฤติกรรมการเจ็บป่วยตามเป้าหมาย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน แต่มีการวิจัยในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

โรเซนสตอค เดอริเบอรี่ และคาร์ริเจอร์ (Rosenstock, Derryberry and Carriger. 1959 : 98 - 102) ได้ศึกษาถึงสาเหตุที่ประชาชนไม่ยอมไปรับวัคซีนป้องกันโปลิโอ เพราะมีสาเหตุ 2 ประการคือ ความพร้อมของประชาชนและอิทธิพลของสังคมนั้น สาเหตุมาจากความกดดันของสังคม อาจมาจากผู้ที่เขานับถือหรือมีความสำคัญต่อเขา เช่น หมอประจำครอบครัว หรือจากความสะดวกสบายที่ควรจะได้รับ

เจลโซ และรีฟเวอร์ส (Jalso and Rivers. 1965 : 263 - 268) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็น และการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของกลุ่มประชาชน 340 คน ในรัฐนิวยอร์กซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในอายุ ระดับการศึกษา และเพศ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีทั้งให้ผู้ตอบได้ตอบเองและให้ผู้เชี่ยวชาญสัมภาษณ์ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสูง (0.63) ระหว่างคะแนนของความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติทางด้านโภชนาการซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นทำให้เกิดการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ และถ้าการศึกษาสูงขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและการปฏิบัติที่มีเหตุผลขึ้นด้วย

เดนนิสัน (Denison. 1969 : 731 - 735) ได้ทำการวิจัยเรื่องความแตกต่างในสุขปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะต่ำ และนักเรียนที่มีฐานะปานกลาง ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา อัลเบิร์ต และแกลลาติน ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ทำการศึกษาในเรื่องต่อไปนี้ 10 เรื่อง คือ โภชนาการ สุขภาพจิต สุขภาพในครอบครัว โรคติดต่อ สวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล สุขภาพชุมชน สุขภาพฟัน สันทนาการ และการพักผ่อน จากผลการวิจัยพบว่าโดยส่วนรวมสุขปฏิบัติของนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมาก แต่มีความแตกต่างกันในบาง

เรื่อง คือ นักเรียนที่มีฐานะปานกลางจะมีสุขปฏิบัติอย่างมากในเรื่องโภชนาการและสุขภาพจิต ส่วนนักเรียนที่มีฐานะต่ำ จะมีสุขปฏิบัติอย่างมากในเรื่องสวัสดิรักษา การปฐมพยาบาล และสุขภาพฟัน

เบอร์ช (Boesch. 1972 : 71 - 79) แพทย์ชาวเยอรมัน ได้ทำการวิจัยในประเทศไทยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 1970 - มิถุนายน 1971 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 4 แห่ง สถานีอนามัยขึ้นทั้งอีก 1 แห่ง และสัมภาษณ์ผู้ป่วย 154 ราย แพทย์ 28 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล เช่น การตรวจต้องเสียเวลานาน เจ้าหน้าที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ไม่อธิบายผลการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ ต้องเสียค่ารักษายาพยาบาลแพง แต่ได้ยาที่มีคุณภาพต่ำ

โคเบิร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) ได้สำรวจคนงานชายในเมืองวิคตอเรียของรัฐโคโลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย ได้แก่ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การรับภูมิคุ้มกันโรค ขนาดของครอบครัวและการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของเด็ก ผลการสำรวจพบว่า รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

วิคเตอร์ (Victor. 1977 : 5364) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของครอบครัว ขนาดของครอบครัว ความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย ตลอดจนการได้รับภูมิคุ้มกันโรคกับระดับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในสหรัฐอเมริกาซึ่งผลการศึกษาพบว่า ทุกองค์ประกอบของสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน และความเจ็บป่วยของเด็ก นอกจากนั้นโอกาสด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านฐานะทางสังคมด้วย

งานวิจัยในประเทศไทย

สายใจ คัมชนาบ (2515 : 18 - 128) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,476 ครอบครัว ในทุกภาคของประเทศไทย ผลการวิจัยปรากฏว่า ชาวชนบทมีการปฏิบัติทางด้านอนามัยโดยทั่ว ๆ ไปไม่ถูกสุขลักษณะเท่าที่ควร เช่น ด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ชาวชนบทส่วนใหญ่ไม่มีส่วนใช้ ดื่มน้ำที่

ไม่สะอาด ไม่ใช่แปรงสีฟัน ไม่สวมรองเท้าไปโรงเรียน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคม คือ การศึกษาและอาชีพ พบว่า ครอบครัวที่หัวหน้ามีการศึกษา และประกอบอาชีพรับราชการมีการปฏิบัติดีกว่าครอบครัวที่หัวหน้าไม่มีการศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม และผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีการปฏิบัติดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

เตือนใจ อินสุโสมมา (2517 : 114 - 115) ได้ศึกษาครอบครัวของเด็กป่วยที่ได้เข้ามารับการรักษาแบบไม่เสียเงินที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 207 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาของเด็กป่วยเหล่านี้มีการศึกษาต่ำ มารดาส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมชั้นหวาน ขาดการปฏิบัติด้านการป้องกันโรคแก่เด็กโดยเฉพาะการป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ จึงสรุปได้ว่าลักษณะการเลี้ยงดูบุตรของมารดาเด็กป่วยและโครงสร้างทางครอบครัวมีแนวโน้มทำให้บุตรเจ็บป่วย

มุกดา ตฤณานนท์ (2519 : 69 - 74) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า จำนวนผู้ป่วย 100 ราย ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุ นั้นจากการติดตามผู้ป่วยพบว่า เป็นไข้ไทฟอยด์ 51 ราย คือร้อยละ 51 ซึ่งนับว่าเป็นอัตราสูงมาก และได้ศึกษาทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยของภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 113 ราย พบว่าโรคนี้เป็นในกลุ่มอายุ 12 - 19 ปี ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 20.3 จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้อาการของโรคยังมีอยู่ เนื่องจาก

1. ได้รับการศึกษาที่ไม่ถูกต้อง โดยได้รับยาปฏิชีวนะในระยะเวลานั้น 3 - 4 วัน ก็เปลี่ยนเป็นอย่างอื่นต่อไป
2. ซื้อยารับประทานเองตามร้านขายยาเป็นชุด ๆ ได้ยาที่ไม่ถูกต้องในการรักษาทั้งขนาดและระยะเวลา
3. ได้รับการรักษาถูกต้องทั้งขนาดและระยะเวลา แต่ซื้อตัวยาล
4. ผู้ป่วยที่พบว่ามีอาการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่เป็นพวกที่รักษาไม่ถูกต้องและมาพบแพทย์เมื่อเป็นมานานแล้ว

กัลยา นาคเพ็ชร (2521 : 115 - 118) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลค้างพลู อำเภอนิคมไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าระดับการศึกษาและอาชีพของมารดาที่แตกต่างกัน มีผลทำให้เจตคติของมารดาต่อประเพณีและความเชื่อในการบริโภคแตกต่างกัน ซึ่งทำให้นิสัยในการบริโภคของเด็กแตกต่างกัน นิสัยในการบริโภคของเด็กกับนิสัยการบริโภคของมารดามีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาหารที่เด็กบริโภค นิสัยในการบริโภคและภาวะโภชนาการของเด็กมีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ขนาดของครอบครัว และระดับอายุของเด็กมีผลทำให้ปริมาณอาหารที่เด็กบริโภคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภุชงค์ กุลทลบุตร (สุรี ภัทรรักษวงศ์. 2532 : 29 ; อ้างอิงมาจาก ภุชงค์ กุลทลบุตร. 2524 : 150 - 157) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยของประชาชนในเขตหมู่บ้านประมง โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวของชาวประมงในจังหวัดระยอง เพชรบุรี และพังงา จำนวน 638 คน ผลการศึกษพบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัย คือ หัวหน้าครอบครัวที่มีรายได้สูง และมีการศึกษาสูงมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำในด้านประชากรพบว่า หัวหน้าครอบครัวที่มีบุตรน้อย มีการปฏิบัติที่ดีกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีบุตรมาก ส่วนด้านโครงสร้างของครอบครัวและศาสนา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวน้อยมาก

สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคนอื่น ๆ (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญคง. 2532 : 9 ; อ้างอิงมาจาก สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคนอื่น ๆ. 2524) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการให้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลางที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2521 - เมษายน 2522 โดยใช้วิธีการสังเกตรวบรวมข้อมูล 3,377 ครอบครัว พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้สถานอนามัยที่สามารถเดินทางไปได้สะดวก และตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญอันดับแรกที่ประชาชนจะเลือกใช้บริการ ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถและอัธยาศัยของผู้ให้บริการ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการมารับหรือไม่รับบริการในสถานบริการของรัฐ

สารเนตร ไวกุล และอุดม ช่มชัญ (2526 : 1097 - 1099) ได้ศึกษาเจตคติและปัจจัยในการเกิดเจตคติของประชาชน ในเขตจังหวัดสงขลา และบริเวณใกล้เคียง ต่อการรักษาโรคกระดูกหักและข้อเคลื่อนในประชาชน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน ได้แก่ ประชาชนที่อยู่ในเขตจังหวัดและอำเภอใหญ่ ประชาชนในเขตอำเภอเล็ก ประชาชนในระดับหมู่บ้าน และผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันบ้างในด้านเจตคติระหว่างประชาชนในแต่ละกลุ่ม โดยสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การที่มีความรู้สึกและความเชื่อถือที่ไม่ดีนั้น มีสาเหตุมาจากค่าเล่าเรียนหรือค่าบอกเล่าไปในทางที่ไม่ดี ส่วนประสบการณ์ของตัวผู้ถูกสัมภาษณ์เองที่ว่า แพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่ดีในบางที่ โดยเฉพาะในเขตที่ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง การเดินทางมารับการรักษาไม่ใช่ปัญหาที่สำคัญ ค่าใช้จ่ายในการรักษามีปัญหบ้าง รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันบางแห่งสิ้นเปลืองกว่าแพทย์แผนโบราณ แพทย์ต้องปรับปรุงในท่าทีและอัธยาศัย ตลอดจนการสื่อความหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาให้ถ่องแท้ แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือแพทย์ต่างจังหวัดให้มากขึ้น การศึกษาด้านอื่น ๆ เช่น ระดับการศึกษาของผู้ถูกสัมภาษณ์ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 62.0 มีเจตคติที่ดีต่อการรักษาในแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนกลุ่มที่มีความรู้ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 มีเพียงร้อยละ 38.0 ที่มีเจตคติที่ดีต่อการรักษาในแพทย์แผนปัจจุบัน

สุริยพร มะเก (2528 : 62 - 65) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดยะลา ผลการศึกษพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยเฉลี่ยมีเจตคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยทางด้านศาสนา อาชีพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความรู้ทางด้านสุขภาพของครูผู้สอน มีผลต่อเจตคติด้านสุขภาพของนักเรียน

อนงค์ นานิชประมวงค์ (2529 : 2) ได้ทำการศึกษพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้น การที่จะให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จึงควรให้ความรู้และการศึกษาทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้ และมีเจตคติที่ดี หรือมีความเชื่อที่ถูกต้องและโน้มน้าวนำไปปฏิบัติ

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร ผลดวง (2532 : 77 - 78) ได้ศึกษา ความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่ำในด้านความสะดวก ได้แก่ ความพร้อมในการให้บริการการจัดระบบให้บริการของโรงพยาบาล มนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล การพูดจาของเจ้าหน้าที่ ความสนใจเอาใจใส่จากแพทย์ อุปกรณ์การรักษา ได้แก่ ความพร้อมของอุปกรณ์ในการให้การรักษาพยาบาลทันทั่วทั้งที่ ประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ การประสานงาน ได้แก่ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ต้องการ ระบบในการประสานงาน ความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการประสานงาน เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน คุณภาพของบริการ ได้แก่ ความสามารถของแพทย์ คุณภาพของยาและประสิทธิภาพของอุปกรณ์การรักษาที่มีอยู่ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการให้คำแนะนำหรืออธิบายแก่ผู้ป่วย การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วยโดยแพทย์ การให้คำแนะนำหรืออธิบายปัญหาต่าง ๆ จากพยาบาล และผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้งเมื่อเกิดความสงสัย

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบริโภคนิสัยหรือการปฏิบัติตัวด้านอนามัยต่าง ๆ ในเรื่องการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย การปฏิบัติขณะเจ็บป่วย ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ พฤติกรรมการเจ็บป่วยก็เช่นกันจะขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายประการไม่ว่าจะเป็นความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้มารับบริการชายและหญิง จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน
2. ผู้มารับบริการที่มีระดับอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน
3. ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่ำ

4. ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่ำ
5. ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน
6. ผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีขนาดแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน
7. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษายาบาลทั่วถึง จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษายาบาลไม่ทั่วถึง
8. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเหมาะสม จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลไม่เหมาะสม
9. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษายาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษายาบาลยุ่งยากซับซ้อน
10. ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยา จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา
11. ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ซึ่งมีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี

จำนวนประชากร ผู้วิจัยได้จากสถิติผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปีงบประมาณ 2533 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2532 - กันยายน 2533 โดยเฉลี่ยจำนวน 13,983 คนต่อเดือน ดังที่แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกตามแผนก รายเดือนและเฉลี่ยต่อเดือน ตุลาคม 2532 - กันยายน 2533

ที่	แผนก	จำนวนผู้ป่วย (คน)												เฉลี่ย/ เดือน
		2532	2533	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมษ.	พค.	มิย.	กค.	
1	อายุรกรรม	4,553	4,767	4,496	5,185	4,020	4,366	3,916	4,389	4,552	5,222	5,889	4,974	4,694
2	ศัลยกรรม	2,154	1,756	2,056	1,905	1,960	2,182	2,091	2,073	2,031	2,183	2,259	1,959	2,051
3	ออร์โธปิดิกส์	1,430	1,075	1,039	1,347	1,305	1,437	1,227	1,265	1,339	1,425	1,522	1,360	1,315
4	นรีเวช	1,550	1,155	1,061	1,486	1,264	1,511	1,181	1,092	1,243	1,370	1,406	1,165	1,290
5	ผกศรกรรม	1,537	1,417	1,323	1,367	1,238	1,437	1,246	1,488	1,483	1,560	1,618	1,338	1,421
6	ผิวหนัง	690	675	582	848	800	823	585	583	514	473	554	391	627
7	ตา	988	789	702	843	784	933	904	1,144	837	817	1,051	842	886
8	หู คอ จมูก	859	680	635	736	733	688	602	907	753	889	927	789	761
9	ฟัน	1,123	789	764	936	771	912	962	1,218	894	971	1,054	867	938
รวม		14,884	13,101	12,658	14,653	12,875	14,289	12,714	14,159	13,649	14,840	16,290	13,685	13,983

แหล่งที่มา : แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane. 1969 : 886) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ดังสูตร

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\
 &= \frac{13,938}{1 + (13,938)(.05)^2} \\
 &= \frac{13,938}{35.845} \\
 &= 389
 \end{aligned}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 389 คน

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแผนกที่ให้บริการรักษาพยาบาล

ที่	แผนก	ประชากร (จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	อายุรกรรม	4,694	131
2	ศัลยกรรม	2,051	57
3	ออร์โธปิดิกส์	1,315	36
4	นรีเวช	1,029	36
5	ฝากครรภ์	1,421	40
6	ผิวหนัง	627	17
7	ตา	896	25
8	หู คอ จมูก	716	21
9	ฟัน	938	26
	รวม	13,983	389

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

วิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้มารับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ขนาดของครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในปัจจัยแวดล้อมในด้านความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ความซับซ้อนของการรักษายาบาล ความสะดวกในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นการถามความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงและผู้มารับบริการประสบเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นการถามการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2

ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต ถ้ากลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

เห็นด้วย ให้คะแนน 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 0 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

เห็นด้วย ให้คะแนน 0 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 1 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3

ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต ถ้ากลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

ปฏิบัติประจำ	ให้คะแนน	2	คะแนน
--------------	----------	---	-------

ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
-----------------	----------	---	-------

ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0	คะแนน
------------	----------	---	-------

ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

ปฏิบัติประจำ	ให้คะแนน	0	คะแนน
--------------	----------	---	-------

ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
-----------------	----------	---	-------

ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	2	คะแนน
------------	----------	---	-------

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีความหมายเชิงนิเสธและนิเสธให้ได้ เนื้อหาครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขเพื่อดูความถูกต้อง ตลอดจนความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า .50 ถือว่าใช้ได้
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่เป็นประชากรแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนน และหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนสูงและกลุ่มคะแนนต่ำ ใช้ t -test 25 % ของเอ็ดเวิร์ด (Edward. 1957 : 152) ทดสอบนัยสำคัญของคำถามแต่ละข้อ ข้อใดมีค่า t เท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ถือว่ามีอำนาจจำแนกสูง
6. นำแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดย

ใช้วิธีของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) หาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ถ้าปรากฏว่าได้ค่า α มากกว่า .60 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบก่อนเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ และวิธีสัมภาษณ์

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชนผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในเวลาราชการ วันละ 20 คน โดยแบ่งเป็นแผนก ๆ ดังต่อไปนี้

อายุรกรรม	7 คน
ศัลยกรรม	3 คน
ออร์โธปิดิกส์	2 คน
นรีเวช	2 คน
ผกศรกรรม	2 คน
ผิวหนัง	1 คน
ตา	1 คน
หู จมูก คอ	1 คน
ฟัน	1 คน

3. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์

การจัดกระทำกับข้อมูล

1. ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกแจงแบบสัมภาษณ์ออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 คำนวณค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
4. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 คำนวณค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วจัดกลุ่มในแต่ละหมวดตามเกณฑ์ต่อไปนี้

หมวดที่ 1	ความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล
0.51 - 1.00	หมายความว่า การบริการรักษายาบาลทั่วถึง
0 - 0.50	หมายความว่า การบริการรักษายาบาลไม่ทั่วถึง
หมวดที่ 2	ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล
0.51 - 1.00	หมายความว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเหมาะสม
0 - 0.50	หมายความว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลไม่เหมาะสม
หมวดที่ 3	ความซับซ้อนของการรักษายาบาล
0.51 - 1.00	หมายความว่า การรักษายาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน
0 - 0.50	หมายความว่า การรักษายาบาลยุ่งยากซับซ้อน
หมวดที่ 4	ความสะดวกในการใช้ยา
0.51 - 1.00	หมายความว่า มีความสะดวกในการใช้ยา
0 - 0.50	หมายความว่า ไม่มีความสะดวกในการใช้ยา
หมวดที่ 5	การสนับสนุนทางสังคม
0.51 - 1.00	หมายความว่า สังคมให้การสนับสนุน
0 - 0.50	หมายความว่า สังคมไม่ให้การสนับสนุน

5. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 คำนวณค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วประเมินค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159) ดังต่อไปนี้

1.34 - 2.00 หมายความว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี

0.67 - 1.33 หมายความว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับพอใช้

0 - 0.66 หมายความว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ (t - test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 7, 8, 9, 10 และ 11

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5 และ 6

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนน

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}} \quad (\text{Ferguson. 1981 : 68})$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตรของโรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน

(Rovinelli and Hambleton)

$$IC = \frac{\sum R}{N} \quad (\text{สมบูรณ์ ชิตพงศ์. 2528 : 178})$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ โดยวิธีการแจกแจงที

(t - distribution) ใช้เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}} \quad (\text{Edwards. 1957 : 152})$$

เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์

$\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง

S^2_L แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง

n_L แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

4. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยหา

สัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบัค

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right] \quad (\text{Cronbach. 1970 : 161})$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

K แทน จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์

$\sum S^2_i$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ

S^2_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระ

จากกัน โดยใช้สูตร t - test ทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 7, 8, 9, 10 และ 11

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \quad (\text{Ferguson. 1981 : 182})$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

S_1^2 และ S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ
กลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

n_1 และ n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

6. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - way Analysis of Variance) หรือสถิติเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5 และ 6 โดยใช้สูตร

$$F = \frac{MS_B}{MS_W} \quad (\text{Lindquist. 1953 : 63})$$

เมื่อ F แทน ค่าที่จะใช้พิจารณาใน F - distribution

MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Within) ภายในกลุ่ม

7. เมื่อพบว่า การทดสอบ F - test มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร

$$q. \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}} \quad (\text{ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2527 : 268})$$

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอน ซึ่งในแต่ละตอนมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วจัดกลุ่มในแต่ละหมวดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เหตุการณ์การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วประเมินค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบส์

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

4.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติที่ (t - test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 7, 8, 9, 10 และ 11

4.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5 และ 6

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
q	แทน	q - Statistic

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 389 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และขนาดครอบครัว ได้ดังนี้ คือ

1. จำแนกตามเพศ พบว่าผู้มารับบริการเพศหญิงมีจำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 64.01 และเพศชายมีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.99
2. จำแนกตามอายุ พบว่าผู้มารับบริการมีอายุในช่วงระหว่าง 21 - 45 ปี มีจำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 67.87 ช่วงอายุ 15 - 20 ปี มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 16.45 และช่วงอายุ 46 - 60 ปี มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.68
3. จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มี

จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 43.70 ระดับประถมศึกษา มีจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 33.42 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.82 และไม่ได้เรียนหนังสือ มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.06

4. จำแนกตามรายได้ พบว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ในช่วงระหว่าง 2,466 - 7,410 บาท มีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 43.19 รายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท มีจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 40.87 และรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 15.94

5. จำแนกตามอาชีพ พบว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ มีจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 32.39 อาชีพเกษตรกร มีจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 25.96 นักเรียน / นักศึกษา / ไม่ประกอบอาชีพ มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 17.74 ลูกจ้างเอกชน / ส่วนตัว มีจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 14.91 และอาชีพค้าขาย มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00

6. จำแนกตามขนาดครอบครัว พบว่าผู้มารับบริการที่มีครอบครัวขนาดเล็ก มีจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 49.36 ครอบครัวขนาดกลาง มีจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 39.59 และครอบครัวขนาดใหญ่ มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.05

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	140	35.99
หญิง	249	64.01
รวม	389	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
15 - 20 ปี	64	16.45
21 - 45 ปี	264	67.87
46 - 60 ปี	61	15.68
รวม	389	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.06
ประถมศึกษา	130	33.42
มัธยมศึกษา	81	20.82
สูงกว่ามัธยมศึกษา	170	43.70
รวม	389	100.00
รายได้		
ต่ำกว่า 2,466 บาท	159	40.87
2,466 - 7,410 บาท	168	43.19
สูงกว่า 7,410 บาท	62	15.94
รวม	389	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	120	32.39
ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว	58	14.91
เกษตรกรรวม	101	25.96
ค้าขาย	35	9.00
นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ	69	17.74
รวม	389	100.00
ขนาดครอบครัว		
ครอบครัวขนาดเล็ก	192	49.36
ครอบครัวขนาดกลาง	154	39.59
ครอบครัวขนาดใหญ่	43	11.05
รวม	389	100.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏในตาราง 4 - 5

จำแนกตามหมวดปัจจัยแวดล้อม ได้ดังนี้ คือ

1. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษายาบาลทั่วถึง จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 79.43 และเห็นว่าการบริการรักษายาบาลไม่ทั่วถึง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.57
2. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเหมาะสม จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 53.47 และเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลไม่เหมาะสม จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 46.53
3. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษายาบาลมีความชัดเจนไม่ซับซ้อน จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 69.67 และเห็นว่าการรักษายาบาลยุ่งยากซับซ้อน จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 30.33
4. ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยา จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 70.95 และเห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 29.05
5. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าสังคมให้การสนับสนุน จำนวน 338 คน คิดเป็นร้อยละ 86.89 และเห็นว่าสังคมไม่ให้การสนับสนุน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยแวดล้อม

ปัจจัยแวดล้อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หมวดที่ 1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล		
การบริการรักษาพยาบาลทั่วถึง	309	79.43
การบริการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึง	80	20.57
รวม	389	100.00
หมวดที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสม	208	53.47
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เหมาะสม	181	46.53
รวม	389	100.00
หมวดที่ 3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล		
การรักษาพยาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน	271	69.67
การรักษาพยาบาลยุ่งยากซับซ้อน	118	30.33
รวม	389	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยแวดล้อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หมวดที่ 4 ความสะดวกในการใช้ยา		
มีความสะดวกในการใช้ยา	276	70.95
ไม่มีความสะดวกในการใช้ยา	113	29.05
รวม	389	100.00
หมวดที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม		
สังคมให้การสนับสนุน	338	86.89
สังคมไม่ให้การสนับสนุน	51	13.11
รวม	389	100.00

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยแวดล้อม

ปัจจัยแวดล้อม	$\bar{X}$	S
หมวดที่ 1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล	.719	.223
หมวดที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	.578	.260
หมวดที่ 3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล	.683	.244
หมวดที่ 4 ความสะดวกในการใช้ยา	.668	.193
หมวดที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม	.815	.205
รวม	.695	.224

จากตาราง 5 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมทั้ง 5 หมวด พบว่าคะแนนเฉลี่ย .695 ($\bar{X} = .695$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .244 ($S = .224$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ย .815 ($\bar{X} = .815$) ด้านความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ย .719 ($\bar{X} = .719$) ด้านความซับซ้อนของการรักษาพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ย .683 ($\bar{X} = .683$) ด้านความสะดวกในการใช้ยามีค่าคะแนนเฉลี่ย .668 ($\bar{X} = .668$) ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ย .578 ($\bar{X} = .578$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับของพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ดี	275 92	70.70	1.567	.169
พอใช้	101 34	25.96	1.165	.141
ต้องปรับปรุง	13 4	3.34	.546	.066
รวม	389 130	100.00	1.429	.279

จากตาราง 6 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.429 ($\bar{X} = 1.429$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .279 ($S = .279$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159) ถือว่า ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี กล่าวคือ ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี มีจำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 70.70 รองลงมาคือ พฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับพอใช้ มีจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 25.96 และพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.34

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

4.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ดังปรากฏในตาราง 7 - 12

ตาราง 7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	t
ชาย	140	1.4075	0.301	-1.15
หญิง	249	1.4414	0.267	

$$p > .05$$

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้มารับบริการเพศชายกับเพศหญิงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้มารับบริการชายและหญิงจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

ตาราง 8 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล

ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล	N	$\bar{X}$	S	t
การบริการรักษาพยาบาลทั่วถึง	309	1.4490	0.245	-2.17*
การบริการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึง	80	1.3525	0.378	

* $p < .05$

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษาพยาบาลทั่วถึงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

ตาราง 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	N	$\bar{X}$	S	t
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสม	208	1.4517	0.244	-1.68
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เหมาะสม	181	1.4033	0.314	

$p > .05$

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสม และไม่เหมาะสมมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสม จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เหมาะสม

ตาราง 10 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล

ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล	N	$\bar{X}$	S	t
การรักษาพยาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน	271	1.4827	0.241	-5.34***
การรักษาพยาบาลยุ่งยากซับซ้อน	118	1.3062	0.322	

*** $p < .001$

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษาพยาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่ารักษาพยาบาลยุ่งยาก ซับซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

ตาราง 11 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามความสะดวกในการใช้ยา

ความสะดวกในการใช้ยา	N	$\bar{X}$	S	t
มีความสะดวกในการใช้ยา	276	1.4571	0.233	-2.61**
ไม่มีความสะดวกในการใช้ยา	113	1.3611	0.361	

** $p < .01$

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยามีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10

ตาราง 12 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	N	$\bar{X}$	S	t
สังคมให้การสนับสนุน	338	1.4639	0.243	-4.82***
สังคมไม่ให้การสนับสนุน	51	1.1990	0.381	

*** $p < .001$

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุนมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11

4.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม ดังปรากฏในตาราง 13 - 20

ตาราง 13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามระดับอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.3153	0.1576	2.0292
ภายในกลุ่ม	386	29.9861	0.0777	
รวม	388	30.3014		

$p > .05$

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้มารับบริการที่มีระดับอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

ตาราง 14 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.5895	1.1965	17.2453***
ภายในกลุ่ม	385	26.7118	0.0694	
รวม	388	30.3013		

*** $p < .001$

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นรายคู่ เพื่อทดสอบว่ามีระดับการศึกษาใดบ้างที่ทำให้ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยแต่ละคู่ ตามวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏในตาราง 15

ตาราง 15 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับ
บริการเป็นรายคู่ จำแนกตามระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา สูงกว่ามัธยมศึกษา						
ระดับการศึกษา		$\bar{X}$	1.2063	1.3250	1.4062	1.5303
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.2063	-	0.1187	0.1999*	0.3240*	
ประถมศึกษา	1.3250	-	0.0812	0.2053*		
มัธยมศึกษา	1.4062	-	0.1241			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1.5303	-				

* $p < .05$

จากตาราง 15 การเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.9648	0.9824	13.3821***
ภายในกลุ่ม	386	28.3366	0.0734	
รวม	388	30.3013		

*** $p < .001$

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นรายคู่ เพื่อทดสอบว่ามีรายได้คู่ใดบ้างที่ทำให้ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยแต่ละคู่ ตามวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏในตาราง 17

ตาราง 17 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการเป็นรายคู่ จำแนกตามรายได้

	ต่ำกว่า 2,466 บาท 2,466-7,410 บาท สูงกว่า 7,410 บาท			
รายได้	$\bar{X}$	1.3519	1.4586	1.5476
ต่ำกว่า 2,466 บาท 1.3519	-	0.1067*	0.1957*	
2,466-7,410 บาท 1.4586		-	0.0890*	
สูงกว่า 7,410 บาท 1.5476			-	

* $p < .05$

จากตาราง 17 การเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ 2,466 - 7,410 บาท และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้มารับบริการที่มีรายได้ 2,466 - 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	2.1150	0.5287	7.2034***
ภายในกลุ่ม	384	28.1863	0.0734	
รวม	388	30.3013		

*** $p < .001$

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นรายคู่ เพื่อทดสอบว่ามีอาชีพใดบ้างที่ทำให้ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยทำให้การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยแต่ละคู่ ตามวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏในตาราง 19

ตาราง 19 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการเป็นรายคู่ จำแนกตามอาชีพ

	ลูกจ้างเอกชน/ ส่วนตัว	ค้าขาย	เกษตรกร	นักเรียน/ นักศึกษา/ ไม่ประกอบ อาชีพ	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	
อาชีพ	$\bar{X}$	1.3155	1.3786	1.3911	1.4333	1.5238
ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว	1.3155	-	0.0631	0.0756	0.1178	0.2083*
ค้าขาย	1.3786		-	0.0125	0.0547	0.1452*
เกษตรกร	1.3911			-	0.0422	0.1327*
นักเรียน/นักศึกษา/						
ไม่ประกอบอาชีพ	1.4333				-	0.0905
รับราชการ/						
รัฐวิสาหกิจ	1.5238					-

* $p < .05$

จากตาราง 19 การเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว ค้าขาย และเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับ
บริการ จำแนกตามขนาดครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F.
ระหว่างกลุ่ม	2	0.2177	0.1088	1.3965
ภายในกลุ่ม	386	30.0836	0.0779	
รวม	388	30.3013		

$p > .05$

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้มารับบริการที่มีขนาดครอบครัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีขนาดแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อทราบปัจจัยส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกเป็น

เพศ

อายุ

ระดับการศึกษา

รายได้

อาชีพ

ขนาดครอบครัว

2. เพื่อทราบปัจจัยแวดล้อมและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยแวดล้อมกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกเป็น

ความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล

ความซับซ้อนของการรักษายาบาล

ความสะดวกในการใช้ยา

การสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ซึ่งมีอายุ 15 - 60 ปี จำนวน 389 คน ที่ผ่านการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้มารับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ขนาดครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในปัจจัยแวดล้อมในด้านความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นการถามความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงและผู้มารับบริการประสบเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกาเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นการถามการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติที (t - test Independent) เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมกาเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - way Analysis of Variance) หรือสถิติเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความคิดเห็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างมาก

กว่าสองกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls Method)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ผู้มารับบริการชายและหญิง มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน
2. ผู้มารับบริการที่มีระดับอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน
3. ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ
4. ผู้มารับบริการที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ 2,466 - 7,410 บาท และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท
5. ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เป็น นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย และลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว
6. ผู้มารับบริการที่มาจากรอบครัวที่มีขนาดแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน
7. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษายาบาลทั่วถึง มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษายาบาลไม่ทั่วถึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
8. ผู้มารับบริการที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเหมาะสมและไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน
9. ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษายาบาลชัดเจน ไม่ซับซ้อน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษายาบาลยุ่งยากซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

10. ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

11. ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถจำแนกข้อมูลค้นคว้าออกได้เป็น 2 กลุ่มตามปัจจัยที่ศึกษา กล่าวคือ

1. ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ คือ เพศ อายุ ขนาดครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ คือ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

ซึ่งรายละเอียดการอภิปรายเป็นดังนี้

ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ คือ

1. เพศของผู้มารับบริการ จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการชายและหญิงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้มารับบริการชายและหญิงจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ตามนิยามศัพท์ของการวิจัย พฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติของบุคคล เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ และมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะจัดการความผิดปกติเหล่านั้น โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งได้แก่การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งโดยลักษณะนี้ทั้งชายและหญิง

แล้วจะต้องมีการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นทุกคนจะชวนหาหาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตรอดอยู่ได้ เมื่อเจ็บป่วยจึงพยายามหาวิธีบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ดังนั้นยังไม่อาจสรุปได้ว่าเพศเป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยเพราะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งผลการศึกษารังนี้มีส่วนสอดคล้องกับเบญจวิศ สุเอียนทรเมธี (2527 : 51) ที่ได้ศึกษาลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า เพศและระยะเวลาของการรักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับ พฤติกรรมการเยียวยาของผู้ป่วยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กรแก้ว กอวัฒนา (2527 : 98) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่าเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมการชลอการรักษาไม่แตกต่างกัน

2. อายุ จากการศึกษาพบว่าผู้มารับบริการที่มีระดับอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 15-60 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงผู้ใหญ่ตอนปลาย และการแบ่งกลุ่มอายุที่ใช้ศึกษาก็แบ่งตามกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ผลการศึกษาจึงไม่มีความแตกต่าง แต่ถ้าหากศึกษาในวัยที่ต่ำกว่าหรือสูงกว่า 15-60 ปี อาจพบความแตกต่าง ผลการศึกษารังนี้มีส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง ป็องภักย์ (2528 : 59 - 61) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี พบว่า มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน นงราม อุไรรัตน์ (2527 : 123) ศึกษาวิธีการเลี้ยงดูทารกในผู้ป่วยเด็ก (0 - 3 เดือน) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการปฏิบัติตัวของมารดาเมื่อทารกป่วยและการเลี้ยงดูบุตรไม่แตกต่างกันในระดับอายุ ประสพ ยุกตเมธางกูร (2530 : 49 - 50) ศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ปกครองที่มีอายุต่างกันมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยนี้มีข้อสังเกตว่า โดยธรรมชาติของคนไม่ว่าอายุเท่าไรก็ตาม จะพบว่าอายุจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม

การเจ็บป่วย และการศึกษาของ สุรี ชันธรักขวงศ์ (2532 : 87) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐใน เขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ขนาดครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีขนาดแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีขนาดแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ตามปกติพ่อแม่หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (ประภาณี สุวรรณ. 2527 : 173 - 185) แต่ในปัจจุบัน มัลลิกามิติโก (2530 : 21) ให้ความเห็นว่า บทบาทของครอบครัวเปลี่ยนไป สตรีมีความตระหนักว่าตนมีความเสมอภาคเท่าเทียมกับบุรุษ สตรีต้องทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด ครอบครัวจึงไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัวจากอดีตที่เป็นครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจ จึงทำให้มีครอบครัวขนาดกลางและครอบครัวขนาดเล็กมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้วจึงทำให้บุคคลในครอบครัวต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันการแพทย์มากขึ้นเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีขนาดแตกต่างกันไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิณี ชิดเชิดวงศ์ (2521 : 22) ที่ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะนิสัยในการบริโภค และการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในจังหวัดนราธิวาส สรุปได้ว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวที่แตกต่างกันในด้านขนาดครอบครัวมีลักษณะนิสัยในการบริโภคไม่แตกต่างกัน

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสมและไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสม จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เหมาะสม ผลการศึกษามีส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูดวิง และกิปลิน (ประภาณี สุวรรณ. 2532 : 142 ; อ้างอิงมาจาก Ludwing and Gibson) ซึ่งศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์

ระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษากับค่าใช้จ่าย โคดี้ และโรบินสัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 142 - 143 ; อ้างอิงมาจาก Cody and Robinson. n.d.) ศึกษาพบว่า การที่ให้การรักษายาบาลฟรีแก่ผู้ป่วย จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา จากผลการศึกษาแสดงว่าในส่วนนี้พิจารณาได้จากคำนิยมของคนไทยซึ่งจะพยายามแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพที่คิดว่าดีที่สุดเมื่อเจ็บป่วยโดยจะไม่คำนึงถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล บุคคลส่วนใหญ่ยังใช้จ่ายสูงยิ่งรู้สึกว่ามีประโยชน์ และโดยธรรมชาติแห่งการเอาชีวิตรอดบุคคลจะยอมเสียเงินเพื่อรักษาชีวิต นอกจากนี้จากข้อมูลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการร้อยละ 43.19 มีรายได้อยู่ในระดับกลาง จึงทำให้ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่าง ดังนั้นจึงยังไม่อาจสรุปได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย

• ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ คือ

1. ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่า ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่ำ การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนั้น เพราะผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถที่จะเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วยซึ่งการแสวงหาความรู้นั้นก็จะมีโอกาสกระทำได้ทั้งการอ่านด้วยตนเอง และได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ด้านนั้น ๆ ซึ่งต่างกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ย่อมต้องใช้เวลานานในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งผู้อื่นในการอ่านให้ฟัง ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมากหรือเกิดความเข้าใจผิดพลาดได้ (Rogers. 1969 : 157) นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำยังเลิกล้มการค้นหาความรู้ หรือการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ามีความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มี

ลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์ จุดมุ่งหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติอย่างแท้จริง กรุงไกร เจนพาณิชย์ (2521 : 59-60) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำของผู้ป่วยทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อยกว่าที่ควร เพราะพูด ฟัง หรืออ่านคำแนะนำไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิด บางรายไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตัวหรือข้อพึงละเว้น กลัวถูกหาว่าโง่หรือด้วยความเกรงใจ บางรายพูดกับแพทย์ไม่เข้าใจเพราะภาษาต่างกันตามภาษาท้องถิ่นหรือแม้กระทั่งมีความเชื่อ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา เหล่านี้ล้วนมีผลกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยทั้งสิ้น เวทย์ ธโนปทัช (2528 : 144) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในชีวิตดีกว่าบุคคลอื่น จึงน่าจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในด้านที่เป็นวิทยาศาสตร์ ผลการศึกษาครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ คุ่มขนาน (2515 : 18 - 128) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยของชาวชนบทไทย พบว่า ครอบครัวที่หัวหน้ามีการศึกษามีการปฏิบัติตัวดีกว่า ครอบครัวที่หัวหน้าไม่มีการศึกษา เตือนใจ อินสุโสมา (2517 : 114 - 115) ศึกษาครอบครัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาแบบไม่เสียเงินในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 207 ครอบครัว พบว่า บิดามารดาของเด็กป่วยเหล่านี้มีการศึกษาต่ำ มารดาส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยนมชั้นหวาน ขาดการปฏิบัติด้านการป้องกันโรค ภูษงค์ กุลทลบุตร (สุรี ทัศนรักษวงศ์. 2532 : 29 ; อ้างอิงมาจาก ภูษงค์ กุลทลบุตร. 2524 : 150 - 157) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยของประชาชนในเขตหมู่บ้านประมง พบว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีการศึกษาสูงมีการปฏิบัติตัวด้านอนามัยดีกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีการศึกษาต่ำ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 : 88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี และนางทอง ป้องภัย (2528 : 70) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี พบว่ามารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มที่มารดาสำเร็จชั้นอุดมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มมารดาที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา ที่สำเร็จชั้นประถมศึกษา และที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา

2. รายได้ จากการศึกษพบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ 2,466 - 7,410 บาท และที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท ผู้มารับบริการที่มีรายได้ 2,466 - 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่ำ การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เนื่องจากฐานะเศรษฐกิจเป็นเล็งสำคัญสำหรับการครองชีพ เพราะเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำหรือมีรายได้น้อยจึงไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองมาก ส่วนใหญ่มุ่งสนใจต่อการหาเงินเลี้ยงชีพหรือเพื่อความอยู่รอดของตนเองไปวันหนึ่งๆ เท่านั้น (พวงรัตน์ กุณฑาศ และคนอื่น ๆ. 2527 : 7 - 11) ผลการศึกษครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ คัมขนาบ (2515 : 42 - 69) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่ารายได้ของครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลซึ่งมีผลต่อสุขภาพเด็ก ภูษงค์ กุลพลบุตร (สุรี ชันธรักษ์วงศ์. 2532 : 29 ; อ้างอิงมาจาก ภูษงค์ กุลพลบุตร. 2524 : 150 - 157) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว ด้านอนามัยของประชาชนในเขตหมู่บ้านประมง พบว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีการปฏิบัติตัวด้านอนามัยดีกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ทศนีย์ เมฆาคูปต์ (2527 : 25) ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อบริโภคนิสัยของเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลดอนคลัง อำเภอคำเม็งสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้แตกต่างกันมีบริโภคนิสัยแตกต่างกัน โดยเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูง มีบริโภคนิสัยดีกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ พวงทอง ป้องภัย (2528 : 77) ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี พบว่ามารดาไทยพุทธ ที่มีรายได้สูงมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างจากมารดาไทยพุทธที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ และประสพ ยุทธเมฆางกูร (2530 : 51 - 52) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กวัยมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัด

ขอนแก่น พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. อาชีพ จากการศึกษพบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนั้น เพราะ ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ความเป็นไปได้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เพราะ เกณฑ์การรับผู้เข้าทำงานในอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจะมีการกำหนดระดับการศึกษา ฉะนั้น บุคคลกลุ่มนี้จึงเป็นผู้มีความรู้ และมีโอกาสที่นำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ตนได้รับไปปรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของตนเองให้ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมส่วนใหญ่ จะมีการศึกษาต่ำ โอกาสการเรียนรู้เพื่อสุขภาพมีน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ คุ่มขนาบ (2515 : 18 - 125) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติตัวด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่า ครอบครัวที่หัวหน้าประกอบอาชีพรับราชการมีการปฏิบัติตัวดีกว่าครอบครัวที่หัวหน้าประกอบอาชีพเกษตรกร เขียวรัตน์ ประักษ์ขาม และสันติ เสริมศรี (2525 : 20) ศึกษาพบว่า จำนวนบุตรของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกันที่ไปรับการฉีดวัคซีนนั้น ผู้ที่มีวิชาชีพจะนำบุตรไปฉีดวัคซีนมากที่สุด รองลงมาจะเป็นผู้มีอาชีพค้าขาย และผู้ที่ไม่ทำงาน ส่วนกลุ่มเกษตรกรมีสัดส่วนการรับวัคซีนป้องกันโรคต่ำ พวงทอง ป้องภัย (2528 : 64) ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี พบว่ามารดาไทยพุทธที่มีอาชีพรับราชการ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างจากมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง และผลการศึกษาของประสพ ยุทธเมธางกูร (2530 : 50) ที่ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครอง ในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ปกครองที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ปกครองที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีอาชีพเกษตรกรรม

4. ความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่า การบริการรักษายาบาลทั่วถึง มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่า การบริการรักษายาบาลที่ไม่ทั่วถึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่าบริการรักษายาบาลทั่วถึง จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าบริการรักษายาบาลที่ไม่ทั่วถึง เบ็คเกอร์ (Becker. 1974 : 10-24) กล่าวว่าปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ประการหนึ่ง คือ การปรับปรุงขั้นตอนการรักษาให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเดิม หรือการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยที่สุด ใช้ระยะเวลาสั้น มิแคนิค (นิมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 50 - 53 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.) กล่าวว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลแตกต่างกัน คือ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งระยะทาง ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย และระยะเวลาของการรักษา ในด้านการบริการรักษายาบาล อเดย์ และแอนเดอร์เซน (ศุภชัย คุณรัตนพุกษ์ และดวงสมร บุญคง. 2532 : 7 ; อ้างอิงมาจาก Aday and Andersan. n.d.) ได้ศึกษาความพอใจของประชาชนต่อบริการรักษายาบาลในสหรัฐอเมริกาเมื่อ ค.ศ.1970 พบว่า ประชาชนพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ การประสานงานของการบริการ อธิษาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ คุณภาพของบริการและค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ จากผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงว่า การได้รับบริการรักษายาบาลที่ทั่วถึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดี ซึ่งหลักการอันนี้ส่วนหนึ่งได้นำมาใช้ในการสาธารณสุขมูลฐาน โดยปรับเป็นการให้ช่วยเหลือตนเองและดูแลสุขภาพตนเอง

5. ความซับซ้อนของการรักษายาบาล จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่า การรักษายาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษาพยาบาลยุ่งยากซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่เห็นว่ารักษายาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อน จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่ารักษายาบาลยุ่งยากซับซ้อน ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับคำกล่าวของเฮนส์ (Haynes. 1979 : 49 - 62) ที่ว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจะลดลง ถ้าความ

ยุ่งยากสลับซับซ้อนในการรักษายาบาลเพิ่มขึ้น แบนด์ สมิท และเวอร์เนอร์ (Brand, Smith and Werner. 1977 : 72 - 78) กล่าวว่าคนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อนั้นเนื่องมาจากความยุ่งยากสลับซับซ้อนจากการสั่งยาหรือวิธีปฏิบัติหลายอย่าง เบริกแมน และเวอร์เนอร์ (Bregman and Werner. 1963 : 1334 - 1338) ศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการรักษาก็มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตามคำแนะนำลดลงถ้าเวลาในการรักษายาวนานขึ้น

6. ความสะดวกในการใช้ยา จากการศึกษพบว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยาจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้มารับบริการที่ได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่ห้องยาสามารถให้ยาได้ถูกต้องในผู้มารับบริการที่อ่านเขียนไม่ได้ และในผู้มารับบริการที่มีการศึกษาก็สามารถตรวจทาน คำอธิบายตามฉลากยาได้อีกครั้ง เป็นการเพิ่มความสะดวก และถูกต้องในการใช้ยามากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องกับ วิภาดรงค์นิษฐ์กุล (2522 : 115) ซึ่งศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจกับบริการที่ได้รับการจากคำอธิบายบนป้ายแนะนำในห้องยา และในฉลากยา ซึ่งแสดงว่าคำอธิบายดังกล่าวให้ความสะดวกในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย เชน และคนอื่น ๆ (Lane and others. 1971 : 1967 - 1868) กล่าวว่า การใช้ยาที่มีที่ปิดเพื่อกันไม่ให้เด็กเปิดได้ จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาน้อยลงกว่ากลุ่มที่ใส่ยาที่เปิดง่าย

7. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษพบว่า ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุนมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่า ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุนจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษายาบาล เฮนส์ (Haynes. 1979 : 49 - 62) กล่าวว่า การ

สนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องกับ เอ็ดเวิร์ด และแมรี (Edward and Mary. 1982 : 572 - 576) ที่ได้ศึกษาวิจัยถึง ประสิทธิภาพของการให้การศึกษาและการใช้แรงสนับสนุนจากพ่อแม่ด้านทันตสุขภาพ พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากพ่อแม่ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เบอร์เกลอร์ (Pilisuk. 1985 : 93 - 105 ; อ้างอิงมาจาก Burgler. n.d.) พบว่าผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล แพทย์ ส่วนใหญ่ที่ครอบครัวให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม เบคแลนด์ และลุนด์วอลล์ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 594 ; อ้างอิงมาจาก Backeland and Lundevall. n.d.) ศึกษาพบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการตรงตามเวลา และรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม พิคมัย เพิ่มกระโทก (2529 : ง - จ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และฉวีวรรณ แก้วพรม (2530 : ง) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมกับการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เหตุที่เป็นเช่นนั้น เพราะบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมที่มีความเกี่ยวพันกันสูงมี โอกาสให้ข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งหมายถึงสังคมให้การสนับสนุน ในแง่จิตวิทยาผู้สูงอายุที่ได้รับความยอมรับจากสังคมจะ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่ามีความสำคัญ ย่อมมีสุขภาพจิตดีด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อสังเกตสำคัญที่มีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่น่าสนใจสำหรับนักสุขภาพ และผู้ทำงานด้านการบริการสุขภาพในการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น คือ

1. การศึกษา จากผลการศึกษาพบว่าการศึกษาทำให้คนมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดี จึงควรจัด

1.1 สุขศึกษาในโรงเรียน ครูสุขศึกษาหรือผู้รับผิดชอบจะต้องจัดโอกาสในการเรียนรู้ทางสุขภาพแก่ผู้เรียนทุกระดับทั้งในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ซึ่งจะเป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพในทางที่ถูกต้อง และเหมาะสม

1.2 สุขศึกษาในโรงพยาบาล ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ คือ นักสุขศึกษาในโรงพยาบาล ควรมีการวางแผนการให้สุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ โดยจัดให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น จัดตามกลุ่ม อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ โรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ ความสนใจ และปัญหาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จึงใช้เวลาในการเรียนรู้แตกต่างกันและการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการและญาติ ควรร่วมมือทำกันเป็นทีม โดยอาจจัดตั้งคณะกรรมการสุขศึกษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่น ๆ

2. การให้ข้อมูลทางสุขภาพ

2.1 ในด้านการจัดบริการรักษานายาบาลของโรงพยาบาล ควรจัดให้มีหน่วยให้ข้อมูลข่าวสารในจุดที่มีผู้มารับบริการมากเพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ เช่น หน้าห้องตรวจระหว่างห้องตรวจคัดกรองและห้องตรวจอายุรกรรม หน้าห้องยา โดยจัดเจ้าหน้าที่บริการตอบคำถามต่าง ๆ เพื่อลดความยุ่งยากในการเดินไปถามประชาสัมพันธ์หรือการถามเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ

2.2 ควรมีป้ายนิเทศ แนะนำขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับบริการรักษานายาบาลอย่างละเอียด และอยู่ในตำแหน่งที่เห็นชัดก่อนที่ผู้มารับบริการเข้าระบบการบริการรักษานายาบาล เพื่อลดความคับข้องใจของผู้มารับบริการในระหว่างรอคอยและสืบสนในขั้นตอนการรับรักษานายาบาล

3. การสร้างเสริมบริการให้เป็นการช่วยเหลือผู้ด้อยอาชีพและรายได้ จากผลการศึกษาพบว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรม

การเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้น้อย จึงน่าจะมีการจัดบริการพิเศษแก่ผู้มารับ บริการกลุ่ม อาชีพและรายได้นี้ โดยอาจจะกระทำในลักษณะหน่วยบริการแนวนอนให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งผู้มารับบริการจะสามารถขอต่อรองหรือผ่อนผันค่าใช้จ่ายได้

4. การปรับบริการให้มีความสะดวกและคล่องตัว ควรจัดช่องทางสำหรับคิดเงิน และ จ่ายเงินรวมอยู่ในช่องทางเดียวกัน และเพิ่มจำนวนช่องทางให้มากขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงานคล่องตัวขึ้นเป็นผลให้ผู้มารับบริการใช้เวลาในแผนกจ่ายยาลดลง

5. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุนมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุน ดังนั้นในการเข้ารับการตรวจรักษาหรือในขั้นตอนต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลควร อนุญาตให้ญาติของผู้มารับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ในขั้นตอนการปฏิบัติตัวต่าง ๆ เพื่อที่จะให้บุคคลในครอบครัว ได้มีส่วนสนับสนุนพฤติกรรมการเจ็บป่วย แทนที่จะอนุญาตเฉพาะในรายผู้ป่วยหนัก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ขยายการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการในสถาน บริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการในคลินิก เฉพาะโรค เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิต เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเจ็บป่วยเฉพาะ โรคที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งเสริมให้มพฤติกรรมการเจ็บป่วยแต่ละปัจจัย โดยเฉพาะเรื่องการสนับสนุนทางสังคม และความทั่วถึงของบริการการรักษายาบาล เพื่อจะหา รูปแบบหรือพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนไทย

4. ควรมีการศึกษาในเรื่องอายุ และรายได้ โดยอาจจัดกลุ่มอายุและรายได้ใหม่ ซึ่ง อาจจะพบว่าอายุและรายได้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย อันจะเป็นประโยชน์ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสมตามกลุ่มอายุและรายได้ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- กัลยา นาคเพ็ชร. การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนใน
ท้องที่ตำบลค้างพลู อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521. อัดสำเนา.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์. บทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2521. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา (ดัชนีและแผนภาพทาง
การศึกษาชุดที่ 6). กรุงเทพฯ : พันธุ์ฉัตรลิขิต, 2526.
- คหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย, สมาคม. ตำราพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิบูลย์กิจ,
2525.
- จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2528. อัดสำเนา.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายสังคมและการสนับสนุนที่รับรู้กับ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.
- ชนวนทอง สีสสุวรรณ. ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ. เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องทฤษฎี
ความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งจัดโดยสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 22 สิงหาคม 2532. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
เจริญผล, 2527.

- เตือนใจ อินสุโสมา. ลักษณะโครงสร้างครอบครัวและบทบาทพ่อแม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2517. อัดสำเนา.
- ทัศนีย์ เมฆาคุปต์. อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อวิโคณิสัยของเด็กก่อนวัยเรียน ในตำบลดอนคลัง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.
- ชนวรรณ อัมสมบูรณ์. "การประเมินผลงานการศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," สุขศึกษา. 8(29) : 24-26 ; เมษายน-พฤษภาคม 2528.
- _____. "การวางแผนและประเมินงานการศึกษา," ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการ สุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ. หน้า 131 - 133. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2528.
- _____. "การสอนศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," สุขศึกษา - พลศึกษา - สันทนาการ. 15(4) : 11-15 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2532.
- นงราม อุไรรัตน์. การศึกษาวิธีการเลี้ยงดูทารกในผู้ป่วยเด็ก (0 - 3 เดือน) ที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัดสำเนา.
- นิภา มนูญจุ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2529.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา. หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- เบญจา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล. "พฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยของคนไทย," ใน ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์. บรรณาธิการโดย เบญจา ยอดดำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล. หน้า 27 - 46. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529.
- เบญจวิมล สุเอ็นทรเมธี. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.

_____. "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา. หน่วยที่ 4.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

_____. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ประสพ ยุทธเมธากูร. บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

พวงทอง ป้องภัย. การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ
มารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิม. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

พวงรัตน์ กุณฑาศ และคนอื่น ๆ. ต้นเหตุและการแก้ไขปัญหาในกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษา
ไม่สม่ำเสมอ. เอกสารสรุปงานของแผนกสังคมสงเคราะห์ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ

กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2525. อัดสำเนา.

นิพนวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. "แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง," ใน
การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 43 - 116. กรุงเทพฯ :

ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

นิคมัย เพิ่มกระโทก. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของ
หญิงตั้งครรภ์ : การศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ค.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.

เนื้ยุศรี พิชัยสินธุ์. "หลักและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการรักษา
พยาบาลเบื้องต้น. หน่วยที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.

มัลลิกา มัติโก. "แนวความคิดและหลักการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพ
ตนเอง ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 1 - 24. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบาย

สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

- มานิต มานิตเจริญ. พจนานุกรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : นิยมวิทยา, 2528.
- มานี ชูไทย. วิชาการสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2528.
- มุกดา ตฤณานนท์. "ซิมโมเน็ลโลสส์," แพทยสภาสาร. 5(2) : 69-74 ; กุมภาพันธ์ 2519.
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสันทัด เสริมศรี. "ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพอนามัย ภาวะเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว," เอกสารเสนอในการประชุมสัมมนา เรื่อง "การพัฒนาด้านสาธารณสุขและการเพิ่มประชากรในเขตชนบทไทย." ณ โรงแรม เชียงอินทร์ เมืองนันทา วันที่ 19 - 21 สิงหาคม 2525. อุดลำนเา.
- วิณี ชิดเชิดวงศ์. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะนิสัยในการบริโภคและการเจริญเติบโตของเด็ก ก่อนวัยเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวต่างกันในจังหวัดนราธิวาส. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521. อุดลำนเา.
- วิภา ดุรงค์นิตธิ์กุล. ความพึงพอใจของผู้น่วยนอกตอบริการของโรงพยาบาลรามายิปดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อุดลำนเา.
- เวทย์ ธิโนปัย. การศึกษาเปรียบเทียบการเปิดรับสื่อสารมวลชนและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของกลุ่มประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525. อุดลำนเา.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์ และดวงสมร บุญคง. การศึกษาความพึงพอใจของผู้น่วยรับบริการด้าน รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน น.ศ. 2529. ไตรมาสที่ 1 (มกราคม-มีนาคม)
- สมจิตต์ สุนทรทนต์. "การจูงใจ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- _____. "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 3. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์. "สุขศึกษากับสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- สมบูรณ์ ชิดพงศ์. "การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย," เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัย 521 วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.
- สันทัต เสริมศรี. "สังคมวิทยาของการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. หน่วยที่ 8. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- สายใจ คุ่มขนาน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515. อัดสำเนา.
- สารเนตร ไวกฤต และอุดม ชมชาญ. "ทัศนคติและปัจจัยในการเกิดทัศนคติของประชาชนในเขตจังหวัดสงขลาและบริเวณใกล้เคียงต่อการรักษาโรคกระดูกหักและข้อเคลื่อน," สารศิริราช. 25(12) : 1097-1099 ; ธันวาคม 2526.
- สุชาติ โสภประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุพาณิชย์ นันต์น้อย. "ผู้ป่วยและความเจ็บป่วย," ใน การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิด และการปฏิบัติ. บรรณาธิการโดย สุพาณิชย์ นันต์น้อย. หน้า 29 - 39. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2529.
- สุวี ชันธวิชวงศ์. พฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ คศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- สุวิทย์ ณะเก. ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ คศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.
- อนงค์ พานิชปฐมวงศ์. "ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย," ข่าวสารการพยาบาล. 2 : 2 ; พฤษภาคม-สิงหาคม 2529.

- Alpert, J.J. "Broken Appointments," Pediatrics. 34 : 127-132 ; 1964.
- Best, John W. Research in Education. Englewood Cliffs : Prentice - Hall, 1959.
- Boesch, Ernst E. Communication Between Doctor and Patients, in Thailand. Part I. West Germany : University of Sear, 1972.
- Brand, F., R. Smith and R.J. Werner. "Effect of Economic Barriers to Medical Care on Patients' Noncompliance," Public Health Reports. 92 : 77-78 ; 1977.
- Becker, H.H. ed. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior," Health Education Monographs 2. 4 : 409-419 ; Winter, 1974.
- Bregman, A.B. and R.J. Werner. "Failure of Children to Receive Penicillin By Mouth," New England Journal of Medicine. 268 : 1334-1338 ; 1963.
- Carl, R. Rogers. Freedom to Learn. Columbus : Charles E. Merrill Publishing Co., 1969.
- Coburn, David and Clyde R. Pope. "Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15(3) : 67-77 ; March, 1974.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3 rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Cummings, K.M., M.K. Becker and M.C. Maile. "Bringing the Models Together : An Empirical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Action," Journal of Behavior Medicine. 3 (2) : 123-145 ; 1980.
- Dennison, Darwin. "Health Behavioral Differences Between Low and Middle Social class Students," The Journal of School Health. 39(10) : 731-735 ; December, 1969
- Edward, Allen L. Statistical Analysis. New York : Rinehart Company Inc., 1957.
- Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5 th ed. New York : Mc Graw-Hill, 1981.
- Finnerty, F.A., L.W. Shaw and C.K. Himmelsbach. "Hypertension in the Inner City, II : Detection and Follow-up," Circulation. 47 : 76-78 ; 1973.
- Good, Carter V. Dictionary of Education. New York : Mc Graw-Hill Company, 1959.

- Hart, Edward J., Mary T. Behr. "The Effects of Educational Intervention and Parental Support on Dental Health," The Journal of School Health. 50(10) : 572 - 576 ; December, 1980.
- Haynes, R.B. "Determinants of Compliance : The Diseases and the Mechanics of a Treatment," in Compliance in Health Care. Edited by R.B. Haynes. D.W. Tayler and D.L. Sackett. 49-62. Baltimore : John Hopkins University Press, 1979.
- Jalso, Shirley B., Marjane M. Burns and Jerry M. Rivers. "Nutrition Beliefs and Practices," Journal of The American Dietetic Association. 47 : 263-268, 1965
- Lane, M.F. and others. "Child Resistant Medicine Containers : Experience in the Home," American Journal of Public Health. 61 : 1861 - 1868 ; 1971.
- Lindquist, Everet Franklin. Design and Analysis of Experiments in Psychology and Education. Boston : Houghton Mifflin, 1953.
- Pilisuk, Mate and Minkler Meredith. "Supportive ties : A Political Economy Perspective," Health Education Quarterly. 12 : 93 - 105 ; Spring, 1985.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs 2. 4 : 328-335 ; Winter, 1974.
- Rosenstock, Irwin M., Mayhew Derryburry and Babara, Carriger. "Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination," Public Health Report. 74 : 98-102 ; 1959.
- Roy, Penchansky and J. William Thomas. "The Concept of Access Definition and Relationship to consumer satisfaction," Medical Care. 19 : 127-140 : February, 1981.
- Ruth, W.U. Behavior and Illness. Englewood Cliffs : Prentice - Hall, 1973.
- Victor, Domino Joseph. "A Sociological Analysis of the Relationship of Social Factors to Childhood Illness," Dissertation Abstracts International. 37 : 5364-A ; February, 1977.
- Wendy, Mc. Knigh. "Understanding the Patient in Emergency," The Canadian Nursing. 72 : 20-22 ; July, 1976.
- Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2 nd ed. New York : Harper and Row, 1969.

ภาคผนวก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์

รศ. กมลรัตน์ กรีทอง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ผศ. พุสดี ธรรมรักษ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ดร. พรสุข หุ่นจันทร์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
รศ.ดร. สมฤทัย อินทรากษ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลิตศึกษา
อาจารย์ยุพิน วีรานันต์	โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
อาจารย์อุรัส ผลผดุง	โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ตาราง 21 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก	ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก	ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
<u>ส่วนที่ 2</u>		6	3.035	8	3.416
<u>หมวดที่ 1</u>		7	4.243	<u>หมวดที่ 5</u>	
1	3.416	8	2.160	1	1.871
2	2.646	<u>หมวดที่ 3</u>		2	1.871
3	2.049	1	3.035	3	4.583
4	2.160	2	3.416	4	2.646
5	2.049	3	2.049	5	1.871
6	2.049	4	2.049	6	2.646
7	2.049	5	4.583	7	2.646
8	1.871	6	4.583	8	2.049
9	2.049	7	3.416	<u>ส่วนที่ 3</u>	
10	2.256	8	2.646	1	2.646
11	2.049	<u>หมวดที่ 4</u>		2	2.376
12	2.049	1	3.416	3	1.871
<u>หมวดที่ 2</u>		2	2.049	4	2.160
1	4.243	3	4.243	5	4.320
2	2.049	4	2.256	6	2.049
3	7.000	5	2.646	7	1.930
4	1.871	6	2.256	8	3.742
5	3.417	7	2.646	9	2.077

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
10	2.376	14	2.256	18	3.416
11	2.646	15	4.249	19	5.641
12	2.341	16	2.393	20	3.000
13	2.376	17	2.236		

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ = 0.8542

(สำเนา)

ที่ ทม 1007/2824

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

25 ธันวาคม 2533

เรื่อง ขอดำเนินการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวเบญจพร แก้วมีศรี เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อเพื่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ดร. ภาณุวรรณ อัมสมบูรณ์ ประธาน

ดร. กลยา ตันติลาชีวะ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเข้าสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
จำนวน 389 คน ในเดือนมกราคม 2534 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายจรรยา โกมลนัย)

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย

แผนกที่ให้บริการ วันที่สัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย☐ หญิง

2. อายุ

☐ 15 - 20 ปี☐ 21 - 45 ปี☐ 46 - 60 ปี

3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษา☐ สูงกว่ามัธยมศึกษา

4. รายได้ต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 2,466 บาท☐ 2,466 - 7,410 บาท☐ สูงกว่า 7,410 บาท

5. อาชีพ

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ☐ ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว☐ เกษตรกรรม☐ ค้าขาย☐ นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว

☐ ต่ำกว่า 5 คน☐ 5 - 7 คน☐ มากกว่า 7 คน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย มีระดับความคิดเห็นไว้ให้เลือกตอบ 2 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วย หมายความว่า ท่านเห็นด้วยในข้อความนั้นหรือท่านได้ประสบเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ตามข้อความนั้นมาบ้าง

ไม่เห็นด้วย หมายความว่า ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือยังไม่ได้ประสบเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ตามข้อความนั้น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบหลังข้อความที่ท่านเห็นว่าตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในระดับใดระดับหนึ่งเพียงช่องเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<u>หมวดที่ 1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล</u>		
1. คำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ไม่ชัดเจนพอ ทำให้ท่านไม่ทราบว่าต้องทำอะไรต่อจากห้องบัตร		
2. การทำบัตรเป็น เรื่องที่ยุ่งยาก		
3. เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลชัดเจนดีในการติดต่อต่าง ๆ		
4. จำนวนที่นั่งรอสำหรับผู้รับบริการ ไม่เพียงพอ		
5. อุปกรณ์เครื่องใช้ของโรงพยาบาลสามารถช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น		
6. โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ในการบริการเพียงพอ		
7. การที่ท่านต้องรอนานในจุดต่าง ๆ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทำงานไม่เต็มที่		
8. การจัดคิวตรวจรักษาเป็นไปอย่างมีระบบ แม้มีผู้ป่วยจำนวนมากก็สามารถทำโดยคล่องตัว		
9. เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นในการให้บริการ		
10. เจ้าหน้าที่แสดงอาการหงุดหงิดและรำคาญเมื่อท่านซักถาม		
11. เจ้าหน้าที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจต่อการเจ็บป่วยของท่าน		

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
12. คำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ให้ความกระจ่างในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย แก่ท่าน		
<u>หมวดที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</u>		
1. ท่านมักกังวลใจบ่อย ๆ เกี่ยวกับจำนวนเงินที่ต้องชำระเป็นค่าตรวจและ ค่ายา		
2. การรักษาที่โรงพยาบาลต้องใช้จ่ายค่ารักษาสูง		
3. การตรวจพิเศษอื่น ๆ เป็นสาเหตุทำให้ต้องใช้จ่ายค่ารักษาสูง		
4. ค่ารักษาและค่ายาของโรงพยาบาลสูงกว่าที่อื่น ๆ		
5. ยาของโรงพยาบาลมีราคาแพง		
6. การตรวจรักษาแต่ละครั้ง ท่านมักเจอปัญหาค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทาง		
7. การที่ต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน ทำให้ต้องใช้จ่ายเงินในการรักษาสูง		
8. การรักษาแผนปัจจุบันมีราคาแพง		
<u>หมวดที่ 3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล</u>		
1. แพทย์ไม่ได้แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยแก่ท่านหลังจากวินิจฉัยโรค ได้แล้ว		
2. คำอธิบายของแพทย์ยากเกินกว่าท่านจะเข้าใจได้โดยตลอด		
3. แพทย์/พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำต่าง ๆ อย่างละเอียดแก่ท่าน		
4. เมื่อต้องการตรวจพิเศษอื่น ๆ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ก่อนไปตรวจทำให้ท่านสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว		
5. เมื่อต้องการตรวจพิเศษอื่น ๆ เป็นการยุ่งยากมากหากต้องติดต่อกับห้อง ตรวจเหล่านั้นด้วยตนเอง		

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
6. การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการตรวจพิเศษต่าง ๆ มีวิธีปฏิบัติที่ยุ่งยากซับซ้อน		
7. ระยะเวลาที่แพทย์นัดแต่ละครั้งห่างกันมากจนกระทั่งขาดนัดก่อนวันนัดหลายวัน		
8. การให้คำแนะนำต่อการปฏิบัติตนมีหลายข้อยากแก่การจำ		
หมวดที่ 4 ความสะดวกในการใช้ยา		
1. เจ้าหน้าที่ห้องยาอธิบายวิธีใช้ยาอย่างลวก ๆ		
2. เจ้าหน้าที่ห้องยาอธิบายวิธีการใช้ยาแก่ท่านอย่างละเอียดจนท่านเข้าใจ		
3. ยุ่งยากมากถ้าต้องต้นขึ้นมารับประทานยาในเวลากลางคืน		
4. ท่านพอใจมากเมื่อแพทย์สั่งยาที่ใช้เฉพาะเวลากลางวันให้ท่านใช้		
5. การรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหาร ไม่มีความแตกต่างกัน		
6. ยาเม็ดเป็นยาที่ใช้สะดวกกว่ายาชนิดอื่น		
7. ยาน้ำที่เปิด-ปิดง่าย ใช้สะดวกเพราะไม่หกเลอะเทอะขณะเปิด-ปิด		
8. ท่านรู้สึกยุ่งยากในการใช้ยามากหากได้รับยาหลายชนิดและวิธีการใช้ต่างกันมาก		
หมวดที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม		
1. เมื่อท่านเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องถามด้วยความห่วงใย		
2. เมื่อท่านเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องคอยปรนนิบัติดูแลท่าน		
3. บุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องหาเอกสารเกี่ยวกับโรคหรือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยมาแนะนำท่าน		
4. ท่านต้องดูแล-ช่วยเหลือตนเองทุกอย่างเมื่อเจ็บป่วย		

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
5. เพื่อน ๆ เต็มใจพาท่านไปรักษา เมื่อท่านต้องการพบแพทย์		
6. ถ้าจำเป็นในการใช้เงินรักษา เพื่อน ๆ เต็มใจให้ความช่วยเหลือ		
7. เพื่อน ๆ แสดงการเบื่อหน่ายหรือรำคาญเมื่อท่านเจ็บป่วย		
8. เพื่อน ๆ แสดงอาการไม่พอใจที่ต้องทำงานแทนท่านเมื่อท่านหยุดงาน ขณะที่ป่วย		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย มีระดับการปฏิบัติไว้ให้เลือกตอบ 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายความว่า ท่านกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายความว่า ท่านกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเป็นครั้งคราวไม่
สม่ำเสมอ กระทำบ้างไม่กระทำบ้าง

ไม่ปฏิบัติ หมายความว่า ท่านไม่เคยกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเลย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบหลังข้อความที่ท่านได้ปฏิบัติตามความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ท่านใช้ยาสามัญประจำบ้านก่อน			
2. เมื่อเจ็บป่วยท่านซื้อยาจากร้านขายยามาใช้ เพราะมีความสะดวก			
3. เมื่อยาที่แพทย์จ่ายให้หมด ท่านนำยาที่ใช้เป็นตัวอย่าง เพื่อซื้อยา ใหม่โดยไม่ไปพบแพทย์			

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
4. ท่านพักผ่อนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย			
5. ท่านออกกำลังกายตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์			
6. ท่านปิดปาก จมูก ขณะไอหรือจาม			
7. ท่านรับประทานยาระบายเมื่อท้องผูก			
8. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ เมื่อท้องผูก			
9. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านรับประทานอาหารบ่อยครั้งขึ้น เพราะ รับประทานได้น้อยในแต่ละมื้อ			
10. ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์กำหนดให้ใช้			
11. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้ใช้			
12. ท่านรับประทานยาจนหมดตามที่แพทย์กำหนดให้ใช้แม้ว่าอาการ ทุเลาแล้ว			
13. ท่านหยุดใช้ยาทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติแล้ว ไปปรึกษาแพทย์			
14. ท่านลืมรับประทานยา			
15. ท่านรับประทานยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนดให้ใช้ในแต่ละมื้อ			
16. ระยะห่างของเวลารับประทานยาไม่แน่นอน เช่น ยาหลังอาหาร เพราะท่านรับประทานไม่เป็นเวลา			
17. เมื่อเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษาอาการเบื้องต้น (เช่น เช็ดตัว เมื่อมีไข้)			
18. ท่านไปพบแพทย์เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย			
19. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากแล้ว			
20. เมื่อยังไม่หายป่วยและยาหมด ท่านไปพบแพทย์ในสถานบริการเดิม			

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวเบญจพร ชื่อสกุล แก้วมีศรี

เกิดวันที่ 26 เดือน มีนาคม พุทธศักราช 2505

สถานที่เกิด อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 58/35 หมู่ที่ 2 ถนนสุราษฎร์ฯ - พุนดิน
ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
84000 โทร (077) - 284380

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน วิทยาจารย์ 4

สถานที่ทำงานปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2523 มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์)

โรงเรียนสุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา

พ.ศ. 2530 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2534 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

ของ

เบญจพร แก้วมีศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2534

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบและเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มีความแตกต่างกันทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ขนาดครอบครัว ความถี่ถึงของการบริการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีอายุ 15 - 60 ปี จำนวน 389 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ $t - test$ และ $F - test$

จากการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ คือ เพศ อายุ ขนาดครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ คือ
 - 2.1 ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ
 - 2.2 ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมาคือ รายได้ 2,466 - 7,410 บาท และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท
 - 2.3 ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีที่สุด รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย และลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว
 - 2.4 ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษาพยาบาลทั่วถึง มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการบริการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึง
 - 2.5 ผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษาพยาบาลชัดเจนไม่ซับซ้อนมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าการรักษาพยาบาลยุ่งยากไม่ซับซ้อน
 - 2.6 ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการใช้ยา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าไม่มีความสะดวกในการใช้ยา
 - 2.7 ผู้มารับบริการที่สังคมให้การสนับสนุน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุน

FACTORS RELATING TO ILLNESS BEHAVIORS AMONG PATIENTS
UTILIZING SERVICES OF THE OUT - PATIENT DEPARTMENT
AT SURAT THANI HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

BENJAPORN KAEWMESRI

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

March 1991

The purposes of this study are to determine and compare individual factors and environmental factors relating to illness behaviors among patients utilizing services of the out - patient department at Surat Thani hospital. The factors are : sex; age; educational level; income; occupation; family size; comprehensive services; cost of treatment; treatment complexity; convenience of medication; and social support. Samples were obtained from a stratified random sampling. They were consisted of 389 patients aged 15 - 60 years. Data were collected by structured interview. The analysis was done by using t-test and F-test.

The results were as follows :-

1. The factors were not relating to illness behaviors are : sex; age; family size; and cost of treatment.
2. The factors relating to illness behaviors are : educational level; income; occupation; comprehensive services; treatment complexity; convenience of medication; and social support.