

615.507

ศ ๒๑๓๓

๑.3

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

19 S.F. 2539

ปริญาณิพนธ์

ของ

สนิท พิงสาย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๒. ๕๕๕๖

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปัญหานี้นี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
ดุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(รศ.สุจินต์ ปรัชามารณ)

..... กรรมการ

(รศ.ทวิสิทธิ์ สิทธิกร)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(รศ.สุจินต์ ปรัชามารณ)

..... กรรมการ

(รศ.ทวิสิทธิ์ สิทธิกร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ.พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปัญหานี้นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกดุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 26 เดือน เมษายน พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้จาก รองศาสตราจารย์ สุจินต์
ปรีชา มารด และรองศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
ที่ให้การปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า
และให้ข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ จันทร์โสม อาจารย์วราวรรณ ผาโคตร
นายแพทย์สมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร นายแพทย์สมบุญ เจริญเศรษฐมท ที่กรุณาให้การปรึกษา
แนะนำ และตรวจแบบสัมภาษณ์

ขอขอบคุณ อาจารย์วิสัยลักษณ์ ชัดธีรวงศ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล
คุณกาญจนา พนมภักดิ์ คุณธณานิ หาญรัตนกุล คุณวราภินี สนธิภาค คุณพนิดา ผกานรินทร์
คุณวิชรินทร์ สดศฤงฆาร คุณนวิศ ชิมสกุล ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน และผู้มารับบริการทุกท่านที่ให้ความสะดวก
และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ คุณวิไล หิพัฒนโยธะพงศ์ ที่ช่วยให้
ความสะดวกในการติดต่อประสานงานต่าง ๆ

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่ คุณแม่ พี่ ๆ ครู
อาจารย์ทุกท่าน ที่มีส่วนในการวางรากฐานการศึกษาให้กับผู้วิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน
ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

สนิท พึ่งสาย

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	8
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
ข้อตกลงเบื้องต้น	9
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	9
ประชากร	10
กลุ่มตัวอย่าง	10
ตัวแปรที่จะศึกษา	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	11
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	16
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	16
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	64
การวิจัยในต่างประเทศ	64
การวิจัยในประเทศไทย	66
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	72
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	74
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	74
ประชากร	74
กลุ่มตัวอย่าง	76
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	77

บทที่	หน้า
ลักษณะของเครื่องมือ	77
เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ	77
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ	79
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	80
การจัดกระทำกับข้อมูล	80
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	82
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	 86
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	86
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	87
ผลการศึกษาค้นคว้า	87
 5 บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	 123
บทย่อ	123
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	123
วิธีดำเนินการวิจัย	123
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	123
การวิเคราะห์ข้อมูล	124
สรุปผลการค้นคว้า	124
อภิปรายผล	126
ข้อเสนอแนะ	138
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	140
 บรรณานุกรม	 141

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	156
ประวัติย่อของผู้วิจัย	179

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 สถิติผู้ป่วยนอกจำแนกตามงาน/คลินิกเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2527-2536 ..	2
2 แบบแผนการให้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของคนไทยเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2522 และ พ.ศ. 2528	4
3 อัตราการครองเตียงของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน เปรียบเทียบ ระหว่างปี พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2536	6
4 การเปรียบเทียบข้อแตกต่างความหมายของสุขภาพกับการเจ็บป่วย	43
5 ข้อมูลจำนวน(ราย) ผู้ป่วยนอก จำแนกตามงาน/คลินิกที่ให้การรักษาในแต่ละเดือน พ.ศ. 2536 (ต.ค. 2535 - ก.ย. 2536)	75
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยร่วมด้านประชากร	87
7 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ	91
8 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านความ เชื่อทางด้านสุขภาพ	94
9 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	95
10 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วมด้าน แรงสนับสนุนทางสังคม	96
11 จำนวนและค่าร้อยละของระดับการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง	97
12 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามเพศ	98
13 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามอายุ	99
14 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามสถานภาพสมรส	101

15	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามระดับการศึกษา	103
16	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามรายได้	105
17	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามอาชีพ	107
18	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเจ็บป่วย	109
19	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้ถึงความรุนแรง ของโรค	111
20	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของ การปฏิบัติ	113
21	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้ถึงอุปสรรคของ การปฏิบัติ	113
22	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติ	117
23	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามกลุ่มปฐมภูมิ	119
24	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามกลุ่มทุติยภูมิ	121

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 การแบ่งงานและจัดอัตรากำลังของโรงพยาบาลตากสิน	15
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ	19
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการให้ ความร่วมมือในการรักษา	22
4 ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีจากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย	42
5 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และความเจ็บป่วย	57
6 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของโรเซนสตอค (Rosenstock)	62
7 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการ ปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	71

บทที่ 1

บทนำ

บทนำ

สิ่งที่ทุกคนปรารถนา คือ เป็นผู้มีความสุข เพราะนั่นย่อมหมายถึงบุคคลนั้นจะเป็นบุคคลที่มีร่างกายสมบูรณ์ มีจิตใจอยู่ในสภาพปกติอยู่ในสังคมได้ด้วยดี และเป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับภาคิตที่ว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ การมีความสุขที่ดีเป็นสมบัติล้ำค่าของชีวิต เป็นเสมือนหนึ่งวิถีชีวิตที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขในการดำรงชีวิต และความสำเร็จในการประกอบอาชีพ ถ้าบุคคลใดมีความสุขไม่เต็ม ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคล และครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นอาภรณ์ สังคม การประกอบอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ (สุปาณี วคินอมร. 2532 : 36) แต่ในความเป็นจริงในช่วงชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งถึงแก่กรรมมีวงจรที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย สุปาณี วคินอมร (2532 : 30) กล่าวว่าภาวะสุขภาพของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในทุกขั้นตอนของชีวิต ภาวะสุขภาพที่มีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แสดงว่าเกิดความเจ็บป่วย โรคทางอายุกรรมเป็นโรคซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่สำคัญ ทั้งนี้จากสถิติผู้ป่วยนอก จำแนกตามงาน/คลินิกเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2536 ปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 สกัผู้ป่วยนอกจากแผนกตามงาน/คลินิก เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2536

กลุ่มงานคลินิก	จำนวนผู้ป่วยนอก									
	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536
อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก สูติกรรม นรีเวชกรรม วางแผนครอบครัว กุมารเวชกรรม หู คอ จมูก กายภาพบำบัด ทันตกรรม ปัจจุบันพยาบาล บำบัดยาเสพติด ผิวหนัง อื่น ๆ	29,069	31,977	33,382	38,291	37,696	43,637	45,684	46,423	50,213	48,485
	12,054	12,000	12,725	15,771	15,383	15,398	15,307	13,371	13,987	13,216
	16,474	18,071	18,487	19,181	19,391	19,059	18,366	16,598	17,060	16,899
	24,073	26,786	28,973	31,725	32,296	35,751	38,851	38,451	38,708	40,897
	11,997	12,895	13,924	11,396	10,924	10,304	9,886	9,387	9,062	9,661
	3,883	4,451	4,509	4,719	4,545	4,649	4,585	4,041	3,747	3,677
	20,224	21,370	19,994	23,174	21,083	21,581	20,719	20,337	20,140	21,232
	12,340	10,205	9,979	13,251	17,192	17,609	16,994	16,540	16,968	18,840
	8,558	12,353	12,904	11,947	10,438	10,237	10,852	11,213	11,107	10,727
	9,929	9,057	11,741	11,127	11,408	11,060	9,907	8,801	8,260	9,155
	33,895	32,881	32,118	36,233	35,392	34,514	33,274	34,350	33,008	34,753
	55,153	58,777	64,489	68,457	85,508	72,434	57,119	36,157	2,020	1,844
	7,920	7,844	8,282	7,752	6,360	4,897	2,814	2,095	2,208	1,990
	20,021	21,514	21,525	21,346	29,305	32,817	30,788	26,374	25,391	26,306
รวมทั้งสิ้น	285,190	289,730	293,012	314,370	317,921	333,927	315,146	284,138	251,875	257,542

แหล่งที่มา : (โรงพยาบาลตากสิน. 2536 : 19)

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าโรคทางอายุรกรรมเป็นโรคที่มีผู้มารับบริการตรวจรักษา มากเป็นอันดับ 1 นอกจากนี้สถิติผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2536 พบว่า โรค 10 อันดับแรกของผู้ป่วยในประเภทผู้ป่วยทั่วไป โรคทางอายุรกรรมอยู่ในอันดับ 2 (แผนกเวชระเบียน และสถิติ โรงพยาบาลตากสิน. 2536 : 19) จึงนับได้ว่าโรคทางอายุรกรรมเป็นโรคที่มีความสำคัญโรคหนึ่ง สำหรับสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและเจ็บป่วยมีผู้กล่าวไว้หลายประการด้วยกัน

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกนิยา กาญจนบุรานนท์ (2527 : 25) กล่าวถึงสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้คนเราเกิดการเจ็บป่วยมี 3 ประการคือ การขาดความรู้ในโรคนั้น มีเจตคติที่ไม่ส่งเสริมต่อการป้องกันและควบคุมโรค และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง เรื่องการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วนั้นคือการที่บุคคลมีร่างกายที่มีพัฒนาการที่ช้ากว่าปกติหรือไม่ มีการพัฒนาในบางส่วน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก มากหรือน้อยเกินไปหรือไม่มีการตอบสนองเลย มีผลต่อการปรับตัวไม่ดี มีกลไกการป้องกันอันตราย ที่อ่อนแอ ทำให้เสียความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ (กุหลาบ รัตนสังธรรม. 2531 : 12-13) บุคคลเมื่อประสบความเจ็บป่วยบุคคลย่อมแสวงหาหรือเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยของตนเอง ในทางปฏิบัตินั้นเมื่อเจ็บป่วยบุคคลอาจจะทำได้หลาย ประการ การไปรับบริการที่คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ ร้านขายยา หรือรักษาทางด้านไสยศาสตร์ เช่น หมอกลางบ้าน หมอเวทมนต์ และสถานที่ทั่วไปที่มีบุคคลทำตัว เป็นแพทย์แต่ไม่ได้ศึกษามาทางนี้หรือแม้กระทั่งการอยู่เฉย ๆ ปลอ่ยให้หายเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 165) ดังจะเห็นได้จากการสำรวจข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและกองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถึงแบบแผนการเข้ารับบริการ รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของคนไทยเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2522 และ พ.ศ. 2528 ตามลำดับ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 แบบแผนการใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของคนไทยเปรียบเทียบระหว่าง
พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2522 และ พ.ศ. 2528

บริการที่เลือกใช้	พ.ศ. 2513	พ.ศ. 2522	พ.ศ. 2528
ชื่อยากินเอง	51.4	42.3	38.6
สถานอนามัย	4.4	16.8	14.7
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5
โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน	22.7	20.4	21.8
หมอกกลางบ้านแผนโบราณ	7.7	6.3	2.4
ไม่รักษาใด ๆ	2.7	4.2	-

แหล่งที่มา : (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2537 : 17)

ในทางปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยบุคคลย่อมแสวงหาการบำบัดรักษาแตกต่างกันออกไป โคเบิร์นและโป๊ป (Coburn and Pope. 1974 : 67) ให้ความเห็นว่าบุคคลสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้ในลักษณะต่าง ๆ กัน และมักจะเลือกรักษากับผู้ที่เขาคิดว่าสามารถจะช่วยรักษาให้ความเจ็บป่วยหายไป ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 165 - 166) กล่าวว่า บุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคมแล้วจะปฏิบัติตนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาของโรค ทัศนคติและค่านิยม ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน จากตาราง 2 เกี่ยวกับแผนการใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของคนไทยพบว่า ยังมีการชื่อยามารับประทานเองในอัตราสูง ในปี พ.ศ. 2528 พบถึงร้อยละ 38.8 ถึงแม้ว่าจะลดจากปี พ.ศ. 2513 และ พ.ศ. 2522 ก็ยังพบว่ายังอยู่ในอัตราที่สูงอยู่นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยหมอกกลางบ้านแผนโบราณ หรือแม้กระทั่งการไม่รักษาใด ๆ เลยซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทั้งนี้อาจมาจากเหตุผลหลายประการด้วยกัน เช่น ความไม่รู้จากคำกล่าวของ

นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (2526 : 5) ว่าประชาชนประสบความทุกข์ยากเต็มที่ ทุก ๆ ทาง จะไปโรงพยาบาลก็ไม่สะดวก เพราะอยู่ไกล แ่นมาก ตีไม่ตีอาจถูกทุเอง่าย ๆ จะไปร้านหมอ ก็ไม่มีสตาจจึงต้องไปซื้อยากินเองทั้งที่ไม่มีความรู้

อาการเจ็บป่วยเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้บุคคลเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออยู่ในขั้นวิกฤตบุคคลจะใช้บริการแผนปัจจุบัน ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรังบุคคลจะนิยมรักษาด้วยวิธีแผนโบราณ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 165) จากการเลือกใช้บริการเพื่อการบำบัดรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันออกไปของบุคคลอีกจำนวนมากที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องของความเจ็บป่วยเหล่านี้ ทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยอีกอย่างหนึ่งที่มักพบอยู่เสมอโดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคทางอายุรกรรมคือ การขอการรักษา (ประคอง อินทสมบัติ. 2531 : 133)

การขอการรักษา ทำให้เกิดความล่าช้าหรือว่าจะมารักษาที่โรงพยาบาลเมื่อโรคมีอาการรุนแรงมากแล้วแทนที่จะมารักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ หรือรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยารับประทานเอง รักษาที่หมอกกลางบ้านเมื่อรักษาแล้วไม่หายหรืออาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าที่ควรจะเป็นจริง จากสถิติของโรงพยาบาลตากสิน พบว่า อัตราการครองเตียงของแผนกอายุรกรรมเพิ่มสูงขึ้นเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2536 ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 อัตราการครองเตียงของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสินเปรียบเทียบระหว่าง
ปี พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2536

หอผู้ป่วย	พ.ศ. 2534 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2535 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2536 (ร้อยละ)
อายุรกรรมชาย	66.67	75.26	82.50
อายุรกรรมหญิง	56.67	77.75	82.98

แหล่งที่มา : (โรงพยาบาลตากสิน. 2536 : 22)

จากตาราง 3 แสดงว่า เมื่ออัตราการครองเตียงเพิ่มมากขึ้นค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่อยู่
โรงพยาบาลของผู้ป่วยมากขึ้น และด้วยสาเหตุของความเจ็บป่วยทำให้เกิดการสูญเสียหลายประการ
เช่น สูญเสียเงินเพื่อการรักษา พบว่าในปี พ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นปีสิ้นสุดของแผนพัฒนาสาธารณสุข
แห่งชาติ ฉบับที่ 6 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยประมาณว่าจะสูงถึง 1 แสนล้าน
บาทหรือประมาณ 2,000 บาทต่อประชากรหนึ่งคน (มูลค่าปี พ.ศ. 2534) คิดเป็นประมาณร้อยละ
6.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นนี้ ประมาณได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพียงไม่เกินร้อยละ 15 อีกร้อยละ 85 เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา
พยาบาล ซึ่งเป็นค่าบริการในตรวจรักษาและค่ายา จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2530 พบว่า ค่าใช้จ่ายทางด้านการ
แพทย์และสาธารณสุขประชาชนจ่ายเองประมาณร้อยละ 75 รัฐบาลจ่ายจากภาษีอากร ประมาณ
ร้อยละ 24 ที่เหลือเป็นเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศบ้าง จากนายจ้างจ่ายให้บ้าง จากบริษัท
ประกันสุขภาพบ้าง และหากพิจารณาจากแนวโน้มก็พบว่าประชาชนมีแนวโน้มที่จะต้องจ่ายเองใน
สัดส่วนที่สูงขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2537 : 100-101) นอกจากที่จะต้องสูญเสียเงิน
เพื่อการรักษายังต้องเสียเวลาที่จะต้องพักรักษาตัว และสูญเสียกำลังงานที่จะให้ผลผลิตในการ

ประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติด้วย ถ้าประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์จะช่วยให้สามารถทำเนิงาน และทำการผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าประชาชนมีร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคภัยไข้เจ็บหรือขาดสุขนิสัยที่ดีย่อมเป็นอุปสรรคที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ (พลับพลึง บุญงามณรงค์. 2534 : 1) เป็นต้น สภาพปัจจุบันยังพบว่า ปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนและการที่ต้องสูญเสียเงิน เวลา อันเนื่องมาจากการปฏิบัติคนไม่ถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย

การที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการเจ็บป่วยที่เหมาะสมถูกต้องนั้น จากการศึกษาปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยพบว่า ความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดให้คนปฏิบัติในสิ่งที่พึงประสงค์ ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่เหมาะสมนั้นต้องสร้างความเชื่อ เจตคติ ค่านิยมให้เกิดขึ้นในบุคคลและเสนอทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยว่าคนจะแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการหรือค่านิยมที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บไข้หรือมีความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี และบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ จะช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บไข้ได้ และตนเองสามารถจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (ชนวนทอง สือสุวรรณ. 2530 : 42-44) แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่สร้างโดยชอบัมและโรเซนสตอค และปรับปรุงโดยเบคเคอร์และคนอื่น ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2531 : 7) เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และลดอันตรายจากความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์และทางเลือกอื่น ๆ ในขณะเดียวกัน แนวคิดนี้อธิบายได้ว่า ทำไมบุคคลจึงแสวงหาการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย เช่น ผู้หญิงที่รับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของเต้านม เนื่องจากมีมารดาป่วยเป็นโรคนี และรู้ว่าโรคร้ายแรงมักจะมีพฤติกรรมตรวจเต้านมของตนเองเป็นประจำ การประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลจะต้องประเมินการรับรู้เหล่านี้ การรับรู้ดังกล่าวยังขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาฐานะ เศรษฐกิจและสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2531 : 10)

จากที่กล่าวมาแล้วทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร รวมถึงศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยร่วมด้านประชากร และปัจจัยร่วมทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ย่อมทำให้เป็นแนวทางในการวางแผนสุขภาพเพื่อยุติให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการเจ็บป่วยของบุคคล และยังเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ให้เข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้น แล้วยังเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมให้บุคคลรู้จักดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ตามตัวแปร กลุ่มปฐมภูมิ กลุ่มทุติยภูมิ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความเชื่อทางด้านสุขภาพ และหาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย แล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวางแผนสุขภาพ โดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เพื่อให้ได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่ถูกต้องในเชิงป้องกัน และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล โรคทางอายุรกรรม
- / 3. เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวินิจฉัยพฤติกรรมแล้วนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้องการ แก้ไขว่ามิสาเหตุมาจากอะไร มีความสัมพันธ์กับอะไรบ้าง เพื่อนำเอาความรู้ความเชื่อที่ถูกต้องไป แก้ไข เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป
- / 4. เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในเรื่องฐานะปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้รับ บริการ
5. เพื่อเสริมสร้างและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ถูกต้องใน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
- / 6. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษากับประชาชนที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน และต้องมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ไม่มีปัญหา เกี่ยวกับการพูด การได้ยิน ไม่มีความผิดปกติทางจิต ไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา และประเภทผู้ป่วยเก่า-ใหม่

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน โดยมีขอบเขตในการศึกษา ค้นคว้าดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมีอายุระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 4,228 คน โดยเฉลี่ยต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2536

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ทั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากร จำนวน 365 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) มีดังนี้

1.1 ปัจจัยร่วมด้านประชากร จำแนกเป็น

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.1.4 ระดับการศึกษา

1.1.5 รายได้

1.1.6 อาชีพ

1.2 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำแนกเป็น

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

1.2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

1.2.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ

1.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

1.2.5 แรงจูงใจในการปฏิบัติ

1.3 ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็น

1.3.1 กลุ่มปฐมนิเทศ

1.3.2 กลุ่มญาติ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การปฏิบัติตนของผู้ที่มาใช้บริการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ปัจจัยร่วมด้านประชากร หมายถึง ตัวกำหนดที่บอกให้ทราบถึงสถานภาพของประชากร เป็นลักษณะเฉพาะของผู้มาใช้บริการ ได้แก่

1.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้มาใช้บริการ

1.1.1 ชาย

1.1.2 หญิง

1.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มของผู้มาใช้บริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2527 : 308) ได้แก่

1.2.1 15-20 ปี

1.2.2 21-45 ปี

1.2.3 46-60 ปี

1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบันของผู้มาใช้บริการ ได้แก่

1.3.1 โสด

1.3.2 คู่

1.3.3 หย่า-หม้าย

1.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้มาใช้บริการ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2529 : 85-86) ได้แก่

1.4.1 ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา

1.4.2 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา

1.4.3 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา

1.4.4 สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยม

1.5 รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48) ได้แก่

1.5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

1.5.2 ตั้งแต่ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน

1.5.3 สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

1.6 อาชีพ หมายถึง อาชีพในปัจจุบันของผู้มารับบริการ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 6) ได้แก่

1.6.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่รับราชการหรือทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

1.6.2 ลูกจ้างเอกชนหรือส่วนตัว หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ

1.6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

1.6.4 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด

1.6.5 นักเรียนหรือนักศึกษาหรือไม่ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาชีพหรือกำลังศึกษาเล่าเรียน

2. ความเชื่อทางด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่มีต่อโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งอาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้องหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ แต่เป็นความรู้สึกและการรับรู้ที่เกิดขึ้นจริงและฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจอันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้อุบัติตามความเข้าใจนั้น

ความเชื่อทางด้านสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกหรือการประเมินของผู้มารับบริการที่คิดว่าตนเองนั้นมีโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้มาก ปานกลาง หรือน้อยเพียงใด

2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกหรือการประเมินของผู้มารับบริการเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่มีต่อชีวิต และผลของโรคนั้นมีความรุนแรงในระดับที่ก่อให้เกิดความพิการ การตาย ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือการที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามปกติได้มาก ปานกลางหรือน้อยเพียงใด .

2.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ หมายถึง การประเมินถึงผลประโยชน์หรือผลดีที่ผู้รับบริการจะได้รับ เมื่อมีการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานให้บริการสาธารณสุขของรัฐ หรือสถานบริการอื่นที่มีแพทย์แผนปัจจุบันประจำอยู่ รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลตนเองอย่างถูกต้องจะช่วยบำบัด รักษาบรรเทาอาการ และควบคุมโรคให้ผู้มารับบริการมีชีวิตอย่างปลอดภัย

2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การประเมินถึงอุปสรรคหรือผลเสียที่ผู้มารับบริการจะได้รับ เมื่อมีการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐหรือสถานบริการอื่นที่มีแพทย์แผนปัจจุบันประจำอยู่ เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะต้องเสีย ความไม่สะดวกสบายในการเดินทางมารับบริการ หรือความวิตกกังวลในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์

2.5 แรงจูงใจในการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึกหรือการประเมินเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติตนเพื่อเพิ่มภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี รวมถึง ความสนใจห่วงใยสุขภาพของตนเอง มีความต้องการในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและการดูแลตนเอง

3. ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลเกิดมีอาการเจ็บป่วยและได้รับการยอมรับในการเจ็บป่วยนั้น โดยรวมถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงินสิ่งของ ได้แก่

3.1 กลุ่มปฐมภูมิ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน

3.2 กลุ่มทุติยภูมิ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

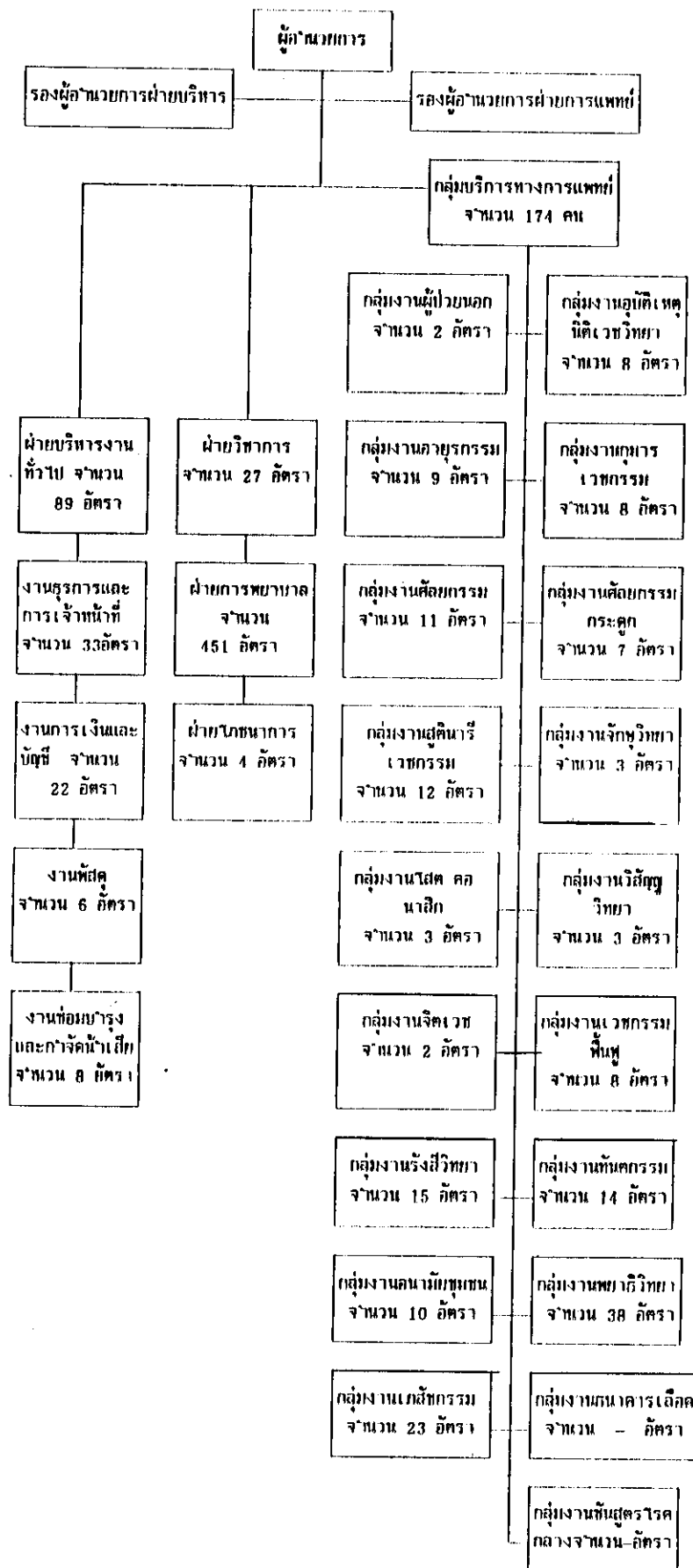
4. ผู้มารับบริการ หมายถึง ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ซึ่งอยู่ในสภาพที่ช่วยให้สัมภาษณ์หรือให้ข้อมูลได้ โดยไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยินหรือมีอุปสรรคทางจิต

5. การปฏิบัติตนของผู้มารับบริการ หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อร่างกายเกิด การเจ็บป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติโดยมีรูปแบบการปฏิบัติ ดังนี้คือ การมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยมีการวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษา การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเป็นการประวิงเวลา รอดูอาการ สภาวะการส่งเลอยู่ในช่วง คัดล้นใจ และการปฏิบัติในสิ่งตรงข้ามไม่คิดว่าตนเจ็บป่วย

6. ความเจ็บป่วย หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของบุคคลเกิดความไม่ สบายทั้งร่างกายและจิตใจ ขาดความสมดุลขึ้นในตัวตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง

7. แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม หมายถึง แผนกที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ ผู้รับบริการด้วยโรคทางอายุรกรรมทั่วไป ภูมิแพ้ ผิวหนัง เอดส์ เบาหวาน ระบบทางเดินหายใจ โรคไต ปวดศีรษะ อุจจาระร่วง ทางเดินอาหาร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่รับพักรักษาค้างคืนใน โรงพยาบาล

8. โรงพยาบาลตากสิน หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีสถานภาพ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 320 เตียง สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร กระทรวง มหาดไทย มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป โดยมีการแบ่งงานและจัดอัตราค่าส่ง ตั้งปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การแบ่งงานและจัดอัตรากำลังของโรงพยาบาลตากสิน พ.ศ. 2537
แหล่งที่ : (โรงพยาบาลตากสิน. 2537)

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 241) เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดต่อสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นก็จะ เป็นเครื่องกำหนดความโน้มเอียงในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ของบุคคลนั้น (Schelbe. 1970 : 159) จึงกล่าวได้ว่าความเชื่อเป็นสิ่งที่ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Jasmin and Trygstad. 1979 : 8) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น ๆ (Rockeach. 1970 : 112) ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำและยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุธีรา อายุวัฒน์. 2527 : 1-2)

ในการอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้นได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง ในปี ค.ศ. 1950 ทั้งนี้เนื่องมาจากความร่วมมือของประชาชนทางด้านการสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพลดลง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านนี้จึงพยายาม

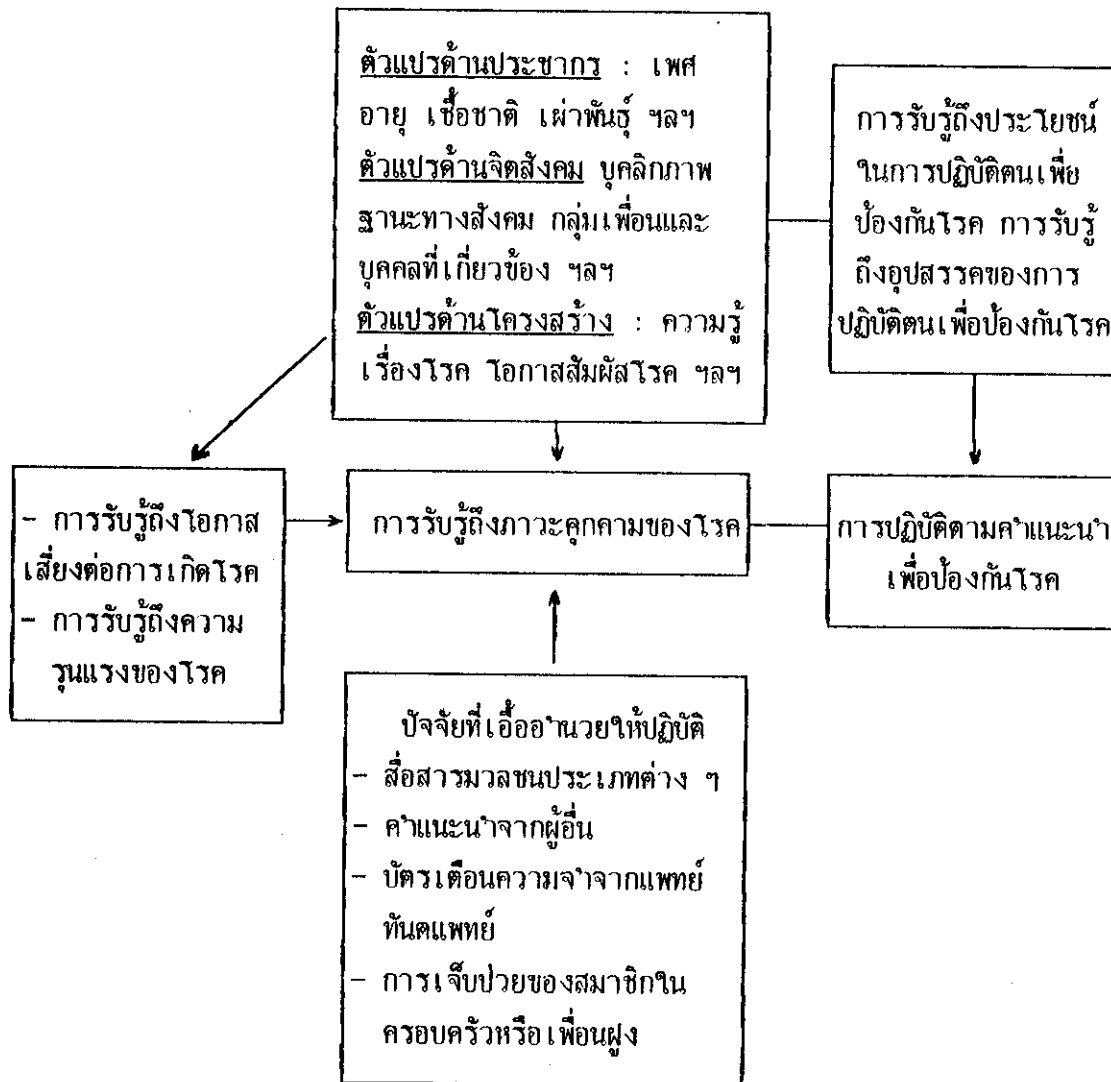
ศึกษาสาเหตุและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ประชาชนให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นในด้านการป้องกัน การสื่อค้นและการรักษาโรค (Mikhail. 1981 : 65; อ้างอิงมาจาก Rosenstock. 1974 : 1)

ในปี ค.ศ. 1958 ฮอคบาสม์ (Hockbaum) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแผนการเรียนรู้เฉพาะ เจาะจง และได้มีการปรับปรุงโดยนำเอาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) มาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล แบบแผนที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เรียกว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) องค์ประกอบพื้นฐานของ แบบแผนนี้อาศัยตัวแปรทางจิตสังคมวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงหรือภาวะที่ไม่แน่ใจ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลนี้ ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและผลที่ได้จากการกระทำของตน (Becker and Maiman. 1975 : 11) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเป็นแบบใดนั้นจะ ต้องขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ 1. แรงจูงใจที่หลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยหรือวิธีการที่จะทำให้ สบายขึ้น 2. ความต้องการที่มีสุขภาพดีและ 3. ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ จะป้องกัน ความเจ็บป่วย (Becker and others. 1977 : 349) ซึ่งความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้น ได้ต้องอาศัยเวลาและความเชื่อจะเป็นไปในทางใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของ สังคม วัฒนธรรม ประสพการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ รักษาพยาบาล เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ (Perception) และพัฒนา ไปเป็นความเชื่อในที่สุด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกมีประโยชน์เพียงเพื่อชี้ทำนาย ความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งสร้างโดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's motivation theory) ซึ่งมีสมมุติฐานว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกัน โรคหรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น นอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าแรงจูงใจความรู้ เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการ

ปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพและจะไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker and Maiman. 1975 : 12) และจากการศึกษาของโรเซนสตอค (Rosenstock. 1974 : 2-3) พบว่า แบบแผนด้านความเชื่อด้านสุขภาพนี้ พัฒนามาจากแนวความคิดของเลวิน (Lewin) ที่ว่ามนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life Space) ซึ่งประกอบด้วยบริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นลบ และบริเวณที่เป็นกลาง ส่วนโรคสามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องพยายามผลักดันมนุษย์ให้หนีไปจากบริเวณที่เป็นลบ อีกทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลยังเกิดจากแรงดึงดูดของบริเวณที่เป็นบวกและแรงผลักดันของบริเวณที่เป็นลบด้วย จากแนวคิดนี้เองที่เป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า 1) คนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตและ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ และในการปฏิบัตินั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้นยังประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และตัวแปรทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าว มีส่วนประกอบสำคัญดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม การแสดงออก
 (Individual Perceptions) (Modifying Factors) (Likelihood of Action)



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ
 แหล่งที่มา : (Rosenstock. 1974 : 7)

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้น จะต้องมององค์ประกอบต่อไปนี้คือ (Maiman and Becker. 1974 : 21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติสิ่งที่จะต้องเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจได้ว่าจะเกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น
2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพโดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น
3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to Action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

หลังจากที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพตามแนวคิดของเลวิน ได้ถูกนำมาเสนอ และใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต่อมาได้มีนักวิชาการและนักวิจัยอีกหลายท่านเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาศัยทฤษฎีในการตัดสินใจเลือกการกระทำ (Mikhail. 1981 : 66-69; อ้างอิงมาจาก Maiman and Becker. 1974 : 9-25) ซึ่งใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาและมีสมมุติฐานคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดย 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ 1) ค่านิยมของบุคคลที่มีเป้าหมายในการปฏิบัติ และ 2) การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman and Becker. 1974 : 25)

นอกจากนี้ คาสล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb. 1966 : 246) ยังประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยในส่วนของความร่วมมือในการรักษาที่เบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงขึ้นใหม่ โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ปรากฏตามภาพประกอบ 3 (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. 2531 : 37; อ้างอิงมาจาก Becker. 1974 : 88-89)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ในการให้ความร่วมมือในการรักษา

แหล่งที่มา : (Becker and others. 1974 : 89)

จากภาพประกอบ 3 เห็นได้ว่าตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่ 1) แรงจูงใจ 2) การรับรู้ถึงคุณค่าของการลดความเจ็บป่วย ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และ 3) การให้ความร่วมมือเพื่อลดความเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษา ส่วนตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วมนั้นได้แก่ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ทักษะของผู้ป่วยต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพและสิ่งเอื้ออำนวยต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเคอร์ ได้ปรับปรุงแล้วนั้นได้มีผู้นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มบุคคลและการเจ็บป่วยในโรคต่าง ๆ กันอย่างแพร่หลายนี้ ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 ประการ (นิตยา เป็นฉา. 2535 : 13; อ้างอิงมาจาก Becker. 1974 : 409-414; Becker. 1975 : 13-20) ดังต่อไปนี้คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)
 2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความล้นเหลือหรืออุปสรรคต่าง ๆ (Perceived Benefits and Cost)
 4. แรงจูงใจ (Motivation)
 5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย (Modifying and Enabling Factors)
1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)

เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรคดังกล่าวจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อยับยั้งโรคและเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534 : 30) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพัฒนามาจากแนวความคิดทฤษฎีพลังสนามของเลวิน (Lewin's Field Theory) ที่กล่าวว่า มนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life Space) ซึ่งประกอบด้วย 3 บริเวณ (Region) คือ บริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นกลาง และ

บริเวณที่เป็นลบ สำหรับเชื้อโรคอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น เพราะฉะนั้นจึงพยายาม ผลักดันมนุษย์ที่อยู่บริเวณลบออกไปให้พ้นจากส่วนนี้ ดังนั้นมนุษย์จึงสร้างแรงต้านทานเพื่อต่อต้าน เชื้อโรค โดยการสร้างความเชื่อให้เกิดขึ้นกับตนเองในการหลีกเลี่ยงภาวะโรค กล่าวคือ มนุษย์ จะมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคและเมื่อเกิดเป็นโรคจะทำให้ร่างกายส่วน ใดส่วนหนึ่งเป็นอันตราย เพราะฉะนั้นจึงต้องมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อลดโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรค (Rosenstock. 1974 : 330)

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเป็นความเชื่อ ซึ่งมีผลโดยตรง ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้จะแตกต่างกัน ออกไปแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าผู้อื่น ดังนั้นบุคคล เหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน (รุ่งกาน ศรลัมพ์. 2530 : 19)

โรเซนสตอค (Rosenstock. 1966 : 99) ได้อธิบายถึงลักษณะการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเป็นโรคว่าเป็นความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับกลางและบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย กว่าผู้อื่นเพราะฉะนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ กอชแมน (Gochman. 1972 : 286) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าบุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีระดับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วยและ จะก่อให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยอีกด้วย (Suchman. 1970 : 105-110) นอกจากนี้ เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อ บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาส เสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเน เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนมีโอกาสร้อยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนได้มากขึ้น ดังนั้นในภาวะของความเจ็บป่วยพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้วจะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ 3 ด้านคือ (Becker. 1974 : 83)

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคในรายที่มีอาการหนักมาก ในรายที่ไม่ไว้ วางใจแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัยโรค หรือในรายที่มีความเชื่อผิด ๆ ในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้น และทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนต่อความเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความรุนแรงของโรคซ้ำหรือการกลับเป็นซ้ำ ในรายที่เคยมีอาการมาก่อน

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก ฮอคบาอ (Hochbaum. 1958 : 1-28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ได้มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาทางสุขภาพของนักวิจัยเป็นจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ในปี ค.ศ. 1966 พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้มาติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลลิงและคนอื่น ๆ (Elling and others) พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาติค้ำในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนิซิลินและการพาบุตรมาตรวจตามนัด (Becker. 1974 : 83) เบคเคอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1977 : 348-368) พบว่า การรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เมื่อมีน้ำหนักร่างกายจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการนำบุตรมาตรวจตามนัด

การศึกษาของแบทติสเทลลา (Battistella. 1968 : 308-319) ซึ่งพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาของ ซุชแมน (Suchman. 1970 : 105-110) ก็สนับสนุนความคิดดังกล่าว โดยพบว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จึงจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เทอร์เวล

และฮาร์ท (Terrell & Hart. 1980 : 490) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย ฮาลาล (Hallal. 1982 : 137-140) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองด้วยตนเองเป็นประจำ การศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสุมิทธิ์ (2529 : 80) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : ก) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด นิตยา เป็นฉ่ำ (2535 : ก) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ในทางตรงข้ามการศึกษาของ กอร์ดิส และคนอื่น ๆ (Gordis and others. 1967 : 957-968) ที่พบความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างความเชื่อของมารดาต่อโอกาสที่บุตรจะเป็นไข้มาดิกกลับซ้ำกับการปฏิบัติตามคำแนะนำ สุภาพ ใบแก้ว (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าจะเป็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนี้จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง นอกจากนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์นั้นก็ขึ้นอยู่กับความรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยคือ ถ้าอยู่ในระดับต่ำอาจมีแนวโน้มให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยไม่เหมาะสม (Haven and Juelsqard. 1978 : 414) และจากการศึกษาวิจัยหลาย ๆ ครั้ง เบคเคอร์ (Becker. 1974 : 409-419) ได้สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคแล้ว ถึงแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนก็ตาม แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยอาจจะไม่เกิดขึ้นถ้าหากบุคคลมี

ความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อวัยชราหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมก็จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ว่าควรจะทำปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยหรือเป็นความรุนแรงที่ผู้ป่วยประเมินว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534 : 6) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการยอมรับว่าบุคคลถึงจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยก็ไม่ได้เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา บุคคลจะต้องมีความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมของเราด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้พฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (Becker. 1974 : 84) ในการตัดสินใจว่าโรคหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ มีความร้ายแรงมากน้อยเพียงใด อาจวัดได้จากความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อเราได้รู้ถึงความร้ายแรงของโรค เช่น การที่ต้องใกล้ชิดหรือติดต่อกับผู้ป่วยโรคนั้น ๆ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคคลนั้นจะได้รับในยามเจ็บป่วยหรือต้องเผชิญหน้าเมื่อเขาป่วยหรือเป็นโรคนั้น ๆ เช่น เขาอาจจะกังวลเมื่อได้รับรู้ถึงผลที่จะเกิดจากวิธีการรักษาพยาบาลความพิการหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความตายหรืออาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้เรามีอายุสั้นกว่าที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามบุคคลอาจจะรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคใดโรคหนึ่งมากกว่าอีกโรคหนึ่ง (Becker and others. 1974 : 348) การรับรู้ความร้ายแรงของโรคของแต่ละบุคคลอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะได้รับผลจากสิ่งแวดล้อมนอกต่างกัน เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม การงานอาชีพ ความสัมพันธ์ทางสังคมของเรา เช่น บุคคลหนึ่งอาจไม่เชื่อว่าโรคเป็นโรคร้ายแรง แต่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ เช่น ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ความรังเกียจของบุคคลอื่น บุคลิกลักษณะ สถานภาพของบุคคลเหล่านี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความเชื่อและการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคได้

การรับรู้ความร้ายแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล (Becker. 1974 : 334) นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Ruth. 1973 : 147) คือการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและความเข้าใจเกี่ยวกับความร้ายแรง ไม่ว่าความเจ็บป่วยนั้นปรากฏให้เห็นจากสภาพร่างกาย หรืออาการที่แสดงหรืออาจจะไม่ปรากฏให้เห็น การรับรู้

เกี่ยวกับความร้ายแรงเป็นตัวแปรที่สำคัญมากในการกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ประการสำคัญ การรับรู้ความร้ายแรงของโรคมิได้หมายถึงความร้ายของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการ ประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค (Rosenstock. 1974 : 354 - 380) และการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเพิ่ข้ภาวะความเจ็บป่วยนั้น หรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อและวิตกกังวลอย่างมากต่อความรุนแรงของ โรคอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิเสธภาวะเจ็บป่วยนั้น ๆ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำก็ได้ (Hellenbrand. 1983 : 220) ได้มีการรายงานการวิจัยหลายฉบับพบว่าการรับรู้ถึงความ รุนแรงของโรคมิความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (HRB = Health Related Behavior) เช่น การศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของ โรคมิความสัมพันธ์อย่างมากกับการมารับภูมิคุ้มกันโรค (Cummings and others. 1979 : 639-649; อ้างอิงมาจาก Rundoll and wheller. 1979 : 191-200) มิคเชล (Mikhail. 1981 : 69) ได้กล่าวถึงการศึกษาของเค็กเกิลส์ (Kegeles) ในปี ค.ศ. 1963 และการศึกษา ของแท็สและคนอื่น ๆ (Tash and others.) ในปี ค.ศ. 1969 ที่พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรง ของโรคมิความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพพัน (Kegeles. 1963; Tash and others. 1969; Mikhail. 1981 : 69) ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann. 1962 : 73-81) ในเรื่องการรับประทานยาเพนิซิลินเพื่อบังคับการเกิดไข้รูมาติกของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาตามคำแนะนำคือผู้ที่มีความเชื่อว่าไข้รูมาติกเป็นโรคที่รุนแรง ซึ่งตรง กับการศึกษาของกอร์คิสและคนอื่น ๆ ที่พบว่ามารดาที่เชื่อว่าไข้รูมาติกมีความรุนแรงปฏิบัติในการ ให้อาแก่บุตรตามคำแนะนำมากกว่ามารดาในกลุ่มอื่นและสอดคล้องกับการศึกษาของชาร์นีย์และคนอื่น ๆ (Charney and others) ที่พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคคออักเสบและท่อน้ำทรวงอก มิความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับการพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด (Becker. 1974 : 412) นอกจากนี้เนลสันและคนอื่น ๆ (Nelson and others. 1978 : 903) ยังเสนอผลการศึกษา ไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับในประเทศไทย จากการ ศึกษาของ สันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไวลีย์ (2517 : 80) พบว่า ลักษณะความร้ายแรง

ของอาการของโรคที่เป็น (ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) มีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายในรูปแบบที่เป็นตัวเงินและ
ไม่เป็นตัวเงิน (ความรู้สึกทางจิตใจ) มีค่าลดลงความร้ายแรงของโรคที่ผู้ป่วยคิดว่าต้องรักษา
เช่น มีความเจ็บป่วยหรือคิดว่าจะทำให้ร่างกายไร้สมรรถภาพ การทำนายความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น
ในอนาคตอันใกล้ขึ้นอยู่กับความยุ่งยากลำบากที่เกิดขึ้น เช่น เจ็บปวด อาย กลัวเสียโฉม ไม่แน่ใจ
ในอาการของโรคที่เป็นคิดว่าเป็นผลให้ทำงานไม่ได้หรือไร้สมรรถภาพหรือคิดว่าจะตาย ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาของเบญจา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิชกุล (2529 : 36-43) ในเรื่อง
สุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านภาคเหนือของประเทศไทยที่ได้ข้อสรุปว่าปัจจัยหนึ่งที่ชาวบ้าน
ใช้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการรักษาเมื่อเจ็บป่วยคือความร้ายแรงหรือความมากน้อย
ของการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง กล่าวคือถ้ามีอาการน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง หากมากขึ้นไปอีกก็หันไป
พึ่งหมอในท้องถิ่นได้แก่ หมอบ้าน หมอพระ ฯลฯ หรือเจ้าหน้าที่อนามัยเบื้องต้น และถ้ามีอาการ
รุนแรงมากจึงต้องพึ่งพาโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย นงมล สิ้นสุพรรณ (2528 : 18) ก็พบ
เช่นกันว่ามารดาที่ไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนและไม่รู้ถึงความร้ายแรงของ
โรคแล้วจะไม่พาบุตรไปฉีดวัคซีน กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรง
ของโรคปอด มีความสัมพันธ์การขอการรักษา ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความร้ายแรงของโรคปอด
น้อยกว่าจะมีระยะเวลาการขอรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรค
มากกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ
ตามคำแนะนำไม่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและ
ประโยชน์ของการรักษา (Andreoli. 1981 : 32) และการศึกษาของชาร์เนอร์และคนอื่น ๆ
(Becker. 1974 : 412) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่รุนแรงปฏิบัติตามคำแนะนำไม่
แตกต่างกัน สุภาพ ใบแก้ว (2528 : ค) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์
กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ นิตยา
ภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ
ในการรักษา ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : ก) พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไม่
มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
สำหรับผลลบที่กล่าวมานี้ผู้วิจัยได้เสนอความคิดว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านจิตวิทยา

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงหรือในขณะที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการรุนแรง

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ส่วนในกรณีที่ได้ผลลบจะต้องพิจารณาตัวแปรทางด้านอื่น เช่น ประสบการณ์เดิม และพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุต่าง ๆ กัน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ (Perceived Benefits and Costs)

การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การสืบค้น หรือการรักษาโรค (Mikhail. 1981 : 81) ดังนั้นการรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาจึงนำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรคได้

การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) และการรับรู้ถึงความร้ายแรงหรืออาการของโรค (Severity) เป็นสภาวะจิตใจและความพร้อมที่จะกระทำหรือปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อไป และการที่บุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจและการได้รับรู้ถึงผลประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรค (Barriers) ตลอดจนความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นก็คือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด คือสามารถป้องกันความเจ็บปวดหรือลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อภาวะสุขภาพได้และมีอุปสรรคน้อยที่สุดซึ่งอุปสรรคในที่นี้หมายถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะต้องเสีย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าพาหนะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงอุปสรรคในแง่ทางกายภาพ (Physical) เช่น การเดินทาง ความสะดวกสบายและอุปสรรคทางด้านจิตใจ (Psychological) เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุข ความวิตกกังวลในการปฏิบัติสิ่งที่ไม่เคยชิน เป็นต้น

แม้ว่าคุณจะทราบว่าภาวะวังเวงสุขภาพต่อร่างกายหรือการป้องกันในระยะแรกจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ แต่ถ้าวีการนั้นมีอุปสรรคมากก็จะทำให้เกิดข้อขัดแย้งและหลีกเลี่ยงได้อย่างไรก็ตาม ถ้าบุคคลมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่สูงมากและไม่มีอุปสรรคมากนัก โอกาสที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมกาเจ็บป่วยก็ยิ่งเป็นไปได้ในทางตรงกันข้าม แม้ว่าความพร้อมทางด้านจิตใจจะไม่สูงมากแต่อุปสรรคมากพฤติกรรมกาป้องกันสุขภาพหรือพฤติกรรมกาเจ็บป่วยก็ยากที่จะเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ถ้าเจ้าหน้าที่ยังต้อนรับไม่ดี ย่อมทำให้มารดาไม่อยากไปรับบริการอีก แต่ถ้ามารดาบางคนอยู่ใกล้สถานที่และรู้ถึงผลดีของการฉีดวัคซีนก็มักจะพาบุตรไปฉีดหรือถ้ามารดานั้นไม่เคยรู้ถึงผลดีของการฉีดวัคซีน แล้วยังมีการะการทำงานการพาบุตรไปต้องทำงาน การเดินทางไม่สะดวกมารดาอย่ามไม่พาบุตรไปฉีดวัคซีน นั่นคือกาที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวีการนั้น ๆ ต้องเป็นวีที่เขาคือว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์ต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรค (Becker and Maiman, 1975 : 13-25) มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาของเทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell and Hart, 1980 : 492) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการออกกำลังกายตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal, 1982 : 140) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและการศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสนันท์ (2529 : 82) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นลิ่งมีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี อรทัย รวยอาจิน และกาญจนา แก้วเทพ (2523 : 73-78) พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยชนบทที่ยากจนจะลดความวิตกกังวลด้วยการแสวงหาแหล่งบริการอื่นที่เสียค่าใช้จ่ายถูกกว่า เช่น การไปรักษาที่หมอกกลางบ้านและยังพบอีกว่าผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการหรือไม่ขึ้นอยู่กับยัทยาัยของเจ้าหน้าที่ ความสะดวกรวดเร็วของบริการไม่เสียเวลาคายนานและสามารถเดินทางไปได้สะดวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิต ชุนหลวงศิริกุล (2524 : 163-169) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่โรคปอดมี

พฤติกรรมการศึกษาที่ไม่สม่ำเสมอก็เนื่องจากการตัดสินใจเรื่องการทํามาหากินและค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่จะไปรับยาจากหน่วยบริการที่อยู่ห่างไกล ส่วนอุปสรรคทางด้านจิตใจนั้นก็เกิดขึ้นเนื่องจากช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยแพทย์จะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมบุคคลธรรมดาในสังคม ผู้ป่วยกลุ่มที่สถานภาพต่ำจะรู้สึกขัดแย้งมากใจในการติดต่อสั่งสวรงค์และจะทำให้ประชาชนไม่ยอมมาใช้บริการ ถ้าการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรงประชาชนก็จะหันมารักษาตนเองก่อน (สันติ ศรีสริ. 2525 : 12) ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : ก) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ต่ออุปสรรค อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการวิจัยที่ให้ผลในทางลบคือ กอร์ติส และคนอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในการศึกษามารดาของบุตรโรคไข้มาดิก (Becker. 1974 : 413) และจากการศึกษาของสตีลแมนไม่สามารถสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยหญิงที่มีความเชื่อต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมอยู่ในระดับสูง ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 70 (Stillman. 1977 : 127) พวงพยอม การวิญญู (2526 : 166) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือนในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 108) พบว่า การรับรู้ในด้านนี้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือนในการรักษาเช่นกัน การรับรู้เกี่ยวกับความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะมีการสะสมเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรวบรวมรายงานวิจัยต่าง ๆ โดย มิคเชล (Mikhail. 1981 : 70) สรุปได้ว่าการลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อยและถ้าบุคคลหรือผู้ป่วยต้องประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวกหรือไม่สิ่งที่เอื้ออำนวยก็มักจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม ความไม่ร่วมมือนในการรักษา พบได้เสมอในรายที่ยังไม่แน่ใจถึงผลดีของข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวหรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาหรือการรักษาบางอย่างและในรายที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน สรุปได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความร่วมมือนในการรักษา ดังการศึกษาของ เทอร์เรล และ ฮาร์ท (Tirrell and Hart. 1980 : 490) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือน

ในการออกกำลังกาย และ นิตยา ภาสนันท์ (2529 : 25) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติคนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เป็นต้น

สรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายตลอดจนอุปสรรคต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและความสามารถชี้ทำนายถึงพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้

4. แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งหมายถึงความแตกต่างของอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัยที่ต่างกัน สิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะเสาะแสวงหาและยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางรายอาจเกิดจากความกลัวกลุ่มกังวลใจ (Mikhail. 1981 : 70) เป็นต้น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจนี้มักจะวัดออกมาในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและความตั้งใจหรือความต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา โรเซนสตอค (Rosenstock. 1975 : 402-403) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมแก่ประชาชนเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสนใจเข้าร่วมในโปรแกรมการตรวจหาความผิดปกติของโรคนี้ เบคเคอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1977 : 353) พบว่า มารดาที่สนใจในสุขภาพของบุตรให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนัก และการนำบุตรมาตรวจตามนัด ไฮน์เซลมานน์ และแบ็กเลย์ (Heinzelmann and Bagley. 1970 : 906) พบว่า เหตุผลของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายคือ ต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ต้องการป้องกันการเกิดโรค ต้องการใช้เป็นเครื่องหย่อนใจ และให้ความสนุกสนานด้วย พวงพยอม ภาสนันท์ (2526 : 110) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นิตยา เป็นฉ่ำ (2535 : ข) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถ

ทนายการปฏิบัติคนเพื่อคงสุขภาพให้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : ก) ศึกษาวิจัยพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอตาเนินสะตอก จังหวัดราชบุรี จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วผลที่พบว่า มีความ สอดคล้องกัน แต่พบว่า มีผลการศึกษาวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ การศึกษาของมิลเลอร์และคนอื่น ๆ (Miller and others. 1984 : 270) ที่รายงานไว้ว่า ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่ในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงสุขภาพ การรับประทานยาและการลดความเครียด

ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 ประเภะนั้น ล้วนแต่พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้แล้วส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันรักษา สุขภาพ แล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ของบุคคลดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย (Modifying and Enabling Factors)

ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying Factors) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สว่าง สุวรรณ. 2534 : 32) ปัจจัยร่วมได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ที่คนคิด ปฏิสัมพันธ์ และ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยจากการศึกษาวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนาย ความร่วมมือในการป้องกันรักษาสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย (Becker and Maiman. 1980 : 113-131) และตัวแปร ทางด้านสังคม เช่น เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการ ป้องกันและรักษา (Becker and Maiman. 1975 : 11-16) และจากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วมที่ให้ผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ

เจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมภาพที่ดีเป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการของเจ้าหน้าที่และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ทำให้ความเป็นกันเอง การยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย (จำวัน สุตติ. 2537 : 39) จากการที่กล่าวมาแล้วนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยร่วมต่าง ๆ ไว้ดังนี้

5.1 ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนทางจิตวิทยาสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ แรงสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลหนึ่งได้รับความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ จากบุคคลอีกคนหนึ่งมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับการมารับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2537 : 29) โดยปกติกลุ่มทางสังคมสามารถจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท (สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2537 : 34) คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิมีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ในระยะแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic) สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง
2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน
3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปกรณ์ต่าง ๆ
4. กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ

บราวน์ (Brown. 1986 : 4-9) และแมคเอลเวิน (MacElveen. 1978 : 320-323) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน โครเนนเวท

(Cronenwett. 1985 : 93-99) ศึกษาพบว่า ในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ซึ่งการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของบราวน์ที่พบว่าคู่สมรสช่วยให้ความเครียดลดลง จึงมีผลอย่างมากต่อสุขภาพ คร่าศึกและบุตร (Dracup and Breu. 1978 : 212-216) พบว่า ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์จากคู่สมรสเป็นอันดับแรกและจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเป็นอันดับรองลงมา แต่สำหรับบุคคลที่กำลังป่วยและรับการรักษานผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีนั้นต้องการพยาบาลที่ชำนาญโดยเฉพาะ ไฮน์เซลมานน์และแบกเลย์ (Heinzelmann and Baqley. 1970 : 905) พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างแรงสนับสนุนจากคู่สมรสและความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ เฮนตินเน (Hentinen. 1983 : 519) ที่พบว่าผู้ป่วยชายกล้ำเนื้อหัวใจตาย ต้องการแรงสนับสนุนช่วยเหลือจากภรรยา แต่ถ้าเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลการปฏิบัติตัวเขาต้องการแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เบคเคอร์และไมแมน (1975 : 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ยังพบในรายงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมว่า เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความร่วมมือในการไปรับภูมิคุ้มกันโรค (Gray and others. 1966 : 2028-2031) และการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจในแผนกผู้ป่วยนอก (Willcod. 1965 : 790-792) คูลิงเกอร์ (Kulinger. 1984 : 33) พบว่ามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญ

อิลีเยค ฟรีดสัน (Friedson. 1973) เป็นนักสังคมวิทยาคนแรกที่ทำให้ความสนใจและให้ความสำคัญแก่ระบบการส่งต่อโดยบุคคลธรรมดาที่ไม่ใช่แพทย์ (Lay Referral System) ในการเข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาความเจ็บป่วย เขากล่าวว่า ระบบการส่งต่อโดยบุคคลธรรมดาที่ไม่ใช่แพทย์เป็นกระบวนการของการลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยเริ่มประสบอาการ และสวมบทบาทผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยมีความ

ต้องการที่จะตัดสินใจว่าอาการที่เขาเป็นอยู่นี้ควรทำอย่างไร แต่กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยนี้ จะถูกครอบงำโดยผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง และผู้มีอิทธิพลต่อบุคคลในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตั้งแต่กำหนดว่าอาการนั้น ๆ เป็นความเจ็บป่วยหรือมีสาเหตุจากอะไร จะมีการรักษาอย่างไรและกลุ่มบุคคลนี้จะมิพบทบทวนเกี่ยวกับการประเมินผลการรักษาไปตลอดจนกระทั่งบุคคลหายป่วย ความหมายดังกล่าวถือว่า เรื่องของการเจ็บป่วยไม่ใช่ เรื่องของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งเจ็บป่วย แต่เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจะเป็นผู้พบทบทวนการตัดสินใจทุกขั้นตอน ตั้งแต่ตีความหมายของการเจ็บป่วยและวินิจฉัยรวมทั้งการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลด้วย (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 21)

หลักของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมี 4 ข้อ

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้ และ ผู้รับ การสนับสนุน
 2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
 3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
 4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการในที่นี้คือการมีสุขภาพดี
- รูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่ง เฮ้าส์ (House. 1985) เป็นผู้ค้นคิดขึ้น ได้แบ่งรูปแบบการให้แรงสนับสนุนสังคมเป็น 4 รูปแบบดังนี้
1. สนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน เห็นอกเห็นใจ การไปเยี่ยมเยียนแสดงความห่วงใย

2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องด้วย เห็นดีเห็นงามด้วยการให้คำปรึกษาหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นหรือผู้ป่วยนั้นแสดงออกมา (Affirmation) เปรียบเทียบพฤติกรรมเดิมตามสิ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือทั้งที่เป็นโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การฝึกเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น เงิน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แหล่งแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง พบว่ามีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส แรงสนับสนุนจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยขึ้นมา ครอบครัว ญาติพี่น้อง ที่ทำงาน เพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนฝูงก็จะให้การสนับสนุนทั้งในด้านคำแนะนำ การให้ความช่วยเหลือด้านเงินทอง การดูแลผู้ป่วย การให้กำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือแม้กระทั่งการยอมรับในการเจ็บป่วยนั้น ๆ เป็นต้น ซึ่งถ้าบุคคลที่ป่วยเหล่านี้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ได้รับความกดดันหรือถูกตีตรา (Stigma) จากสังคมและบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างก็จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยที่ไม่ถูกต้อง

5.2 ปัจจัยร่วมด้านประชากร

เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวใจ สุวรรณ. 2534 : 33) ตัวแปรทางด้านนี้มีมากมายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงทำการศึกษาปัจจัยร่วมด้านประชากร ดังนี้คือ

ด้านเพศ : จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั่นคือ เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สว่าง สุวรรณ. 2534 : 33) มีการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เพศมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 70) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศหญิงไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ส่วนดิกสัน (Daris. 1968 : 274) พบว่า เพศหญิงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การแก้ว กอวัฒนา (2533 : ข) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคปอด แต่ถึงแม้จะมีการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกันบ้าง เพศก็ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ด้านอายุ : อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ซึ่งถือว่า เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคล ผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปี เป็นช่วงอายุที่กำลังหมกหมุ่นอยู่กับการทำงานและการสร้างฐานะ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก ดังที่โอเรม (Orem. 1980 : 154) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเองได้ดีกว่าวัยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับ คาสล์และคอบ (Kasl and Cobb. 1966 : 249) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราว ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล เบคเคอร์ (Becker. 1974 : 249) ศึกษาจากการรวบรวมงานวิจัยหลาย ๆ เรื่องพบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์จะพบในผู้ป่วยอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ สุริ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ด้านสถานภาพสมรส : มีการศึกษาวิจัยของบราวน์และแม็ค ครีดตี้ (Brown and Creedy. 1986 : 319) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพการสมรสอยู่และผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพการสมรสอยู่

ด้านระดับการศึกษา : โอเรม (1985 : 108-109) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการ

เรียนรู้ การใช้เหตุผล ความรู้ ความเชื่อและความเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้มีการศึกษา
น้อย สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 8-9) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรง
จูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก - ข) ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับ
ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าระดับ
การศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติด
เชื้อโรคเอดส์ จันทนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้
และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง
ในกรุงเทพมหานคร พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์
ของหญิงอาชีพพิเศษ

ด้านรายได้ : รายได้เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็น
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและสำคัญต่อ
การมีสุขภาพของบุคคลในการป้องกันตนเอง (Pender, 1982 : 163) โอเรม (Orem,
1985 : 175) กล่าวว่า รายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่จะมีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของ
บุคคลดีขึ้น ทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เบญจพร
แก้วมีศรี (2534 : 90) พบว่า ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มี
รายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการเจ็บ
ป่วยที่ดีกว่า จึงนับได้ว่ารายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพ
ของบุคคล

ด้านอาชีพ : จากการศึกษาของ กอบแก้ว คุณทวี (2527 : ก - ข)
ในผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพ มีงานประจำที่จะมีการดูแลตนเอง
ด้านการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย เบญจพร แก้วมีศรี
(2534 : 91) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มี
อาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

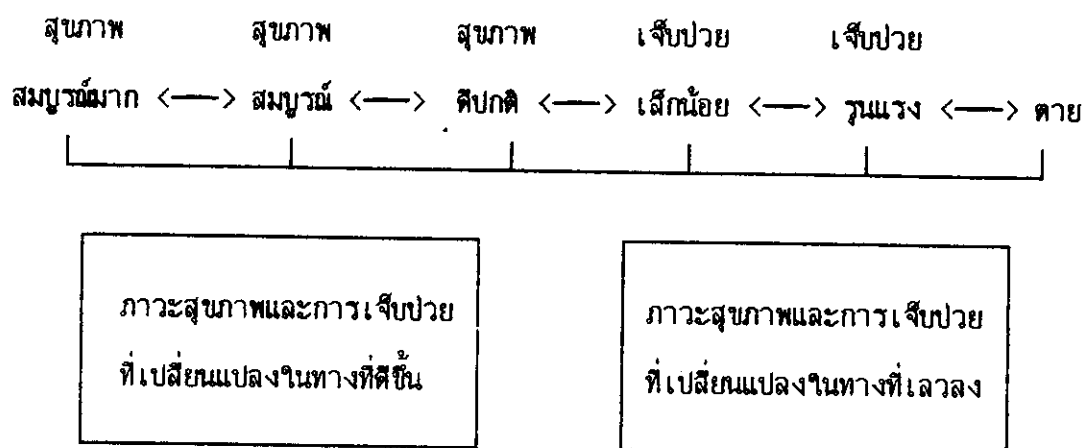
จากที่กล่าวมาแล้วนั้นเป็นแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ส่วนต่อไปจะกล่าวถึงมีดังนี้

สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and Illness)

คำว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยมักจะได้นิยามควบคู่กันอยู่เสมอและคำทั้งสองนี้ในชีวิตคนตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนกระทั่งคลอดและเติบโตจนกระทั่งถึงแก่กรรม สุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาองค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความ คำว่าสุขภาพ (Health) ไว้ดังนี้ เป็นสภาวะที่ร่างกายมนุษย์ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการใด ๆ แต่ยังรวมความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอีกด้วย เพอร์กินส์ (Perkins) อธิบายว่าสุขภาพคือ สภาวะที่ร่างกายมีความสมดุลทั้งทางร่างกายวิภาคและสรีรวิทยา ร่างกายสามารถปรับตัวหรือขจัดสิ่งที่มีารบกวนหรือปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ (เกศนิ เห็นพิทักษ์. 2528 : 6)

การเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายปรับตัวได้ในวงจำกัด ไม่สามารถจะตอบโต้หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ผู้เป็นโรคหรือเจ็บป่วยจะไม่มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและใจ ขาดความสมดุลขึ้นในตัว (เกศนิ เห็นพิทักษ์. 2528 : 7) สุปาณี วศินอมร (2532 : 30) กล่าวถึง ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สุขภาพนั้นอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ เช่น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย บางคนอาจป่วยเพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น ซึ่งการแสดงออกของอาการต่าง ๆ ที่ออกมานั้น เช่น ความเจ็บปวด มีไข้ หายใจไม่ปกติ ระบบไหลเวียนเปลี่ยนแปลง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นผิดปกติ ระบบขับถ่ายไม่เป็นปกติ ต่อมเหงื่อขับออกมากกว่าปกติ เป็นต้น (เกศนิ เห็นพิทักษ์. 2528 : 7) ส่วนการบ่งชี้ถึงสภาวะเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีนั้นบางครั้งไม่เด่นชัด ยกเว้นในรายที่เจ็บป่วยมาก ๆ มีอาการรุนแรง แต่ในรายที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงสุขภาพปกติคนนั้นมักจะบอกได้ยาก คนที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นคนที่เริ่มมีปัญหในการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นบางช่วงเวลาและหากผู้นั้นมีปัญหในการปรับตัวมากขึ้น และเป็นตลอดเวลาทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลรักษาให้ทันทั่วทั้งที่ มิเช่นนั้น

อาจทำให้ถึงกับความตายได้ แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ก็อาจกลับสู่ภาวะปกติหรือสมบูรณ์ มากก็ได้ ดังนั้นจะเห็นว่าภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่าง ต่อเนื่อง (สุปาณี วศินอมร. 2532 : 30) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย

แหล่งที่มา : (สุปาณี วศินอมร. 2532 : 30)

คนที่มีสุขภาพสมบูรณ์นั้นต้องสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จะสมบูรณ์เฉพาะด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ การจะวัดว่าสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่ต้องดูจากการปฏิบัติกิจกรรมของเขาทั้งใน ด้านการงานและครอบครัว การพักผ่อน ตลอดจนตำแหน่งต่าง ๆ ในสังคมที่เขาดำรงอยู่ คนที่ สมบูรณ์ต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้จนกระทั่งตนเองพอใจและสังคมที่เกี่ยวข้อง ก็ยอมรับ พฤติกรรมนั้นได้ ไอริน แอล บีแลนด์ (Irene L. Beland) ได้เปรียบเทียบข้อแตกต่าง ระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยหรือโรค ดังปรากฏตามตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 การเปรียบเทียบข้อแตกต่างความหมายของสุขภาพกับการเจ็บป่วย

สุขภาพ (สุขภาพ) คือ	โรค (ความเจ็บป่วย) คือ
1. ผู้ที่มีอนามัย คือ ผู้ที่ร่างกายมีโครงสร้างการทำงานที่สมบูรณ์และมีการสะสมอาหารเพียงพอ 2. มีความสามารถในการปรับตัวเปลี่ยนแปลงได้ตอบสนองไม่สมดุลของสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในร่างกาย 3. สามารถตอบโต้สิ่งแวดล้อมที่ผิดปกติหรือสิ่งรบกวนได้ สามารถป้องกันอันตรายไม่เกิดขึ้น 4. ผลจากการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลมีสิ่งแวดล้อมภายในอยู่ในลักษณะที่คงที่ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ในขอบเขตจำกัด 5. การปรับตัวประสบความสำเร็จในด้าน การป้องกันอันตรายหรือซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงาน 6. สามารถดำรงชีวิตต่อไป เจริญงอกงามเติบโตและสืบพันธุ์ได้	1. ผู้เป็นโรคหรือเจ็บป่วยคือ ผู้ที่ร่างกายได้มีความบกพร่องในโครงสร้างการทำงานและการสะสมอาหาร 2. ไม่สามารถปรับตัว ตอบโต้ต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง 3. ตอบโต้สิ่งแวดล้อม สิ่งรบกวนไม่ได้ หรือไม่ได้เต็มที่หรือปรับตัวมากเกินไป ไม่เหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดอันตรายขึ้น 4. การปรับตัวหรือการรักษาความสมดุลของสิ่งแวดล้อมล้มเหลวตลอดเวลาทำงานอยู่นอกขอบเขตจำกัด 5. มีความไม่สมดุล ณ บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย อาจทำให้การทำงานส่วนอื่น ๆ ของร่างกายผิดปกติด้วย 6. การปรับตัวประสบความสำเร็จล้มเหลวในบางประการ บางระดับ รวมถึงไม่สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

คนเราเมื่อมีร่างกายเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม แบ่งได้ 5 ระยะด้วยกัน (สุปาณี วสันอมร. 2532 : 32) ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดปกติด้วยตนเอง หรืออาจเกิดจากผู้อื่นบอก การเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อย ๆ เกิด หากอาการไม่รุนแรงไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องเล็กน้อย ซึ่งทำให้การรักษาเริ่มต้นช้า อาจรักษาไม่ทันทำให้เป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีอาการทางกาย เช่น เป็นไข้ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิดง่าย กังวล กลัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มตระหนักว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น อาจรักษาตนเอง เช่น รับประทานยาลดไข้ ซื้อยาจากร้านขายยา ขอคำแนะนำจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิด จากระบบงานการสำรวจสภาวะอนามัย การแสวงหาและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2513 2522 และ 2528 พบว่ามีประชาชนซื้อยาเอง ร้อยละ 51.4, 42.3 และ 28.6 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยไม่รักษาร้อยละ 2.7 และ 4.2 ไม่พบว่าในปี พ.ศ. 2528 มีผู้ไม่ไปรักษา

2. ระยะยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจกลัว กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ระยะนี้ผู้ป่วยบางคนจะรีบไปพบบุคคลที่คิดว่าจะทำการรักษาได้ เช่น แพทย์ หมอกลางบ้าน จากการสำรวจสภาวะอนามัยของประชาชนในปี พ.ศ. 2513, 2522, 2528 พบว่ายังมีผู้รักษาด้วยแบบพื้นบ้าน ร้อยละ 7.7, 6.3 และ 2.4 ตามลำดับ แต่ทั้งนี้ก็ยังมีบางคน ที่รักษาตนเองอยู่บ้านหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของเพื่อน ญาติ ผู้ป่วยต้องการเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจจากคนที่ใกล้ชิด และญาติสนิท ผู้ป่วยอาจไม่ยอมปฏิบัติตามภารกิจตามปกติที่เคยปฏิบัติ เช่น พักผ่อนอยู่บ้าน ไม่ไปทำงาน ในระยะท้ายนี้ของระยะนี้ถึงแม้จะรู้สึกอาการดีขึ้นก็ยังต้องการการเห็นใจ การให้กำลังใจจากญาติสนิทหรือคนที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจะกลับไปปฏิบัติภารกิจตามปกติ แต่ถ้าอาการเหล่านั้นยังคงอยู่หรืออาการเลวลง และญาติสนิทก็กระตุ้น ผู้ป่วยจะรีบไปพบบุคคลที่คิดว่าจะทำการรักษาได้

3. ระยะแสวงหาการรักษา เมื่อไปพบผู้ที่ทำการรักษา เช่น แพทย์ จากระบบงานการสำรวจการแสวงหาและใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2528 ของประชาชนทั่วประเทศ พบผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ

32.5 โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนร้อยละ 21.8 และจากรายงานของกองสถิติสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2532 การใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขประเภทที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 56.75 ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร เหตุใดจึงเกิดอาการและผลของการรักษาหายเมื่อไร ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตน หากผู้ทำการรักษายังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นอะไรแน่และอาการไม่รุนแรงนัก ผู้ป่วยอาจกลับไปปฏิบัติตนตามปกติและหาหนทางช่วยตนเองหรืออาจไปหาผู้ทำการรักษาคนอื่นต่อไป ถ้าอาการแสดงหายไป อาจคิดว่าไม่ได้ป่วยจริง แต่ถ้าอาการยังคงอยู่อาจกลับไปหาผู้ทำการรักษาคนเดิมหรือไปหาผู้ทำการรักษาคนคนใหม่หรือหาวิธีการอื่น ๆ เช่น รดน้ำฝน รับประทานยากลางบ้าน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ต่าง ๆ จนกว่าจะพอใจว่าผู้นี้วิเคราะห์โรคได้ใกล้เคียงกับที่ตนเองคิด

4. ระยะที่ยอมรับว่าต้องพึ่งพาส่งผู้อื่นเมื่อผู้ทำการรักษา เช่น แพทย์บอกว่าป่วยก็จะต้องเป็นคนพึ่งแพทย์หรือบุคคลอื่น บางคนยินดีจะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำ บางคนก็วิร้อที่จะปฏิบัติตาม จึงอาจเป็นเพราะไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นได้หรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายถึงความสำคัญและเหตุผลของการปฏิบัติตนอย่างชัดเจน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาส่งผู้อื่น จะกังวลและคิดเกี่ยวกับตนเอง การปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีน้อยลง แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์ในอดีต สิ่งแวดล้อม ความเคยชินต่าง ๆ

5. ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยซึ่งอาจจะหายหรือสิ้นสุดชีวิต หากระยะการเจ็บป่วยสั้น ผู้ป่วยจะไม่ต้องปรับตัวมากเมื่อจะกลับไปปฏิบัติภารกิจปกติ แต่ถ้าหากเจ็บป่วยนานก็ต้องปรับตัวมาก สิ่งที่เป็นในระหว่างการยอมรับของครอบครัวและสังคม จากที่กล่าวมาเป็นระยะของความเจ็บป่วย นอกจากนี้ประเภทของความเจ็บป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ (ชูศรี ผลเพิ่ม. 2536 : 1)

1. การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ประเมินจากความรู้แรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลหรือแต่ละครอบครัวที่จะประเมินความรู้สึกที่แตกต่างกัน หรือประเมินจากระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้

2. การถูกประเมินความเจ็บป่วยจากแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หรือจากอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแก่บุคคลสำหรับพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviance) ไปจากปกติ ฉะนั้นเมื่อบุคคลใดได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด (Significant Others) หรือวิชาชีพแพทย์ว่า ป่วย (Sick) บุคคลนั้นจะต้องรับบทบาทของผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด 4 ประการคือ (มัลลิกา มติโก. 2530 : 23 - 24)

1. ผู้ป่วยไม่พึงรับผิดชอบในการเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา
2. ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ท่าอยู่เป็นการชั่วคราว
3. ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ
4. ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

ในเรื่องของภาวะสุขภาพที่มีปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ วินิ ชารามาต และ พิชน เอมะนาวัน (2534 : 5 - 7) ได้กล่าวถึงการแบ่งกลุ่ม ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพไว้ 3 กลุ่มคือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและสุขปฏิบัติ แต่ละอย่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันมาก และจะมีผลโดยตรงหรือทางอ้อมต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคลอยู่เสมอคือ

1. พันธุกรรม เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์เรามาตั้งแต่ปฏิสนธิ พันธุกรรมจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่สามารถปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ดังนั้นพันธุกรรมที่ดีจะเป็นการเริ่มต้นของสุขภาพที่ดี โดยที่ร่างกายและจิตใจจะเจริญเติบโตและพัฒนาการไปด้วยดี
2. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพไม่ยิ่งหย่อนกว่าพันธุกรรม บางครั้งที่สำคัญกว่าเสียอีก สิ่งแวดล้อมของคนเราเริ่มตั้งแต่เมื่ออยู่ในครรภ์มารดา คลอดออกมาสู่โลกภายนอก เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อเนื่องกันไปตลอดชีวิต สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และแก้ไขได้ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ได้แก่ สิ่งแวดล้อมก่อนเกิด สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางสังคม
3. สุขปฏิบัติ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีงามในชีวิตที่มีสุขภาพดี แม้คนเราจะมีพันธุกรรมดี สิ่งแวดล้อมดี แต่ขาดสุขปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้องก็จะมีสุขภาพดีไปไม่ได้ โดยปกติพฤติกรรม

ทางด้านสุขภาพมักจะแสดงออกมาตามลักษณะของความรู้สึกนึกคิด ความศรัทธา ความสนใจ เอาใจใส่โดยเคยชิน การเห็นคุณค่าสิ่งทีกล่าวนั้นมีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขบัญญัติ

สำหรับเหตุผลเสริมที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย วันดี ชวรามาศ (2534 : 7) กล่าวว่าไว้มีดังต่อไปนี้

1. อายุ เด็กและผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย อายุที่ต่างกัน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมต่างกันด้วย
 2. เพศ การเจ็บป่วยบางอย่างอาจพบได้ในเพศใดเพศหนึ่งมากกว่าเช่น มะเร็งปอด จะพบมากในเพศชาย สำหรับโรคคอกอกเป็นพิษจะพบมากในเพศหญิง
 3. เชื้อชาติ ทำให้เกิดโรคได้แตกต่างกัน เช่น คนผิวดำ มักเป็นวัณโรคปอดมากกว่าคนผิวขาว
 4. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น
 - 4.1 ความจน ทำให้อยู่ในที่จำกัดสิ่งแวดล้อมสกปรก อยู่กันแออัด ไม่มีเงินซื้ออาหาร ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุแห่งการเจ็บไข้ได้ง่าย
 - 4.2 สภาพทางภูมิศาสตร์ อยู่ในท้องถิ่นที่ทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก อยู่ไกลสถานบริการสาธารณสุข ไม่สะดวกต่อการที่จะไปตรวจโรคและรับบริการด้านสุขภาพอนามัย เมื่อไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ จึงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้เจ็บป่วยเรื้อรังยากต่อการรักษา ให้อภัยสุขภาพปกติได้
 - 4.3 สภาพความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญต่อการเกิดความเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่ทำงานหักโหม ขาดการพักผ่อน ได้รับอาหารไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนแอและติดโรคง่าย
 - 4.4 ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัญหาอนามัยส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมของคนที่ทำให้เกิดโรคขึ้นเอง เมื่อใดที่คนทราบว่าพฤติกรรมใดของตนทำให้เกิดโรคและยอมเลิกพฤติกรรมนั้น การเจ็บป่วยจะลดลง พฤติกรรมมักจะมาจากนิสัย ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม
- จากสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้น จะพบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งนั้น คือ ปัจจัยทางพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของปัจจัยทางพฤติกรรม ควรจะต้องมี

ความเข้าใจถึงความหมายของพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตซึ่งทั้งที่อยู่ภายใน หรือแสดงออกมาภายนอก (วาริ ระกิติ . 2530 : 969)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิต อยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพยังได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรค หรือปราศจาก ทุพพลภาพเท่านั้น (สุชาติ โสมประยูร . 2525 : 1) สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรค แต่ยังมีนิเวศวิทยาทางด้านสุขภาพที่ทำให้ ความหมายคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังต่อไปนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภท ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะ สังเกตหรือวัดได้โดยทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้นอาจ แยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็น การปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่ง จะรวมถึงการปฏิบัติคนโดยทั่ว ๆ ไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช . 2527 : 202)

นิภา มนูญิจู (2529 : 20) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพ อนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพด้วย หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพด้านอื่นด้วย

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 4) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความ สามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะโดยเน้น ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 60) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัยคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (Health - Related Behavior)
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกตนเองว่าเจ็บป่วย (Sickness Behavior)

คอห์นแมน (Cochman. 1982 : 169) ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติได้ดังนี้คือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะ บุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

มัลลิกา มติโก (2530 : 23) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

พฤติกรรมสุขภาพในทัศนะของนักสังคมวิทยาได้กล่าวโดยสรุปถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมในขณะที่บุคคลยังไม่เกิดพยาธิสภาพ (ความเจ็บป่วย) ฉะนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่คนพยายามกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย (มัลลิกา มติโก. 2530 : 23)

ในทางสุขศึกษานั้น สรุปความหมายของพฤติกรรมสุขภาพจากนักวิชาการที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 14) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ ตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาลเป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือสามารถเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอื่น ๆ กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะนี้จะเน้นความเกี่ยวข้องของการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ
2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้นตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ต้องเน้นการสร้างค่านิยมและวิถีทางการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดำเนินชีวิตตามหลักการทางสุขภาพด้วย

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาแล้วนั้นมีความสอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 587 - 588) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเจ็บป่วย และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดเช่นกันดังนี้

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

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

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น มัลลิกา มัติโก (2530 : 23) กล่าวถึงพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviance) ไปจากปกติ

ฉะนั้นเมื่อบุคคลใดได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด (Significant Others) หรือวิชาชีพ แพทย์ว่า ป่วย (Sick) บุคคลนั้นจะต้องรับบทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนดไว้

สำหรับพฤติกรรมเจ็บป่วย มีผู้อธิบายถึงความหมายของคำว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย ไว้ดังนี้

พฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยและ อยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชน เช่น ครอบครัวรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบการบริการสาธารณสุข อันมีผล ทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงานปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 587-588) ในขณะที่ มิแคณิก (พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์. 2530 : 48-50; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการเจ็บป่วยว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าเขาป่วยหรือมีลักษณะอาการ อื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติและมีพฤติกรรมแสวงหาหนทางขจัดความผิดปกติเหล่านั้น เป็นการตัดสินใจในระดับบุคคลอันเป็นผลจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยาของบุคคล จิตวิทยาสังคมของระบบบริการสาธารณสุข มัลลิกา มัติโก (2530 : 22) กล่าวว่า พฤติกรรม ความเจ็บป่วยเป็นการตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย การแสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำ จากบุคคลอื่น ซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่าเขามีความชำนาญด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านั้น จะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ (หมอพื้นบ้าน ผู้บำบัดโรคที่ไม่ใช่หมออาชีพ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน มิตรสหาย ผู้ร่วมงาน) และรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย นอกจากคอย สังเกตอาการว่าอาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่และจากการศึกษาของ มิแคณิก (พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์. 2530 : 51-53; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.) ได้สร้างแนวคิดเกี่ยวกับ ความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง ๆ จะยอมรับและตอบสนอง ต่อการเจ็บป่วยหรือไม่ และจะตัดสินใจว่าจะแสวงหาคำแนะนำหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย และผลจากปัจจัยเหล่านั้นทำให้พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลแตกต่างกันปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีดังต่อไปนี้

1. สิ่งที่มีมองเห็นและตระหนักในใจตลอดจนการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญ ๆ ของอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น

2. การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติอันอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
3. ระดับของอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบหรือรบกวนต่อการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว
4. ความถี่และการคงที่ของอาการผิดปกตินั้น ๆ
5. ชีตความสามารถของบุคคลที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
6. ลักษณะ ข้อมูล ประสบการณ์ความรู้ที่บุคคลมีอยู่ ตลอดจนลักษณะการศึกษาพื้นฐานของวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคล
7. ลักษณะของความจำเป็นหรือความต้องการขั้นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิเสธการรับรู้อาการผิดปกติ เช่น กรณีโรคจิต โรคเรื้อรัง ถ้าตีความว่าป่วยด้วยโรคนี้จะทำให้เกิดอาการติดยาและเกิดความรังเกียจจากสังคม
8. ระดับการให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับปัญหาความเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่พร้อม ๆ กัน
9. ลักษณะการให้ความหมายของบุคคลต่ออาการของโรคที่เกิดขึ้นโดยมีพื้นฐานจากการให้ความหมายของสังคมต่อการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
10. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Assessibility) ทั้งทางด้านค่าใช้จ่าย ระยะทาง ความสะดวกสบาย ระยะเวลาของการรักษา ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การยอมรับในบริการ การสูญเสียทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความอาย การตราทางสังคม (Stigma) ความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง (Humiliation) และความเหินห่างทางสังคม (Social Distance) อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านสถานภาพสังคม และวัฒนธรรม ที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นนั้นเป็นการกล่าวถึงพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยว่าเป็นพฤติกรรมซึ่งเกิดจากปัจจัยบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความเจ็บป่วย ความไม่สบายกายหรือใจ สัญลักษณ์ของการผิดปกติและ/หรือ โดยคำรับรองจากบุคคลอื่นว่าตนนั้นกำลังประสบความเจ็บป่วย แม้ว่าขณะนั้นเขาไม่ได้เป็นอะไรเลย เป็นการตอบสนองต่อความพยายามของการเบี่ยงเบนทางร่างกาย และจิตใจที่บุคคลอื่นเฝ้าให้บุคคลนั้น ซึ่งเขาเข้าใจว่าเป็นสภาพของการไร้ความสามารถ และในการตอบสนองต่อวิถีทางของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมรูปแบบใดแบบหนึ่งหรือหลาย ๆ รูปแบบได้ ดังต่อไปนี้ (Ruth. 1973 : 136-156)

1. การมีปฏิกิริยาเมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายหรือได้ตระหนักว่ามีการเจ็บป่วย บุคคลจะมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลอาจจะวินิจฉัยโรคและรักษาเยียวยาออกไป หากความช่วยเหลือจากแพทย์ หากทราบว่าอาการนั้นทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเป็นอาการผิดปกติที่ชัดเจน จะมีการรื้อในการไปรับความช่วยเหลือจากแพทย์ น้อยกว่าบุคคลที่มีอาการคลุมเครือ นอกจากนั้นบุคคลมีการทดลองหาวิธีต่าง ๆ ในการที่จะระงับอาการเหล่านั้นก่อนที่จะหาแพทย์ และแสวงหาคำแนะนำจากเพื่อนและญาติพี่น้องในความพยายามที่จะหาการรับรองที่ถูกต้อง (Provisional Validation) เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน การปรึกษาหารือนี้ไม่ใช่เป็นเพียงคำแนะนำและข้อมูลเท่านั้น แต่ยังเป็นการให้สัญญายอมรับและอนุญาตให้ละเว้นจากหน้าที่และกิจกรรมตามปกติของตน โดยมีเงื่อนไขว่าบุคคลนั้นจะต้องแสวงหาความช่วยเหลือในการรักษาและความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลอีกวิธีหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยที่นิยมไปหาหมอเถื่อน ซึ่งมักจะเป็นบุคคลที่ไม่รู้ถึงความแตกต่างระหว่างแพทย์ปริญญากับหมอเถื่อน เป็นพวกที่ชอบแสวงหาการรักษาที่แน่นอน ไม่มีความอดทนกับการรักษาที่มีอยู่หรือรอคอยนาน ๆ และพวกที่หมดหวังคือ คิดว่าการไปหาหมอเถื่อนเป็นวิธีสุดท้ายที่สามารถจะทำให้หายป่วยได้

โดยสรุปแล้วการมีปฏิกิริยาหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งจึงเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย อันได้แก่การวินิจฉัยโรคและการแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ หมอเถื่อนหรือบุคคลอื่นเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้เป็นปกติ

2. การไม่ปฏิบัติสิ่งใด การที่บุคคลไม่ปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป เมื่อเกิดอาการผิดปกติ อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ เช่น การรอดูอาการก่อนโดยบุคคลจะประวิงเวลาและมองว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เล็กน้อย และไม่ร้ายแรงถึงจนกับต้องไปหาแพทย์ ในบางครั้งบุคคลจะขอการแสวงหาความช่วยเหลือเพราะเขาไม่ทราบว่าจะไปหาใคร สิ่งนี้เป็นความจริงในสภาพของระบบการแพทย์ปัจจุบันที่วิทยาศาสตร์เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น จึงให้ความสำคัญกับความชำนาญเฉพาะทางและเกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย

บางครั้งการขอการแสวงหาการรักษาหรือความช่วยเหลือสำหรับการเจ็บป่วยของเขาเป็นเพราะกลัวเกี่ยวกับการถูกกีดกันหรือไม่ยอมรับจากผู้อื่น เช่น ในกรณีที่คนไข้ได้ยื่นแพทย์บอกว่า

คุณไม่เป็นอะไรหรอก ทุกครั้งที่เขาไปหาแพทย์นอกจากนั้นบางคนจะเลยที่จะบ่นหรือเล่าอาการให้แพทย์ฟัง เพราะกลัวว่าจะถูกหาว่าเป็นโรคแกล้งทำ (Malingers) หรือพวกที่คิดว่าตนเป็นโรคนั้นโรคนี้อยู่เรื่อย นอกจากนี้ก็ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่ทำให้เกิดการประวิงเวลาในการยอมรับการเจ็บป่วย เช่น การผูกพันกับการะการงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตามบุคคลที่ไม่ปฏิบัติอะไรเลยซึ่งในที่สุดแล้วเขาก็จะมีพฤติกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

สำหรับแนวความคิดของการประวิงเวลานั้นค่อนข้างสับสนไม่แน่นอน มีการขัดแย้งกันระหว่างเวลาของการปรากฏครั้งแรกของอาการกับระยะเวลาซึ่งเกิดจากการตระหนักของบุคคลว่าการรักษาเยียวยามีความจำเป็น อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีพฤติกรรมของการชลอการรักษาจะเริ่มจากการปรากฏของอาการ ไปจนถึงความพยายามครั้งแรกที่จะแสวงหาการวินิจฉัยและการรักษาโรคเกินกว่า 3 เดือน แต่กระนั้นก็ตามการถือว่าคุณคนนั้น ๆ มีการประวิงเวลาต่อการแสวงหาการรักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยก็ยังขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละโรคด้วย เช่น มะเร็งหรือวัณโรค ซึ่งปัญหาของการชลอเวลายังเป็นข้อยุ่งยากอันหนึ่งซึ่งไม่มีการค้นพบที่แน่นอน จึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และไม่แน่นอนในการกำหนดระยะเวลาการชลอการรักษา

3. การอยู่ในสภาวะของการสังเผล การอยู่ในสภาวะของการสังเผลเป็นสภาวะของบุคคลที่อยู่ระหว่างการจะมีการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งและการไม่ปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล เมื่อเกิดมีอาการเจ็บป่วย โดยบุคคลเหล่านี้จะตระหนักในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการกลับสู่สภาวะปกติของการมีสุขภาพอนามัยดี แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคและการรักษา ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่เสียค่าใช้จ่ายและเวลา ดังนั้นบุคคลจึงอยู่ในสภาวะของการขัดแย้ง โดยในด้านหนึ่งเขาต้องการได้รับการรักษาพยาบาล เพราะเขารู้ว่ามันสามารถนำไปสู่สภาพเดิมคือ การมีสุขภาพอนามัยดี แต่ในอีกด้านหนึ่งการวินิจฉัยและการรักษาโรคเป็นสิ่งที่เจ็บปวด เสียเงิน เสียเวลาการต้องรบกวนพึ่งพาบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว แพทย์ และเพื่อน หรือแม้กระทั่งเป็นเรื่องของความตาย ภายใต้สถานการณ์เหล่านี้ บุคคลถูกแบ่งแยกพลังความคิดออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านที่จะบังคับให้เขาทำอะไรลงไปอย่างหนึ่ง โดยปรารถนาที่จะหลีกเลี่ยงความไม่สบายกายสบายใจในปัจจุบัน รวมถึงความปรารถนาที่จะกลับคืนสู่สภาวะอนามัยดีและด้านของพลังที่จะต่อต้านพฤติกรรมดังกล่าว โดยเมื่อใดที่พลังของด้านแรกแรงกว่าพลังด้านที่สอง

บุคคลก็ตกลงใจทำการรักษาเยี่ยวยาในที่สุด แต่อย่างไรก็ตามปัญหาความขัดแย้งสามารถเกิดขึ้นได้อีกตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและส่วนหนึ่งเป็นต้นเหตุของการละเลยในการรักษาเยี่ยวยา และการหยุดชะงักในการรักษา

4. การปฏิบัติในสิ่งตรงข้าม บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่พยายามพิสูจน์ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความเจ็บป่วย เขาปฏิเสธที่จะใช้เวลาและความเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วย โดยความไม่สบายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการนึกคิดไปเอง เขามีความเชื่อว่าทุกสิ่งจะเรียบร้อย บุคคลจะพยายามหาแหล่งต่าง ๆ และบุคลากรทางการแพทย์หลาย ๆ คนรวมทั้งหมอเถื่อน เพื่อสนับสนุนความคิดของเขาว่าเขาไม่ป่วยหรืออาการเจ็บป่วยของเขาสามารถรักษาให้หายได้

การปฏิบัติในสิ่งตรงกันข้ามเปรียบเสมือนปัญหาทางการแพทย์และปัญหาทางการรักษาพยาบาล มันเป็นการตอบสนองที่ผิดปกติและไม่ใช่ผลดีต่อการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดังกล่าวก็เป็นรูปแบบหนึ่งของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยจึงเรียกว่าพฤติกรรมแบบนี้ว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบน

สรุปแล้วโดยทั่ว ๆ ไป บุคคลสามารถตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้หลาย ๆ แบบ เขาสามารถกระทำบางอย่าง เพื่อที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้หายไป เขาสามารถรอคอยหรืออยู่ในสภาพการสังเกตโดยปราศจากการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เป็นขึ้นเป็นอัน หรือเขาอาจจะปฏิเสธการปรากฏขึ้นของอาการของโรค

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173-185) กล่าวว่าโดยทั่วไป องค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แต่การเกิดพฤติกรรมเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ปัจจัยที่มีผลในการกำหนดพฤติกรรมเจ็บป่วย

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ภูมิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การรู้อย่างไร ความคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรม การเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนของเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวมาก ในบางครอบครัว พ่อ แม่ อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่างหรือไม่ให้ลูก รับประทานอาหาร เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพหรือการยึดของกลุ่ม

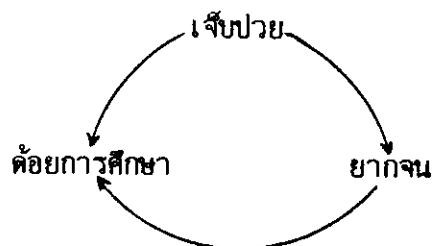
2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรม การเจ็บป่วยของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันจะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4 วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทยที่มีผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับจะเก่าเร็ว การงดของแสดง หรือ ขะล่า ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การไม่ให้กินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วยหรือหญิงหลังคลอดใหม่ ๆ กินข้าวกับเกลือของประชาชนภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิงตั้งครรภ์นั่งบนบันไดหรือข้อห้ามหญิงตั้งครรภ์ถือการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5 ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน และมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอควร ไม่ให้น้อยเกินไปหรืออึดเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ก่อนทำอะไรจะมาด จะต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในยามปกติและเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยด้วยในกลุ่มของประชาชนที่ฐานะ เศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดและสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี

4. องค์ประกอบทางการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาน้อย มักจะมีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า จากที่กล่าวมาแล้ว สามารถแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสามคือ ด้านความเจ็บป่วย ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจได้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และความเจ็บป่วย
แหล่งที่มา : (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2529 : 180)

5. องค์ประกอบทางด้านการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เป็นเพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษายาบาล กิจกรรมการสุศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

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

6.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษายาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอาจจะขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือในการรักษายาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกพิเศษ การที่บริการรักษายาบาลมีเพียงพอและทั่วถึงได้พิสูจน์ให้เห็นชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการปฏิบัติตามการรักษายาบาลและพฤติกรรมในการป้องกันโรค คัมมิงส์ เบคเคอร์ และเมลล์ (Cummings, Becker and Maile. 1980 : 123-125) การมีบริการรักษาที่เพียงพอและทั่วถึงเป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งในส่วนประกอบของแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ความเพียงพอและทั่วถึงของบริการนี้มีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะต้องกลับมาตรวจตามนัด

ลักษณะการจัดเวลาของคลินิกจะมีผลต่อการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือเมื่อได้รับคำแนะนำไปรับภูมิคุ้มกันโรคหรือเมื่อการรักษายาบาลบางชนิดที่ผู้ป่วยจะต้องไปตรวจเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องกัน ระยะเวลาระหว่างการมาตรวจครั้งแรกเพื่อวินิจฉัยโรคกับการมาตรวจอีกห่างกันมาก ผู้ป่วยมักจะไปตรวจตามนัดน้อยทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากลืมวันนัดหรืออาจจะเปลี่ยนแปลงความเชื่อหรือบรรทัดฐานของผู้ป่วย นอกจากนี้จะยังมียังมีองค์ประกอบอีกมากในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และมีผลต่อการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมักจะให้เหตุผลของการไม่มาตรวจตามนัดดังนี้ เช่น การที่ผู้ป่วยต้องมารอแพทย์นานมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักจะไม่มารตามนัดในครั้งต่อไป หรือทำปฏิกิริยาหาย สับสน ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการนัด ทำการนัดแพทย์ได้ยาก ไม่สามารถจะหาคนมาดูแลลูกแทนได้ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง เรื่องเงินฟ้าอากาศ

6.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดแหล่งทรัพยากรและค่ารักษาพยาบาลไม่เพียงพอปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อและเจตคติคอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงินจึงจะมีบทบาทต่อพฤติกรรม ดังนั้นการจะขจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความพร้อมในการทํานายพฤติกรรม (Behavioral Intention) เท่านั้น

ความสามารถในการที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ในเรื่องของ การที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินนี้ เจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขควรจะได้ตรวจสอบศึกษาทุกครั้งที่ได้ให้คำแนะนำในการรักษาแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถซื้อหรือจ่ายเงินได้ก็อาจจะส่งยาหรือให้ได้รับบริการในราคาที่ต่ำลง หรือให้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างไรก็ตามก็ควรจะพิจารณาด้วยว่ามีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อะไรบ้างที่ควรมานำมาพิจารณาด้วย เพื่อจะได้แก้ปัญหามาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้จริง (Alpert. 1964 : 127-132)

6.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการส่งการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวคือถ้าจำนวนครั้งของการส่งการรักษามากขึ้น การปฏิบัติตามคำแนะนำจะลดน้อยลง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องนั้นเนื่องมาจากความยุ่งยากสลับซับซ้อนจากการส่งยาหรือวิธีปฏิบัติตามหลายอย่าง (Brand, Smith and Werner. 1977 : 72 - 76)

6.4 ความสะดวกในการใช้ยา การจัดยาให้แก่ผู้ป่วยก็มีผลต่อการปฏิบัติตามตัวในการรับประทานยาของผู้ป่วย การใช้ที่ใส่ยาที่มีที่ปิดเพื่อไม่ให้เด็กเปิดได้จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาน้อยลงกว่ากลุ่มที่ให้ที่ใส่ยาที่เปิดง่าย และนอกจากนี้เภสัชกรมักจะให้ยาเม็ดไม่ครบตามแพทย์สั่งร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะที่ต้องใช้ยาครบ 10 วัน จะได้รับยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยควรจะได้ตระหนักถึงในข้อนี้และหาวิธีการที่จะตรวจสอบให้ได้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับยานานวันแรกครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งหรือไม่ (Lane and others. 1971 : 1861-1868)

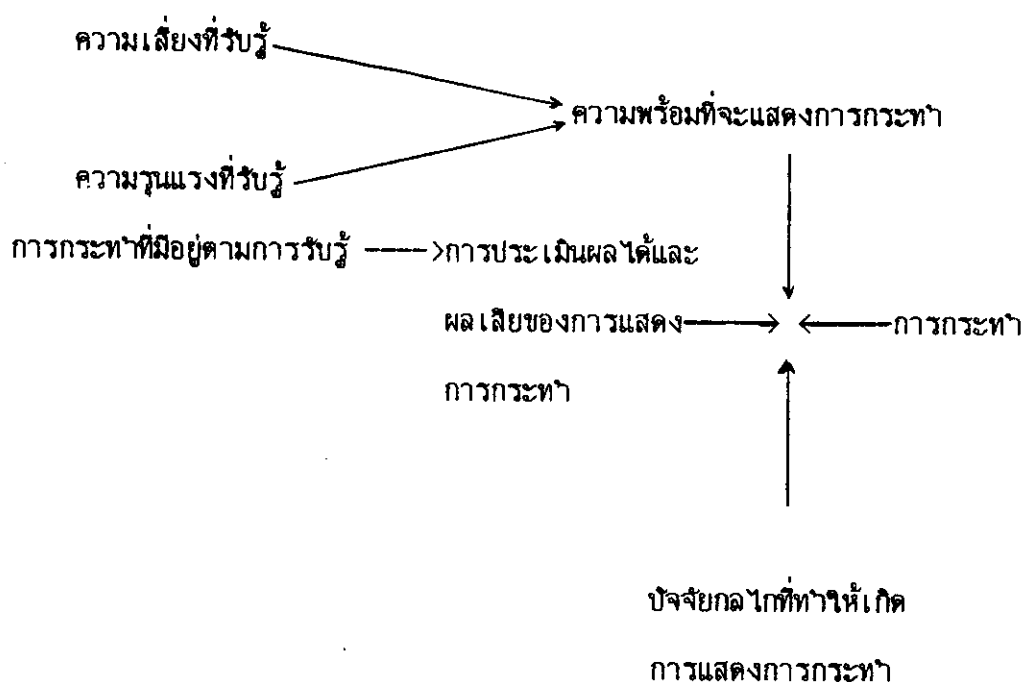
7. การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งภายในครอบครัวจะมีผลต่อสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวและสมาชิกในสังคมที่บุคคลนั้นมีส่วนติดต่อสัมพันธ์ด้วย (Hayne. 1979 : 49-62)

ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย จากที่กล่าวมาแล้วในเรื่องของปัจจัยร่วมด้านการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งปฐมนิสิยทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การแปรงฟัน การล้างมือ ฯลฯ ครอบครัว บิดามารดา จะเป็นผู้สอนเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นหน่วยสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดหรือสร้างค่านิยมที่ดีความ หรือความหมายของบุคคลที่แสดงว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไรจึงจะเรียกว่าป่วย

ครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เพื่อนสนิท อาจจะมีส่วนช่วยให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหากดดันที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ทั้งชนิดปัจจุบัน และเรื้อรังสนับสนุนทางสังคมบวกของบุคคลที่ใกล้ชิด มีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรม การเจ็บป่วยที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การเจ็บป่วยนั้น สมาชิกของครอบครัวหรือญาติมิตร อาจจะทำให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวกหรือสร้างสภาพการณ์ของความจริงจัง ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้แรงสนับสนุนอาจจะให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาบางอย่างหรือการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ดังนั้นแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจะมีความเข้าใจอย่างชัดเจน เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือรูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม เพราะจะทำให้ทราบว่าสิ่งสนับสนุนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยอย่างไร เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการที่จะช่วยแปรเปลี่ยนความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยาวได้ อันเนื่องมาจากความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในด้านแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งทรัพยากรบุคคล (Human Resource) ที่มีอยู่และที่จะให้แกผู้ป่วยได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถนำมาทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค และพฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ คาสส์ และค็อบ (Kasl and Cobb. 1966 : 246-249) ได้เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ พบว่านอกจากจะสามารถทำนายพฤติกรรมอนามัยได้แล้วยังมีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยอีกด้วย จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีพื้นฐานจากแนวคิดของเลวิน (Lewin) มาประยุกต์ใช้ในปัญหาสุขภาพ ทำให้เกิดข้อสมมุติฐานเรื่องโรคมัยไข้เจ็บ (Diseases and Illness) เป็นส่วนประกอบหรืออาณาบริเวณลบซึ่งคาดหวังได้ว่าจะเป็นพลังให้บุคคลกระทำการใดใดเพื่อให้ตนเองออกห่างจากบริเวณนี้และถ้าหากบุคคลนั้นไม่ประสบผลสำเร็จที่เคลื่อนตนเองออกมาได้แล้ว บุคคลนั้นจะเคลื่อนที่ลึกเข้าไปในอาณาบริเวณทางลบมากขึ้น แล้วนั่นจะเป็นสิ่งที่เลวร้ายไปกว่าเดิม ดังนั้นพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งเขาได้ให้คุณค่าตามความคาดหวัง (Value Expectancy) ว่าจะจะเป็นพฤติกรรมป้องกันหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงถูกกระทำขึ้นเพื่อดึงบุคคลกลับออกมาบริเวณทางบวก หรือกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นส่วนประกอบทางบวก (Rosenstock. 1974) จากเงื่อนไขของทฤษฎีที่แสดงไว้ถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ สามารถแสดงได้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6 ดังนี้



ภาพประกอบ 6 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของโรเซนสตอค (Rosenstock)
แหล่งที่มา : (Dingwall, R. 1976 : 3)

จากภาพประกอบ 6 ที่แสดงไว้แล้วนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย โดยที่สามารถ อธิบายได้ดังต่อไปนี้

ความเสี่ยงที่รับรู้ เอกบุคลลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ตนเองจะมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือโรคเฉพาะหนึ่ง ๆ โดยที่ชั่วขณะหนึ่งอาจจะเห็นว่าบุคคลจะเพิกเฉยไม่รับรู้ว่ามีโอกาสใด ๆ ที่จะติดต่อโรคนั้นขณะที่ระดับของโอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับบางคนก็อาจจะมีบ้าง แต่ตนเองก็ยังไม่เชื่อเรื่องว่าจะเกิดขึ้นกับตน ความเสี่ยงที่รับรู้จึงอาจอยู่ในระดับต่าง ๆ กัน จนไปถึงอีกชั่วขณะหนึ่งบุคคลอาจจะรับรู้ว่ามีโอกาสสูงที่จะติดต่อหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น จากระดับของความเสี่ยงที่รับรู้นี้ย่อมส่งผลถึงการปฏิบัติของบุคคลด้วยว่าจะจะเป็นไปในลักษณะของการมีปฏิกิริยาการไม่ปฏิบัติสิ่งใด การอยู่ในสภาวะของการสังเกต หรือการปฏิบัติในสิ่งตรงข้าม ทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้ถึงความเสี่ยงในระดับใด

ความรุนแรงที่รับรู้ เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้น ๆ แล้ว บุคคลย่อมมีการประเมินเช่นกันว่า โรคหรือเงื่อนไขที่ถูกความต่อสุขภาพนั้น ๆ มีความรุนแรงระดับใด ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจจะประเมินขึ้นโดยอาศัยระดับต่าง ๆ กันของการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลคิดเกี่ยวกับโรคนั้น และโดยอาศัยชนิดต่าง ๆ กันของความยุ่งยากซึ่งแต่ละบุคคลเชื่อว่าก่อเกิดจากเงื่อนไขทางสุขภาพนั้นแน่นอนทีเดียวที่บุคคลจะมองปัญหาสุขภาพหนึ่งซึ่งโรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลต่อระบบการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือโรคนั้นนำไปภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ อย่างไรก็ตามความรุนแรงเกี่ยวกับโรคที่รับรู้อาจขยายขอบเขตและสลับซับซ้อนแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อชีวิตครอบครัว และอาจจะมีความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล จึงเห็นได้ว่าความรุนแรงที่รับรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติหรือการกระทำที่แตกต่างกันขึ้นกับระดับของการรับรู้ของความรุนแรงของโรคด้วย

ผลได้ผลเสียที่รับรู้ในการแสดงการกระทำ จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางสิ่งบางอย่างขึ้น ทิศทางของการกระทำที่เกิดขึ้นจะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของทางเลือกการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดขึ้นโดยความเชื่อว่าทางเลือกเพื่อแสดงการกระทำต่าง ๆ เหล่านั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขา ในการลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามหากบุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นจะมีประสิทธิผล เพราะนำไปสู่การลดภาวะที่ถูกคุกคามจากโรค ในขณะที่เดียวกันบุคคลยังอาจจะพิจารณาด้วยว่าการกระทำตามทางเลือกนั้นเป็นสิ่งที่สมควรเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจต่าง ๆ นานา ปัจจัยทางลบเหล่านี้ เรียกว่า อุปสรรค (Barriers) ต่อการแสดงการกระทำซึ่งเป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าน่าประโยชน์ (Benefits) ถ้าการรับรู้ประโยชน์และมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมสูง โดยที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย บุคคลก็มักจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกนั้นในทางกลับกัน หากมีความพร้อมต่ำในขณะที่ปัจจัยเชิงลบได้รับการประเมินว่ามีมาก ปัจจัยเชิงลบเหล่านี้ก็จะทำหน้าที่เป็นตัว

ขัดขวางการกระทำ จากที่กล่าวมาย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติ เมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยในการประเมินทางเลือกของการกระทำว่าจะเลือกที่จะปฏิบัติคนอย่างไร

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา เมื่อมีความเชื่อเป็นไปในทางบวกจะทำให้บุคคลตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น แต่ถ้าบุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ การรับรู้เรื่องต่าง ๆ ก็อาจไม่ทำให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำได้ จึงสามารถกล่าวได้ว่าแรงจูงใจก็มีผลต่อการปฏิบัติหรือตัดสินใจที่กระทำหรือไม่กระทำ

สำหรับตัวแปรเพิ่มเติมนอกจากที่กล่าวมา เช่น ตัวแปรด้านประชากรและปัจจัยร่วมที่ได้กล่าวไว้เป็นตัวแปรที่มีผลทั้งต่อการรับรู้ ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมป้องกันจะส่งผลไปสู่แนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมอีกต่อหนึ่ง

จากองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมาในการศึกษารังนี้ได้ประยุกต์แนวคิดนำมาใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติคนผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อทางสุขภาพ และที่มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของการเจ็บป่วย ทั้งการวิจัยในต่างประเทศ และในประเทศไทย มีดังนี้

การวิจัยในต่างประเทศ

กาเบรียลสัน เลวิน และเอลิสัน (Gabrielson, Lewin and Elkison. 1967 : 48) ศึกษาพบว่า บิดามารดาที่เชื่อในประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการนำบุตรก่อนวัยเรียนไปตรวจตามนัด

เดนิสัน (Denison. 1969 : 731-735) ได้ทำการวิจัยเรื่องความแตกต่างในสุขภาพปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะต่ำ และนักเรียนที่มีฐานะปานกลางในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา

ฮัลเบิร์ท และแกลลาติน ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทำการศึกษาในเรื่องต่อไปนี้ 10 เรื่อง คือ โภชนาการ สุขภาพจิต สุขภาพในครอบครัว โรคจิต-เชื้อ สวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล สุขภาพชุมชน สุขภาพฟัน สันทนาการและพักผ่อน จากผลการวิจัยพบว่าโดยส่วนรวมสุขปฏิบัติของนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมาก แต่มีความแตกต่างกันในบางเรื่องคือ นักเรียนที่มีฐานะปานกลางจะมีสุขปฏิบัติดีที่สุดในเรื่องโภชนาการและสุขภาพจิต ส่วนนักเรียนที่มีฐานะต่ำจะมีสุขปฏิบัติดีที่สุดในเรื่องสวัสดิศึกษา การปฐมศึกษา และสุขภาพฟัน

มาร์ตัน (Marton. 1970 : 312-327) ได้สรุปผลการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยในการยอมรับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับปฏิบัติตามแนวทางการรักษา
2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการรักษากับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอาจเป็นผลมาจากระยะเวลาการรักษาผลข้างเคียงจากการรักษา และความยุ่งยากของการรักษาพยาบาล

3. ปัจจัยด้านสังคมวิทยา ได้แก่

3.1 ทิศนคติต่อการเจ็บป่วย พบว่าบุคคลที่มีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยในทางที่ไม่ดี กล่าวอันตรายจากการเจ็บป่วยนั้น มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูง

3.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษามากขึ้น

โคเบิร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67-77) ได้สำรวจคนงานชายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคโลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย ได้แก่ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การรับภูมิคุ้มกันโรคขนาดของครอบครัวและการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของเด็ก ผลการสำรวจพบว่า รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

วิกเตอร์ (Victor. 1977 : 5364) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของครอบครัว ขนาดครอบครัว ความ

หนาแน่นของที่อยู่อาศัย ตลอดจนการได้รับภูมิคุ้มกันโรคกับระดับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าทุกองค์ประกอบของสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน และความเจ็บป่วยของเด็ก นอกจากนั้นโอกาสด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบฐานะทางสังคมด้วย

แมทธิว และฮิงสัน (Matthew and Hingson. 1977 : 879-889) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ พบว่า

1. การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์นั้น เพราะผู้ป่วยคิดว่าตนไม่มีความผิดปกติรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือคุกคามต่อชีวิต โดยถ้าไม่ปรากฏอาการของโรคจะไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ในกรณีเดียวกันถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะมารับการรักษาน้อยลง
2. การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์นั้น จะมีจำนวนมากขึ้นเมื่อแผนการรักษานั้นยุ่งยากเกินไปโดยพบว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะน้อยลงถ้าระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น จำนวนที่เข้ารับประทานมากขึ้น หรือการรักษาที่ให้ผลข้างเคียงมาก
3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้น มีผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่พึงพอใจในเจ้าหน้าที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในจำนวนที่สูง แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ หรือได้รับข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาน้อยเกินไป ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาน้อยลง

การวิจัยในประเทศไทย

อนงค์ พานิชปฐมพงษ์ (2529 : 2) ได้ทำการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลของการศึกษานี้ จึงควรให้ความรู้และการศึกษาทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้ และมีเจตคติที่ดี หรือมีความเชื่อที่ถูกต้องและมีเมื่อนำไปปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531 : 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค

เอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานครกลุ่มตัวอย่าง 292 ราย เป็นหญิงอาชีพพิเศษ 72 ราย ชายอาชีพพิเศษ 96 รายและผู้ติดยาเสพติด 151 ราย พบว่า การรับรู้ถึงผลดีในการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาทำการตรวจรักษา ณ สถานตรวจวัณโรคกรุงเทพ กองวัณโรค จำนวน 200 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการชลอการรักษาได้แก่ อายุ ระดับรายได้ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคปอด การรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอด การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการกระทำ บทบาทบุคคลสำคัญ ในการประเมินอาการ แรงสนับสนุนทางสังคมและบทบาทสื่อมวลชน ปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการชลอการรักษาได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และบทบาทบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งรักษา

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการรักษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 252 ราย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ศุภชัย कुमारตฤณฤกษ์ และ ดวงสมร ผลผดุง (2532 : 77 - 78) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าผู้มารับ

บริการด้านการรักษาพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่ำในด้านความสะดวกได้แก่ ความพร้อมในการให้บริการ การจัดระบบให้บริการของโรงพยาบาล มนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล การพูดจาของเจ้าหน้าที่ความสนใจเอาใจใส่จากแพทย์ อุปกรณ์การรักษา ได้แก่ ความพร้อมของอุปกรณ์ในการให้การรักษายาบาลทันตแพทย์ ประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ การประสานงาน ได้แก่ ความสามารถของหน้าที่ในการช่วยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ต้องการระบบในการประสานงาน ความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการประสานงาน เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน คุณภาพของบริการ ได้แก่ ความสามารถของแพทย์ คุณภาพของยา และประสิทธิภาพของอุปกรณ์การรักษาที่มีอยู่ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการให้คำแนะนำหรืออธิบายแก่ผู้ป่วย การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วยโดยแพทย์ การให้คำแนะนำหรืออธิบายปัญหาต่าง ๆ จากพยาบาล และผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้งเมื่อเกิดความสงสัย

สุรียพร มะเง (เบญจพร แก้วมีศรี. 2534 : 42; อ้างอิงมาจาก สุรียพร มะเง. 2528 : 62-65) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยเฉลี่ยมีเจตคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยทางด้านศาสนา อาชีพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความรู้ทางด้านสุขภาพของครูผู้สอน มีผลต่อเจตคติด้านสุขภาพของนักเรียน

ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเนินสะดวก จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีการดูแลตนเองในระดับดีและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 79-92) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือน

ของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 คน พบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง
ของชาวชนบทส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพสาธาดูสุข นอกจากนี้ยังพบว่า
การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา
อาชีพ เศรษฐกิจ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อตัวเอง และพบว่าความเชื่อ
ระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85-94) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 389 คน
จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือระดับการศึกษา
รายได้ อาชีพ ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล
ความสะดวกในการเข้า และ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรม
การเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือ เพศ อายุ ขนาดครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

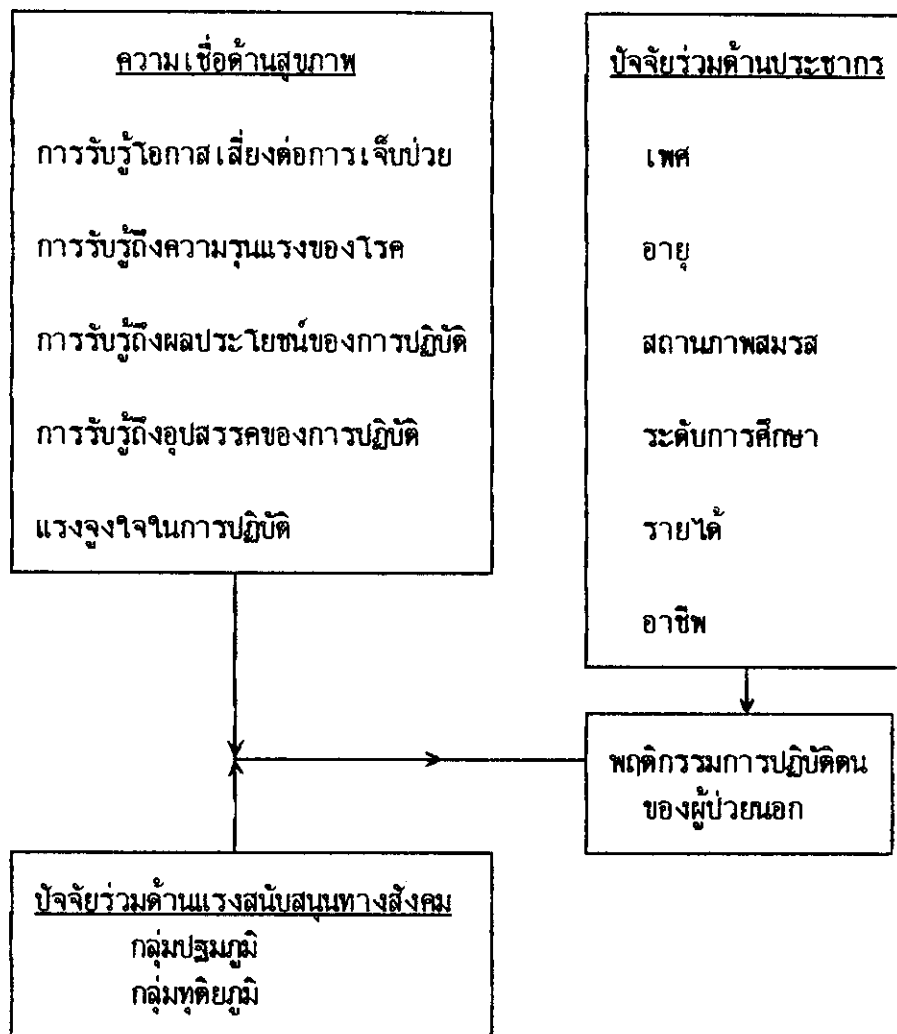
นิตยา เข็นฉ่ำ (2535 : ก - ข) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อ
คงสุขภาพหรือของบุคคลากรชายในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่สุขภาพดี จำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดย
รวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพหรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะ
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพสมาชิกในครอบครัว
และเพื่อนใกล้ชิดสุขภาพดี นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทาง
ลบกับการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพ และการทำนายการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพ พบว่าแรงจูงใจด้าน
สุขภาพ และประสิทธิภาพสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสุขภาพดีสามารถทำนายการปฏิบัติตน
เพื่อคงสุขภาพได้

บุศรี ผลเพิ่ม (2536 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยกำหนดการเข้ารับบริการเพื่อรักษาการเจ็บ
ป่วยในสถานพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยกำหนดการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล
เอกชนประเภทต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ อายุ ขนาดของครอบครัว อาชีพ ความเชื่อถือ
ในสถานพยาบาล ระดับความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่เคยได้รับ การรับรู้ถึงระดับความรุนแรง
ของการเจ็บป่วย ช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาและความเชื่อถือในแพทย์ความครอบคลุมในสวัสดิการ

จากการเป็นสมาชิกในครอบครัว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง การมีสถานพยาบาลของรัฐในเขตที่อยู่อาศัย ความสะดวกในการเดินทาง ชนิดของโรค และลักษณะของความเจ็บป่วย โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันจำแนกผู้ให้บริการในสถานพยาบาลเอกชน กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ออกจากกลุ่มโพลีคลินิกและคลินิกแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

จารุณี สุธิต (2537 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี จากหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการต่าง ๆ จำนวน 288 ราย ผลการทดสอบหาความสัมพันธ์พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยร่วมทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พบว่าระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์สำหรับอายุ ระยะเวลาการประกอบอาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

จากแนวความคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว อาจแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ศึกษาและกำหนดสมมุติฐานที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้า โดยแสดงกรอบแนวความคิดในการทำวิจัย (Conceptual Framwork) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ
กับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

แหล่งที่มา : (Becker and Rosenstock. 1974 : 7, 89)

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ปัจจัยร่วมด้านประชากรมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมีสมมุติฐานย่อยดังนี้
 - 1.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน
 - 1.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน
 - 1.3 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
 - 1.4 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
 - 1.5 รายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน
 - 1.6 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมีสมมุติฐานย่อยดังต่อไปนี้
 - 2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
 - 2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
 - 2.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

2.5 แรงจูงใจในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

3. ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมีสมมุติฐานย่อยดังนี้

3.1 แรงสนับสนุนจากกลุ่มปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

3.2 แรงสนับสนุนจากกลุ่มทุติยภูมิ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ทั้งนี้ต้องไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน และไม่มีความผิดปกติทางจิต ไม่จำกัดเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติและศาสนา ซึ่งมีอายุระหว่าง 15-60 ปี

จำนวนประชากร ผู้วิจัยได้จากสถิติผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ในปีงบประมาณ 2536 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2535 - กันยายน 2536 จำนวน 50,747 คน หรือโดยเฉลี่ยจำนวน 4,228 คนต่อเดือน ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลจำนวน(ราย)ผู้ป่วยนอก จำแนกตามงาน/คลินิก ที่ให้การรักษานแต่ละเดือน พ.ศ. 2536 (ค.ค.2535 - ก.ย.2536)

งาน/คลินิก	จำนวน(ราย)ผู้ป่วยนอก												
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
อายุรกรรม	4272	3882	3921	3612	3759	4334	3694	3700	3783	4115	3479	4173	46724
	35	31	8	15	29	10	15	12	10	16	3	25	205
	183	173	183	139	130	130	223	173	152	206	112	195	1979
	6	13	13	9	2	9	5	3	4	4	6	8	80
	39	32	48	37	43	51	20	42	47	39	42	41	481
	48	41	54	37	35	65	30	41	49	37	42	29	508
	1	1	7	10	9	11	3	11	11	5	4	2	75
	21	7	25	18	32	21	12	16	33	23	19	16	241
	-	-	-	-	17	69	10	20	6	-	10	4	136
	-	28	19	22	25	25	16	15	24	29	23	30	35
กามโรค(เฉพาะเพศชาย)	5	1	3	5	2	5	9	5	6	4	2	5	52
	4610	4209	4261	3902	4079	4721	4036	4047	4130	4472	3749	4531	50747
รวม													

แหล่งที่มา : (โรงพยาบาลตากสิน. 2536 : 20)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ ประชาชนซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากร

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane. 1969 : 886) ให้ความคลาดเคลื่อนได้ .05 โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน

$$n = \frac{4228}{1 + (4228)(.05)^2}$$

$$= 365.42$$

$$= 365$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จำนวน 365 คน เป็นชาย
157 คน หญิง 208 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มแบบจับฉลากจากเบอร์คิวของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ให้ได้จำนวนตามที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน จนครบตาม
ขนาดตัวอย่าง 365 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

วิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ส่วนที่จะแบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล หรือปัจจัยร่วมด้านประชากร ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้มารับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้มารับบริการในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นการถามถึงความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องราวที่กล่าวข้างต้นและเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงและผู้มารับบริการประสบเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยตนเอง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มารับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

ส่วนที่ 2 แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้มารับบริการ

ตอนที่ 2 เป็นการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติ มิเกณฑ์การให้คะแนนเหมือนกันดังนี้

มีการรับรู้	มาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
มีการรับรู้	ปานกลาง	ให้คะแนน	2	คะแนน
มีการรับรู้	น้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มิเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้รับการสนับสนุน	มาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
ได้รับการสนับสนุน	ปานกลาง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ได้รับการสนับสนุน	น้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้มารับบริการ มิเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต

ปฏิบัติประจำ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ

ปฏิบัติประจำ	ให้คะแนน	0	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	2	คะแนน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ สุขภาพและความเจ็บป่วย ตลอดจนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งทั้งหมดที่ศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ให้ได้เนื้อหาครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ได้แบบสัมภาษณ์ จำนวน 95 ข้อ
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตลอดจนความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า .05 ถือว่าใช้ได้ จำนวน 87 ข้อ
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลตากสินที่เป็นประชากรแต่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 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 จำนวน 73 ข้อ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นตามข้อ 6
6. นำแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach, 1970 : 161) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7410 ซึ่งมีค่าสูงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ดังปรากฏรายละเอียดตามภาคผนวก ข.

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบก่อนเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์และวิธีสัมภาษณ์

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน
2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชนผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ในเวลาราชการ วันละ 20 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากจากเบอร์คิวของผู้มารับบริการให้ได้จำนวนตามที่กำหนดไว้
3. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 22 มีนาคม 2538 ถึงวันที่ 23 เมษายน 2538 ได้จำนวนมาทั้งหมด 365 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์แล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจหาให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. แจกแจงแบบสัมภาษณ์ออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
4. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 2 หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย แล้วจัดแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม โดยการประเมินค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1959 : 159) ดังนี้

1.66 หมายความว่า มีการรับวันน้อย

1.67 - 2.33 หมายความว่า มีการรับวันปานกลาง

2.34 - 3.00 หมายความว่า มีการรับวันมาก

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 หาค่าความถี่ คำนวณค่าร้อยละแล้วนำเสนอ
ในรูปตาราง ประกอบความเรียง

ส่วนที่ 1 ตอนที่ 3 ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม
ตามการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ (Best. 1959 : 159) ดังนี้

1.66 หมายความว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.67 - 2.33 หมายความว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

2.34 - 3.00 หมายความว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

5. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน จัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่มโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์เช่นเดียวกันดังนี้

0 - 0.66 หมายความว่า การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอยู่ใน
ระดับต้องปรับปรุง

0.67 - 1.33 หมายความว่า การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอยู่ใน
ระดับพอใช้

1.34 - 2.00 หมายความว่า การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอยู่ใน
ระดับดี

6. หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การทดสอบ ไค-สแควร์
(χ^2 distribution) เพื่อทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรและหาว่าตัวแปรทั้งสองมีความ
สัมพันธ์กันหรือไม่เพื่อทดสอบสมมติฐานทั้งหมด

7. ค่าเงินการประเมินผลข้อมูล เพื่อนำเสนอในรูปตาราง และค่าสถิติต่าง ๆ
แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป PSSS^X (Statistical
Package for the Social Science Varion 10)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์วิริยะ . 2534 : 74)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

ΣX แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร (บุศรี วงศ์วิริยะ . 2534 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N - 1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตรของ โรวินเนลลีและแฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) (สมบุญ ชิตพงษ์. 2528 : 178)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์

ΣR แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีการแจกแจงที (t - distribution) ใช้เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด โดยใช้สูตร (Edwards. 1975 : 152)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์

$\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง

S_L^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง

n_L แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค โดยใช้สูตร (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

K แทน จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์

$\sum s_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสัมภาษณ์
เป็นรายข้อ

s_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระ (Test of Independence)

ของตัวแปรต้น และตัวแปรตาม เพื่อทดสอบสมมุติฐานทั้งหมด โดยใช้สูตร (วิทยา วิทยาลัยฯ.
2535 : 30)

$$\chi^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

เมื่อ χ^2 แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบ

O แทน ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกตหรือความถี่ที่เกิดขึ้นจริง
(Observed Frequency)

E แทน ความถี่ที่คาดหวัง (Expected Frequency)

การคำนวณค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected Frequency) โดยใช้สูตร

$$E_{ij} = \frac{R_i C_j}{N}$$

เมื่อ C แทน ผลรวมของความถี่ในแต่ละสดมภ์

R แทน ผลรวมของความถี่ในแต่ละแถว

การคำนวณค่าขึ้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom) เพื่อทดสอบ
ความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สูตร

$$df = (r - 1) (k - 1)$$

เมื่อ r แทน จำนวนการแปรผันของตัวแปรตามแถว

k แทน จำนวนการแปรผันของตัวแปรตามสดมภ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ตอน ซึ่งในแต่ละตอนมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วจัดกลุ่มในแต่ละหมวดโดยประเมินค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามกลุ่มปฐมภูมิ กลุ่มทุติยภูมิ แจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วจัดกลุ่มในแต่ละหมวด โดยประเมินค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (χ^2 - Square) ในการทดสอบสมมติฐาน เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระ (Test of Independence) ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
 S.D. แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 χ^2 แทน ไค-สแควร์ เป็นค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบ
 df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
 * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยร่วมด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 365 คน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยร่วมด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	43.00
หญิง	208	57.00
รวม	365	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
15 - 20 ปี	71	19.50
21 - 45 ปี	225	61.60
46 - 60 ปี	69	18.90
รวม	365	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	134	36.70
คู่	209	57.30
หย่า - หม้าย	22	6.00
รวม	365	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือไม่สำเร็จ		
การศึกษาระดับประถมศึกษา	28	7.70
ประถมศึกษา	120	32.90
มัธยมศึกษา	103	28.20
สูงกว่ามัธยมศึกษา	114	31.20
รวม	365	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	117	32.60
3,001 - 8,000 บาท	174	47.70
สูงกว่า 8,000 บาท	72	19.70
รวม	365	100.00
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	69	18.90
ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว	153	41.90
เกษตรกรรวม	16	4.40
ค้าขาย	52	14.20
นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ	75	20.50
รวม	365	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า

1. จำแนกตามเพศ พบว่าผู้มารับบริการเพศหญิงมีจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 57.00 และเพศชายมีจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 43.00
2. จำแนกตามอายุ พบว่าผู้มารับบริการมีอายุในช่วงระหว่าง 21 - 45 ปี มีจำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 61.60 ช่วงอายุ 15 - 20 ปี มีจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 19.50 และช่วงอายุ 46-60 ปี มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90

3. จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าผู้มารับบริการสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 53.70 สถานภาพสมรสโสด มีจำนวน 1354 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 และสถานภาพสมรสหย่า-หม้าย มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00

4. จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 32.90 ระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 31.20 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 28.20 และไม่ได้เรียนหนังสือหรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70

5. จำแนกตามรายได้ พบว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ในช่วงระหว่าง 3,001 - 8,000 บาท มีจำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 และรายได้สูงกว่า 8,000 บาท มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 19.70

6. จำแนกตามอาชีพ พบว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว มีจำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 41.90 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา/ไม่ประกอบอาชีพ มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 คน อาชีพค้าขาย มีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 14.20 อาชีพเกษตรกร มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏ
ตามตาราง 7 และ 8

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนก
ตามปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย				
มีการรับรู้น้อย	8	2.20	2.25	.46
มีการรับรู้ปานกลาง	186	51.00	2.37	.48
มีการรับรู้มาก	171	46.80	2.56	.49
รวม	365	100.00	2.31	.34
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค				
มีการรับรู้น้อย	5	1.40	2.40	.54
มีการรับรู้ปานกลาง	94	25.80	2.37	.48
มีการรับรู้มาก	266	72.90	2.48	.50
รวม	365	100.00	2.56	.36

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ				
มีการรับรู้น้อย	11	3.00	2.36	.50
มีการรับรู้ปานกลาง	109	29.90	2.34	.47
มีการรับรู้มาก	245	67.10	2.51	.50
รวม	365	100.00	2.48	.37
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ				
มีการรับรู้น้อย	42	11.50	2.40	.48
มีการรับรู้ปานกลาง	278	76.20	2.43	.49
มีการรับรู้มาก	45	12.30	2.55	.49
รวม	365	100.00	2.01	.32
แรงจูงใจในการปฏิบัติ				
มีแรงจูงใจน้อย	10	2.70	2.50	.52
มีแรงจูงใจปานกลาง	220	60.30	2.40	.49
มีแรงจูงใจมาก	135	37.00	2.53	.50
รวม	365	100.00	2.23	.30

จากตาราง 7 แสดงว่า

1. ผู้มารับบริการที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 51.00 ค่าเฉลี่ย 2.37 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .48 มีการรับรู้มาก จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 46.80 ค่าเฉลี่ย 2.56 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 และมีการรับรู้น้อย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ค่าเฉลี่ย 2.25 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .46 ค่าเฉลี่ยรวม 2.31 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม .34
2. ผู้มารับบริการที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีการรับรู้มาก จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 ค่าเฉลี่ย 2.48 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .50 มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 ค่าเฉลี่ย 2.37 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .48 และมีการรับรู้น้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40 ค่าเฉลี่ย 2.40 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .54 ค่าเฉลี่ยรวม 2.56 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .36
3. ผู้มารับบริการที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีการรับรู้มาก จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 67.10 ค่าเฉลี่ย 2.51 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .50 มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 29.90 ค่าเฉลี่ย 2.34 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .47 และมีการรับรู้น้อย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.00 ค่าเฉลี่ย 2.36 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .50 ค่าเฉลี่ยรวม 2.48 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .37
4. ผู้มารับบริการที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีการรับรู้ปานกลาง จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 66.85 ค่าเฉลี่ย 2.43 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 มีการรับรู้มาก จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 21.65 ค่าเฉลี่ย 2.55 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 และมีการรับรู้น้อย จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 11.55 ค่าเฉลี่ย 2.40 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .48 ค่าเฉลี่ยรวม 2.01 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .32
5. ผู้มารับบริการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ มีแรงจูงใจปานกลาง จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 66.03 ค่าเฉลี่ย 2.40 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 มีแรงจูงใจมาก จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 ค่าเฉลี่ย 2.53 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .50 มีแรงจูงใจน้อย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ค่าเฉลี่ย 2.50 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .62 ค่าเฉลี่ยรวม 2.23 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .30

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้าน
ความเชื่อทางด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	2.31	.34
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	2.56	.36
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	2.48	.37
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	2.01	.32
แรงจูงใจในการปฏิบัติ	2.23	.30
รวม	2.30	0.20

จากตาราง 8 แสดงว่า ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 2.30 ($X = 2.30$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 (S.D. = 0.20) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นอันดับหนึ่ง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย แรงจูงใจในการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ รองลงมาตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 9 และตาราง 10

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ)

ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
กลุ่มปฐมภูมิ				
มีการรับรู้น้อย	1	0.30	2.00	.00
มีการรับรู้ปานกลาง	160	43.80	2.39	.49
มีการรับรู้มาก	204	55.90	2.49	.50
รวม	365	100.00	2.45	.36
กลุ่มทุติยภูมิ				
มีการรับรู้น้อย	12	3.30	2.75	.45
มีการรับรู้ปานกลาง	202	41.40	2.39	.49
มีการรับรู้มาก	151	55.30	2.51	.50
รวม	365	100.00	2.29	.36

จากตาราง 9 แสดงว่า

1. ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีแรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิ มีแรงสนับสนุนมาก จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 55.90 ค่าเฉลี่ย 2.39 ค่าความเบี่ยงเบน

มาตรฐาน .49 มีแรงสนับสนุนปานกลาง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 43.80 ค่าเฉลี่ย
2.39 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 และมีแรงสนับสนุนน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ
0.30 ค่าเฉลี่ย 2.00 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .00 ค่าเฉลี่ยรวม 2.29 ค่าความเบี่ยงเบน
มาตรฐานรวม .36

2. ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีแรงสนับสนุนกลุ่มทุติยภูมิ
มีแรงสนับสนุนปานกลาง จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 41.40 ค่าเฉลี่ย 2.39 ค่าความ
เบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 มีแรงสนับสนุนมาก จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 55.30 ค่าเฉลี่ย
2.51 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .50 และมีแรงสนับสนุนน้อย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ
3.30 ค่าเฉลี่ย 2.75 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .45 ค่าเฉลี่ยรวม 2.29 ค่าความเบี่ยงเบน
มาตรฐานรวม .36

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วม
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.
กลุ่มปฐมภูมิ	2.45	.36
กลุ่มทุติยภูมิ	2.29	.36
รวม	2.38	.28

จากตาราง 10 แสดงว่า ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าค่าเฉลี่ย 2.38
($\bar{X} = 2.38$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .28 (S.D. = .28) เมื่อพิจารณานในแต่ละกลุ่ม
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มปฐมภูมิเป็น
อันดับหนึ่ง รองลงมาแรงสนับสนุนจากกลุ่มทุติยภูมิ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและค่าร้อยละของระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	7	1.90
พอใช้	191	52.30
ดี	167	45.80
รวม	365	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบความเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159) ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ กล่าวคือ ผู้ป่วยนอกมีการปฏิบัติในระดับพอใช้ จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 52.30 รองลงมาคือการปฏิบัติในระดับดี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ การปฏิบัติในระดับดี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และการปฏิบัติในระดับต้องปรับปรุง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9

ตอนที่ 5 การทดสอบสมมุติฐาน

เป็นการทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระ (Test of Independence) ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เพื่อทดสอบสมมุติฐานทั้งหมด โดยใช้การทดสอบไค - สแควร์ (χ^2 distribution) แบ่งเป็น 3 ตอนคือ

5.1 การทดสอบความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ดังปรากฏตามตาราง 12 - 17

ตาราง 12 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามเพศ

เพศ	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
ชาย	3	94	60	157	
	(.8)	(25.8)	(16.4)	(43.0)	
หญิง	4	97	107	208	
	(1.1)	(26.6)	(29.3)	(57.0)	
รวม	7	191	167	365	6.4167*
	(1.9)	(52.3)	(45.8)	(100.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.991$, df = 2)

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ส่วนใหญ่เพศชายมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 25.80 รองลงมา มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 16.40 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .80 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 29.30 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 26.60 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค - สแควร์ พบว่า ค่าคำนวณได้เท่ากับ 6.4167 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 5.991 แสดงว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.1

ตาราง 13 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามอายุ

อายุ	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
15 - 20 ปี	1 (.3)	41 (11.2)	29 (7.9)	71 (19.5)	
21 - 45 ปี	1 (.3)	119 (32.9)	105 (28.8)	225 (61.6)	
41 - 60 ปี	5 (1.3)	31 (8.5)	33 (9.0)	69 (18.9)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	14.4721*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, $df = 4$)

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอายุระหว่าง 15 - 20 ปี ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับพอใช้ ร้อยละ 11.2 รองลงมา มีการปฏิบัติในระดับดี ร้อยละ 7.9 และต้องปรับปรุง .30 ตามลำดับ อายุระหว่าง 21 - 45 ปี ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 28.8 และต้องปรับปรุง ร้อยละ .80 ตามลำดับ ส่วนอายุ 41 - 60 ปี ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 9.0 รองลงมา ระดับพอใช้ ร้อยละ 8.5 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค - สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 14.4721 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.2

ตาราง 14 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จําแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
โสด	1 (.3)	75 (20.5)	58 (15.9)	134 (36.7)	
คู่	6 (1.6)	102 (27.9)	101 (27.7)	209 (57.3)	
หย่า-หม้าย	-	14 (3.8)	8 (2.2)	22 (6.0)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	4.6488

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่มี สถานภาพสมรส โสด ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 20.50 รองลงมา มีการปฏิบัติตน ดี ร้อยละ 15.9 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .30 ตามลำดับ สถานภาพสมรส คู่ ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 27.9 รองลงมา การปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 27.7 และระดับ ต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ สถานภาพสมรส หย่า-หม้าย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับ ระดับพอใช้ ร้อยละ 3.8 รองลงมาปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 2.2 ไม่มีการปฏิบัติตนระดับต้อง ปรับปรุง

เมื่อทดสอบค่าไค - สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 4.6488 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.3 ที่ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล ตากสิน

ตาราง 15 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
ไม่ได้เรียนหรือไม่ สำเร็จการศึกษา	2 (.5)	14 (3.8)	12 (3.3)	28 (7.7)	
ประถมศึกษา	-	74 (20.3)	46 (12.6)	120 (32.9)	
มัธยมศึกษา	4 (1.1)	51 (14.0)	48 (13.2)	103 (28.2)	
สูงกว่ามัธยม	1 (.3)	52 (14.2)	61 (16.7)	114 (31.2)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	15.1831*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.592$, df = 6)

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษา ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 3.80 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 3.30 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .50 ตามลำดับ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 20.30 รองลงมา การปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 12.60 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 14.00 รองลงมาการปฏิบัติดี ร้อยละ 13.2 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 16.70 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 14.2 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .30 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค - สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 15.1831 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 12.592 แสดงว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.4

ตาราง 16 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามรายได้

รายได้	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
ต่ำกว่า 3,000	1	64	54	119	
บาทต่อเดือน	(.3)	(17.5)	(14.8)	(32.6)	
3,001 - 8,000	2	96	76	174	
บาทต่อเดือน	(.5)	(26.3)	(20.8)	(47.7)	
สูงกว่า 8,000	4	31	37	72	
บาทต่อเดือน	(1.1)	(8.5)	(10.1)	(19.7)	
รวม	7	191	167	365	8.3914
	(1.9)	(52.3)	(45.8)	(100.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ระดับ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 17.50 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 14.8 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .30 ตามลำดับ ผู้ที่มีรายได้ 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีการมีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 26.30 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 20.8 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .30 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 10.10 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 8.5 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค - สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 8.3914 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ได้ จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.5 ที่ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

ตาราง 17 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
รับราชการหรือ	2	32	36	69	
รัฐวิสาหกิจ	(.5)	(8.8)	(9.6)	(18.9)	
ลูกจ้างเอกชนหรือ	1	82	70	153	
ส่วนตัว	(.3)	(22.5)	(19.2)	(41.9)	
เกษตรกรรวม	-	13	3	16	
		(3.6)	(.8)	(4.4)	
ค้าขาย	4	24	24	52	
	(1.1)	(6.6)	(6.6)	(14.2)	
นักเรียนหรือนักศึกษา	-	40	35	75	
หรือไม่ประกอบอาชีพ		(11.5)	(9.6)	(20.5)	
รวม	7	191	167	365	18.8105*
	(1.9)	(52.3)	(45.8)	(100.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 15.507$, df = 8)

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 9.60 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 8.80 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .50 ตามลำดับ อาชีพ ลูกจ้างเอกชนหรือส่วนตัว ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 22.50 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 19.2 และระดับต้องปรับปรุง .30 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 3.6 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับดี .80 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง อาชีพค้าขายส่วนใหญมีการปฏิบัติตนระดับดีและพอใช้ ร้อยละ 6.6 รองลงมาระดับต้องปรับปรุง ตามลำดับ นักเรียนหรือนักศึกษาหรือไม่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 11.0 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 9.6 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง

เมื่อทดสอบค่าไค - สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 18.8105 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 15.507 แสดงว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1.6

5.2 การทดสอบความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ดังปรากฏตามตาราง

ตาราง 18 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเจ็บ	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
มีการรับรู้น้อย	-	6 (1.6)	2 (.5)	8 (2.2)	
มีการรับรู้ปานกลาง	6 (1.6)	111 (30.4)	69 (18.9)	186 (51.0)	
มีการรับรู้มาก	1 (.3)	74 (20.3)	96 (26.3)	171 (46.8)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	16.6128*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 1.60 รองลงมาได้มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ .50 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 30.40 รองลงมาได้มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 18.90 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.60 ตามลำดับ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมาก ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 26.3 รองลงมาได้มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 20.3 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .30 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 16.6128 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2.1

ตาราง 19 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงความ รุนแรงของโรค	ระดับการปฏิบัติตน			รวม	χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี		
มีการรับรู้น้อย	–	3 (.8)	2 (.5)	5 (1.4)	
มีการรับรู้ปานกลาง	6 (.8)	56 (15.3)	35 (9.6)	94 (25.8)	
มีการรับรู้มาก	4 (1.1)	132 (36.2)	130 (35.6)	266 (72.9)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	4.5927

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคน้อย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ .80
รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ .50 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง ผู้ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรง
ของโรคนานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 15.30 รองลงมา มีการปฏิบัติตน
ระดับพอใช้ ร้อยละ 9.60 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .80 ตามลำดับ ผู้ที่มีการรับรู้ถึง
ความรุนแรงของโรคนาน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 36.20 รองลงมา มีการ
ปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 35.60 และระดับต้องปรับปรุง 1.10 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 4.5927 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ได้
จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับ
การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน
ข้อ 2.2 ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่ม
งานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

ตาราง 20 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ

การรับรู้ถึงผลประโยชน์ ของการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
มีการรับรู้ต่ำ	-	7 (1.9)	4 (1.1)	11 (3.0)	
มีการรับรู้ปานกลาง	4 (1.1)	67 (18.4)	36 (10.4)	109 (29.9)	
มีการรับรู้มาก	3 (.8)	117 (32.1)	125 (34.2)	245 (67.1)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	10.0808*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, $df = 4$)

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติน้อย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 1.90 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ ผู้ที่มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 18.40 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 10.40 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ ผู้ที่มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติมาก ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 34.20 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 32.10 และระดับต้องปรับปรุง .80 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 10.0860 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.3

ตาราง 21 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

การรับรู้ถึงอุปสรรค ของการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติตน			รวม	χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี		
มีการรับรู้น้อย	3 (.8)	22 (6.0)	17 (4.7)	42 (11.5)	
มีการรับรู้ปานกลาง	4 (1.1)	150 (41.1)	124 (34.4)	278 (76.2)	
มีการรับรู้มาก	-	19 (5.2)	26 (7.1)	45 (12.3)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	9.9516*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 6.00 รองลงมา มีการปฏิบัติในระดับดี ร้อยละ 4.70 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .80 ตามลำดับ ผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับพอใช้ ร้อยละ 41.10 รองลงมา มีการปฏิบัติในระดับดี ร้อยละ 34.0 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ และผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมาก ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับดี ร้อยละ 7.10 รองลงมา มีการปฏิบัติในระดับพอใช้ ร้อยละ 5.2 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 9.9516 ซึ่งมากกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.4

ตาราง 22 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติ

แรงจูงใจ ในการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
มีแรงจูงใจน้อย	-	5 (1.4)	5 (1.4)	10 (2.7)	
มีแรงจูงใจปานกลาง	6 (1.6)	124 (34.0)	90 (24.7)	220 (60.3)	
มีแรงจูงใจมาก	1 (.3)	62 (17.0)	72 (19.7)	135 (37.0)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	6.5342

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่มีแรงจูงใจน้อย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดีและพอใช้ ร้อยละ 1.40 ตามลำดับ ไม่มีระดับต้องปรับปรุง ผู้ที่มีแรงจูงใจปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 34.00 รองลงมาการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 24.7 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.60 ตามลำดับ และผู้ที่มีแรงจูงใจมาก ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 19.7 และรองลงมามีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 17.00 และระดับต้องปรับปรุง .30 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 6.5342 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.5 ที่ว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

5.3 การทดสอบความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระระหว่างปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

ตาราง 23 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตน
ของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามกลุ่มประมุข

แรงสนับสนุน กลุ่มประมุข	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
มีแรงสนับสนุนน้อย	-	1 (.3)	-	1 (.3)	
มีแรงสนับสนุนปานกลาง	2 (.5)	9 (25.8)	64 (17.5)	160 (43.8)	
มีแรงสนับสนุนมาก	5 (1.4)	96 (26.3)	103 (28.2)	204 (55.9)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	6.0868

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่มีแรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิต่ำ มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้เพียงระดับเดียว ร้อยละ .30 ผู้ที่มีแรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 25.80 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับดี ร้อยละ 17.5 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .50 ตามลำดับ และผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิมาก ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 28.20 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 26.3 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 6.40 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 6.0868 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า แรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3.1 ที่ว่า แรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

ตาราง 24 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตน
ของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกตามกลุ่มหัตถิยกรรม

แรงสนับสนุน	ระดับการปฏิบัติตน				χ^2
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	รวม	
มีแรงสนับสนุนน้อย	—	3 (.8)	9 (2.5)	12 (3.3)	
มีแรงสนับสนุนปานกลาง	4 (1.1)	118 (32.3)	80 (21.9)	202 (55.3)	
มีแรงสนับสนุนมาก	3 (.8)	70 (19.2)	78 (21.4)	151 (41.4)	
รวม	7 (1.9)	191 (52.3)	167 (45.8)	365 (100.0)	9.4728

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.488$, df = 4)

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผู้ที่มีแรงสนับสนุนกลุ่มหัตถิยุคน้อย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 2.50 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ .80 ไม่มีระดับต้องปรับปรุง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนกลุ่มหัตถิยุคนปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 25.80 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับดี ร้อยละ 21.90 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ และผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มหัตถิยุคนมาก มีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 21.40 รองลงมา มีการปฏิบัติตนระดับพอใช้ ร้อยละ 19.20 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ .80 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่าค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 9.4728 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ได้จากการเปิดตารางคือ 9.488 แสดงว่า แรงสนับสนุนกลุ่มหัตถิยุคนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.2 ที่ว่า แรงสนับสนุนกลุ่มหัตถิยุคนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

บทที่ 5

บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ตามตัวแปร กลุ่มปฐมภูมิ กลุ่มทุติยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าในการศึกษาค้างนี้เป็นประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ซึ่งมีอายุ 15 - 60 ปี มีจำนวน 365 คน ที่ผ่านการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยร่วมด้านประชากร ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้มารับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้มารับบริการในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผล ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งลักษณะ ของแบบสัมภาษณ์เป็นการถามถึงความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องราวที่กล่าวข้างต้น และเป็น เรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงและผู้มารับบริการประสบเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยตนเอง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มา รับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมนุญ ซึ่งประกอบ ด้วย ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

ส่วนที่ 2 แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้มารับบริการ

ตอนที่ 2 เป็นการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ใช้การทดสอบ ไค-สแควร์ (χ^2 distribution)

เพื่อทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรและหาว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

สรุปผลการค้นคว้า

1. ปัจจัยร่วมด้านประชากรกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกได้ดังนี้

1.1 เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

- 1.2 อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 1.3 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
- 1.4 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 1.5 รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน
- 1.6 อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน จำแนกได้ดังนี้
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
 - 2.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 2.5 แรงจูงใจในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน
3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำแนกได้ดังนี้
 - 3.1 แรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

3.2 แรงสนับสนุนกลุ่มทศัญญาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถจำแนกข้อมูลค้นคว้าออกได้เป็น 2 กลุ่ม ตามปัจจัยที่ศึกษา กล่าวคือ

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
2. ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน คือ สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติ แรงสนับสนุนกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนกลุ่มทศัญญา

ซึ่งรายละเอียดการอภิปรายเป็นดังนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

1. เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.1 ที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 98) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า เพศชายและหญิงมีพฤติกรรมการขอการรักษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับเบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการชายและหญิงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ และมีการแสวงหาหนทางที่ขจัดความผิดปกติเหล่านั้นโดยมีปัจจัยส่วนบุคคล สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ มาเป็นตัวกำหนด

พฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งโดยลักษณะนี้มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ต่างต้องการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นทุกคนจะขวนขวายหาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้ เมื่อเจ็บป่วยก็จะพยายามหาวิธีบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ผลการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้เมื่อสุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษา พบว่า จำนวน 365 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 57 และเพศชาย 157 คน คิดเป็นร้อยละ 43 พบว่า มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องได้เช่น สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับบุคคลอื่น

2. อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.2 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อายุบ่งถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ การรับรู้ ความสามารถในการเข้าใจและการตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (จารุณี สุตติ. 2536 : 43) ซึ่งสอดคล้องกับโอเร็ม (Orem. 1985 : 255-256) ที่กล่าวว่า อายุยังเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่แตกต่างกันในระดับพัฒนาการตามอายุ และยังเป็นตัวกำหนดความต้องการทั้งหมดความสามารถของบุคคลไม่ว่าอยู่ในภาวะปกติหรือเมื่อเจ็บป่วย ผลของการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษา โดยที่ผู้สูงอายุและวัยกลางคนจะมีการขอรักษา มากกว่าวัยอื่น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนต์ (2534 : ก - ข) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยตับอักเสบบี

พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 จารูณิ สุตติ (2536 : 43) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดจันทบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ก็มีการศึกษาที่ผลการศึกษาน่าสอดคล้อง นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : 56) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ผู้ศึกษาได้อธิบายว่า บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มิได้เกิดขึ้นทันที แต่เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตซึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ จากการศึกษาครั้งนี้และจากการศึกษาที่ผ่านมาความสอดคล้องกัน อายุมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน

3. ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.4 ที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี นั้นย่อมหมายถึง ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติตนดีกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโรเจอร์ (Roger. 1969 : 157) ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ๆ ก็พยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้กับตนเองว่าควรปฏิบัติอย่างไร และจากการศึกษาของรูทท์ (Ruth. 1973 : 136-156) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่าจะพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องในเชิงวิทยาศาสตร์ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่า มีการศึกษาที่

สอดคล้องกับแนวคิดนี้ กอบแก้ว กุศลวิธ (2527 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ในจังหวัดราชบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีแนวโน้มการกลับมารักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ภูซังค์ ภูลลบุตร (เบญจพร แก้วมีศรี. 2534 : 89; อ้างอิงมาจาก ภูซังค์ ภูลลบุตร. 2524 : 150-157) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว ด้านอนามัยของประชาชน ในเขตหมู่บ้าน ประมง พบว่า หัวหน้าครอบครัวที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติตัวด้านอนามัยดีกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีการศึกษาน้อย จารูวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 : 88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือนในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือนในการรักษาดี เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 88) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่ไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงพอสรุปได้ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

4. อาชีพ จากการศึกษาค้นคว้า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.6 ที่ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ส่วนอาชีพลูกจ้างเอกชนหรือส่วนตัว เกษตรกรรม ค้าขาย นักเรียนหรือนักศึกษาหรือไม่ประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เพราะผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความเป็นไปได้นี้เกี่ยวข้องกับการศึกษา เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความรู้ และมีโอกาสที่นำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ตนได้รับไปปรับพฤติกรรม ทำให้การปฏิบัติตนดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันอาชีพอื่น ๆ เช่น ค้าขาย เกษตรกรรม โอกาสเรียนรู้ด้านสุขภาพมีน้อย อาชีพจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง บ่อภัย

(2528 : 64) ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพ เด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทย พุทที่มีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง และผลการศึกษาของประสพ ยุทธเมธางกูร (2530 : 50) ที่ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพแตกต่างกันมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่ปกครองที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีอาชีพเกษตรกรรม เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมกาเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมกาเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค่าขาย และลูกจ้างเอกชนหรือส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.1 ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบคเคอร์ ดรachsman และเคอร์สชท์ (Becker Drachman and Kirscht. 1974 : 410) ที่พบว่าความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจในเด็กมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการให้บุตรรับประทานยา และตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยัมวไล (2531 : 96) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสัชย (2532 : 88) ที่ศึกษาพบว่า ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มติดเชื้ไวรัสนิคชนิด สอดคล้องกับ กิตติยา เตชะไพโรจน์ (2533 : 84) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน

การระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของจางูฉี สูดี้ (2536 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในเขตอำเภอค้ำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 นิตยา เป็นล่า (2535 : 55) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเนื่องจากสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล แต่ก็มีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน สุริย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงจากการเป็นโรค ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเอง

6. การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.3 ที่ว่าการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งจากผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของเบคเคอร์ (Becker, 1974 : 41) ที่ว่า บุคคลจะปฏิบัติในวิธีที่เขาคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อเขามากที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษากับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และสอดคล้องกับ นิตยา ยิ่งกาญจนา (2529

: ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกโดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า การรับรู้ถึงผลประโยชน์ในการกระทำมาก มีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดน้อยลง สอดคล้องกับ สุริย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 66) ที่พบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2531 : 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ถึงผลดีในการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี สุดดี (2536 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : 60) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยอธิบายถึงความไม่สัมพันธ์ครั้งนี้ว่า บุหรี่เป็นยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรง เห็นผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายในระยะยาว เมื่อต้องเลิกจะเห็นประโยชน์ไม่เด่นชัด การรับรู้ถึงผลประโยชน์จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตน

7. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จากการศึกษาการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.4 ที่ว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการรายงานของเทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell and Hart. อ้างจากนิตยา ภาสูนันท์. 2529 : 83) ที่

พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังษิย์ (2532 : 88) ที่พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการขอการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 67) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในเขตอำเภอคำเนินสะควก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ต่ออุปสรรคจึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

1. สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.3 ที่ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน สถานภาพสมรสสามารถทำให้รูปแบบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของคนแตกต่างกัน ผู้ที่มีคู่สมรสมักได้รับการดูแลช่วยเหลือและมีที่ปรึกษาและสมาชิกในครอบครัวสามารถบ่งบอกถึงความช่วยเหลือในระดับครอบครัวโดยที่บุคคลในครอบครัวป่วยย่อหมายถึง ภาระและปัญหาต่าง ๆ ที่จะต้องแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิม โดยบุคคลในครัวเรือนจะร่วมกันรับผิดชอบออกความคิดเห็นในการรักษาตามความเชื่อ และประสบการณ์ของการรักษา ผลการศึกษาด้านสถานภาพสมรสที่พบไม่สอดคล้อง จากการศึกษาของบราวน์และแม็ค กรีดดี (Brown and Mc Greedy. 1986 : 317) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสและผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ คลิงเกอร์ (Klinger. 1984 : 33) ที่พบว่า คู่สมรสที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา และผลของการศึกษาของไฮน์เซลมานน์ และแบ็กเลย์ (1970 : 907) ที่พบว่า คู่สมรสมีส่วนช่วยสนับสนุนผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายในการ

ศึกษาค้นคว้าได้ผลของการศึกษาไม่สอดคล้องอาจจะมาจากสภาพแวดล้อมทางด้านสังคม วิธีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเสียส่วนใหญ่ สภาพการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอาจจะไม่ดีพอ ทั้งนี้จากการศึกษาของวาทินี บุญชะลิกซ์ (2530 : ก - ข) พบว่า สถานภาพสมรสต่างกันมีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาต่างกัน และพบความแตกต่างกันของสถานภาพสมรสระหว่างผู้ที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท

2. รายได้ จากการศึกษพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.5 ที่ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาค้นคว้ามีส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 85) ศึกษาเรื่องตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น ได้เปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองของชาวบ้านที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ ผลการศึกษพบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมน สุเดชะ (2530 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความตื่นกลัวสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ผลของการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความตื่นกลัวสูงในระหว่างตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับนิตยา เป็นฉ่ำ (2535 : 56) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพหรือของบุคคลากรภายในโรงพยาบาล พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพหรือ แต่ในเรื่องของรายได้ เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล พวงรัตน์ ภูมามาศ และคนอื่น ๆ (2527 : 7-11) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพ เพราะเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นผู้ที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำหรือมีรายได้น้อยจึงไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองมาก ส่วนใหญ่มุ่งสนใจต่อการหาเลี้ยงชีพหรือเพื่อความอยู่รอดของตนเองไปวันหนึ่ง ๆ เท่านั้น จึงมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้า สุวิทย์ โอภาส-ศิริวิทย์ (2531 : 63) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 97) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในเขตอำเภอคำเม็งสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ เบญจพร แก้วมิศรี (2534 : 90) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการที่มีรายได้แตกต่างกับมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พบว่า มีการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้และไม่สอดคล้องสำหรับการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับรายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 จึงทำให้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ ต่อการมา รักษาพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลตากสินเป็นโรงพยาบาลของรัฐ เก็บค่าบริการการรักษาไม่แพงมากนัก จึงมีความเป็นไปได้ที่ทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 2.2 ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงพยอม การวิทย (2526 : 118) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรับประทานยา การตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และการควบคุมน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว (2528 : 117) ที่พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับอรรณพ ปราสาทสุวรรณ (2531 : 73) พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของมารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ สอดคล้องกับ ประยงค์ สัจพงษ์ (2531 : 65) พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด ในเขตอำเภอคำเม็งสะดวก จังหวัดราชบุรี รวมถึง

สอดคล้องกับนิคยา เช่นฉ่า (2535 : 48) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อ
งดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาซึ่งไม่สอดคล้อง
กับการศึกษาครั้งนี้ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของ
ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 94) ศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของไข้หวัดปอด มีความ
สัมพันธ์กับการขอการรักษา สำหรับผลการศึกษานี้ไม่ตรงกับคำกล่าวของ เฮลเลนแบรนต์
Hellenbrand. 1983 : 220) ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเป็นการ
กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งมีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดการกระทำเพื่อเผชิญกับภาวะความ
เจ็บป่วยหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้แล้วแต่ถ้าบุคคลนั้นไม่
มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่าง ๆ เช่น พิกการ เสียชีวิต หรือต้องใช้เวลา
นานในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อสังคม หรือในขณะเดียวกันมีการรับรู้
แล้วยังไม่สละทราบบทวิถีการที่จะเผชิญกับอาการให้กลไกการป้องกัน เช่น มีพฤติกรรมการปฏิเสธหรือ
ไม่ยอมรับมากกว่าที่จะให้ความร่วมมือ พฤติกรรมการป้องกันโรคก็อาจไม่แสดงออกมา นอกจากนี้
ยังมีตัวแปรทางด้านอื่น ๆ อีก เช่น ประสบการณ์เดิม ระดับความกลัว และความวิตกกังวลที่สูง
เกินไป ยังส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้อีกด้วย

4. แรงจูงใจในการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติกับการปฏิบัติ
ตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.5
ที่ว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตากสิน แรงจูงใจ หมายถึง แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) คือ
ความแตกต่างของอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัยที่
ต่างกัน สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ
อนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะ
เสาะหาและยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางราย อาจเกิดจากความกลัวกลุ่มกังวลใจ
(Mikhail. 1981 : 70) การศึกษาที่สอดคล้องกับผลศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การศึกษาของมิลเลอร์

และคนอื่น ๆ (Miller and others. 1984 : 270) ที่รายงานไว้ว่าความตั้งใจที่จะให้ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่ในโรงพยาบาล ไม่มีความ สัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ การรับประทานยาและการลดความเครียด ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ไม่ สอดคล้องครั้งนี้ของ พวงพยอม การวิจัย (2526 : 110) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ นิตยา ภาสุนันท์ (2528 : 80) ศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือใน การรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 81) พบว่า แรงจูงใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 นิตยา เป็นฉ่ำ (2535 : 55) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมา อาจมาจากสาเหตุบางประการเนื่องจากแรงจูงใจนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความ เชื่อต่อโอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรค และในการศึกษาค้างนี้ การรับรู้ต่อความรุนแรงของ โรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้แรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตน นอกจากนี้แรงจูงใจยังมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูล ข่าวสาร เพราะทั้งแรงจูงใจ และโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นเรื่องที่ถูกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพอนามัย เพื่อให้ ตัวเองมีสุขภาพดีตลอดไปจะทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค และดำรงตนให้มีสุขภาพดีตลอดไป ดังนั้นแรงจูงใจยังมีความเกี่ยวข้องได้กับอีกหลายปัจจัย ทำให้ผลการศึกษาออกมาว่า แรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน

5. แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุน ทางสังคมทั้งกลุ่มปฐมภูมิและทุติยภูมิกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม ไม่มีความ สัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.1 และ 3.2 ที่ว่าแรงสนับสนุนปฐมภูมิมีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน และแรงสนับสนุนกลุ่ม ทุติยภูมิมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 94) พบว่า บทบาทบุคคลสำคัญ ในการแนะนำแหล่งรักษาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ซึ่งจาก

การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการศึกษาที่ไม่สอดคล้องได้แก่ การศึกษาของ ฮัทนา เชาวันประยูร (2530 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการงดสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ ครีวรัตน์ เวชหาณิชย์ (2530 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบิดา มารดาและเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษายาเสพติดขึ้นก่อนพิษยาแบบผู้ป่วยนอก โดยพฤติกรรมที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนวันของการมาบำบัดรักษาและการตรวจอุจจาระปัสสาวะ เป็นการศึกษาทั้งทดลองพบว่า หลังการทดลอง จำนวนวันของการบำบัดรักษาของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าสัดส่วนของการตรวจอุจจาระปัสสาวะที่ได้เป็นผลลบ ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอาจเนื่องมาจาก ลักษณะของครอบครัว ที่เป็นครอบครัวในเมืองใหญ่ ประชากรเคยชินกับการลักษณะที่จะต้องช่วยเหลือตนเองมากกว่าที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่น ภาวะสังคมเศรษฐกิจที่บุคคลต่าง ๆ มักไม่ค่อยมีเวลาว่าง จึงไม่ได้เป็นที่พึ่งพาซึ่งกันและกัน และแรงสนับสนุนในกลุ่มญาติญาติกลุ่มตัวอย่างไม่ได้คาดหวังในทีมสุขภาพว่าเจ้าหน้าที่จะให้การสนับสนุนมากนัก อันเนื่องจากโรงพยาบาลตากสิน เป็นโรงพยาบาลของรัฐจึงยอมรับและเข้าใจ ทำให้ผลการศึกษาที่ออกมาเป็นเช่นนี้

ข้อเสนอแนะ

จากผลงานศึกษาค้นคว้า ทำให้ได้ข้อสังเกตเพื่อนำมาวางแผนเพื่อให้การส่งเสริมการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะปกติก็ตามให้มีผลสัมฤทธิ์สูงสุด และผู้ทำงานด้านบริการสุขภาพจะได้มีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่ดีขึ้น โดยใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนมาใช้เป็นแนวทางโดย

1. สุขศึกษาในโรงพยาบาล ควรมีการวางแผนให้แก่ผู้มารับบริการ โดยมีการจัดให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น จัดตามกลุ่มเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเป็นพื้นฐาน ควรร่วมมือกันปฏิบัติเป็นทีม โดยอาจจัดตั้งคณะกรรมการ

สุขภาพในโรงพยาบาลซึ่งอาจประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และบุคลากรอื่น ๆ

2. จัดให้มีการให้สุขภาพแก่ผู้มารับบริการเป็นประจำ โดยคำนึงถึงความต้องการและความสนใจ ตลอดจนเรื่องที่เป็นพื้นฐานทั่วไป ในเรื่องของการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้โดยจัดให้มีการส่งแบบสอบถามแก่ผู้มารับบริการ เพื่อที่จะได้เรื่องที่เป็นที่สนใจตามกลุ่มอย่างแท้จริง

3. การให้ข้อมูลทางสุขภาพ

3.1 ควรจัดให้มีหน่วยให้ข้อมูลข่าวสารในจุดที่มีผู้มารับบริการมาก เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ ทั้งนี้ควรจัดให้เพียงพอ โดยหน่วยนี้อาจจะประกอบไปด้วย ประชาสัมพันธ์ กับทีมพยาบาล นักสุขภาพ เพื่อลดความยุ่งยาก และเพิ่มความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ ในการสอบถามปัญหา ทั้งปัญหาด้านบริการ และปัญหาด้านสุขภาพ ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตนหลังการรักษา ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น ทั้งนี้จะได้ลดปัญหาการทำงานของแพทย์ ในการตอบข้อสงสัยของผู้มารับบริการหรือเมื่อผู้ป่วยไม่กล้าซักถามแพทย์

3.2 มีผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมาครั้งแรก เพื่อการจัดสรรให้ถูกต้องตามแผนก ตามที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย เพื่อลดปัญหาการยุ่งยากและสับสน ตรวจแผนก

3.3 ควรมีป้ายนิเทศ ที่จัดให้มีการแสดงการให้สุขภาพในแต่ละวัน โดยมีการกำหนดเรื่อง เวลา ที่จะมีการให้สุขภาพ เพื่อให้ผู้ที่สนใจ และมีเวลาเพียงพอ เข้ามารับฟังได้ตามวันและเวลาที่กำหนด และควรมีป้ายนิเทศ แนะนำขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับบริการรักษาพยาบาลอย่างละเอียด และอยู่ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนก่อนที่ผู้มารับบริการเข้าระบบการบริการรักษาพยาบาล เพื่อลดความสับสนของผู้มารับบริการและเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในขั้นตอนการรักษาพยาบาลและลดการทำงานของประชาสัมพันธ์

4. การสร้างเสริมบริการ

4.1 การปรับปรุงการให้ความสะดวกและคล่องตัวมากขึ้น โดยการลดขั้นตอนให้น้อยลง และเพิ่มช่องให้บริการ มีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้ในระบบบริการให้มากขึ้น เพื่อลดขั้นตอนการทบทวน บัตรหาย ต้องทำบัตรใหม่

4.2 ลดเวลาการคอยเพื่อรอรับการตรวจ โดยจัดให้แพทย์ออกตรวจให้เร็วขึ้นกว่าเดิม และจัดให้มีการตรวจนอกเวลาราชการ ในช่วง 16.00 - 20.00 น.

5. ด้านการส่งเสริมอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพโดยการจัดให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้รับการอบรมเฉพาะเรื่อง เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก โดยการไปศึกษากับกลุ่มงานอื่น ๆ เช่น กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานสูติกรรม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตน เฉพาะโรคที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

2. ขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่นของกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลเจริญกรุง โรงพยาบาลฉัตรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง เพื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบ

3. ขยายการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก ไปยังโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่เป็นโรงพยาบาลในลักษณะเดียวกับโรงพยาบาลตากสิน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบ และส่งเสริมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการศึกษาหาความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่กล่าวมากับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย เพื่อที่จะได้ทราบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทางบวกหรือทางลบ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการให้สุขศึกษา ในการส่งเสริมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยต่อไป

5. ควรมีการศึกษาในเฉพาะเรื่อง แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม โดยมีการจัดกลุ่มใหม่ ซึ่งอาจจะพบว่า แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ทั้งนี้

โดยมีการให้ข้อมูลข่าวสาร และมีการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงระบบการบริการและเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

6. ความมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานของผู้ป่วยนอก โดยเป็นลักษณะการศึกษาวิจัยแบบทดลอง เพื่อหาความแตกต่างระหว่างปัจจัยเหล่านั้น เพื่อนำประโยชน์มาใช้ในการวางแผนการให้สุขศึกษาต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์
สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. ชัดสำเนา.
- กิตติยา เตชะไพโรจน์. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน
การระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. ชัดสำเนา.
- กอบแก้ว คุตตวิธ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. ชัดสำเนา.
- กุหลาบ รัตนจักรวรร. "มโนคติของสุขภาพและการพยาบาล," ใน เอกสารประกอบการสอน
พยาบาลศาสตร์ พย 131. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2531.
- เกณีน เ็นพิทักษ์. หลักการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ,
2528.
- ตากสิน, โรงพยาบาล. ที่ระลึกรับสถาปนาโรงพยาบาลตากสิน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาล
ตากสิน, 2537.
- ทวีรัตน์ เวชพาณิชย์. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษา
ยาเสพติดในถอนพิษ แบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2530. ชัดสำเนา.
- จรรยา สุวรรณทด. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
การพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-16 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมพิมพ์, 2527.
- จาวณี สุตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางค่านิยมสุขภาพ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
เอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. ชัดสำเนา.
- จาวรรณ ชันดีสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือใน
การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2528. ชัดสำเนา.

- จิตนา เหลืองสุมาลัย. การรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อุดสาเนา.
- ชนวนทอง สื่อสุวรรณ. ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ. เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งจัดโดยสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 22 สิงหาคม 2532. อุดสาเนา.
- ชูศรี ผลเพิ่ม. ปัจจัยกำหนดการเข้ารับบริการเพื่อรักษาการเจ็บป่วยในสถานพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อุดสาเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการวิจัยสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2527.
- ชนวรอรณ์ อัมสมบุญ. "การประเมินผลงานสุขภาพในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," สุขภาพศึกษา. 8(29) : 24-26; เมษายน-พฤษภาคม 2528.
- _____. "การวางแผนและประเมินงานสุขภาพ," ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพ. หน้า 131-133. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2528.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อุดสาเนา.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจจากเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อุดสาเนา.
- นิตยา เป็นฉ่ำ. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพหรือของบุคคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อุดสาเนา.

- นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2529.
- บัณฑิต ชูสวัสดิกุล. "การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอด," วารสารโรคติดต่อ. 1(3) : 67-80; เมษายน-มิถุนายน 2529.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา. หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดສຳເນາ.
- ประคอง อินทรสมบัติ. "ประโยชน์ของทฤษฎีการพยาบาลของโอเฌในการปฏิบัติการพยาบาล," ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : 2531.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 4 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- _____. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวียง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ประยงค์ สัจจพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อุดສຳເນາ.
- ประสพ ยุทธเมธางกูร. บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อุดສຳເນາ.
- พวงทอง ป้องภัย. การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อุดສຳເນາ.

- พวงพยอม การภิญโญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ กุมทมาศ และคนอื่น ๆ. ด้านเหตุและการแก้ไขบิดทหาในกรณีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เอกสารสรุปงานของแผนกสังคมสงเคราะห์ สถานโรคปอด กรุงเทพฯ กองโรคปอด กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2535. อัดสำเนา.
- พิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ. "ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร." รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. "แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. "หลักและการวินิจฉัยเบื้องต้น," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการศึกษาพยาบาลเบื้องต้น. หน่วยที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา มัดโก. "แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.
- วันดี ชารามาศ และพัชนี เอมะนาวัน. การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

- วิทยา วิชาลาภรณ์. "การทดสอบไค-สแควร์," ใน เอกสารประกอบการสอนวิธีการทางสถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- วารี ระกิติ. การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการสอนวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญผดุง. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2529. ไตรมาสที่ 1. (มกราคม-มีนาคม) 2529.
- สมจิตต์ สุวรรณทัศน์ และกันยา บุรานนท์. "สุขศึกษากับสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- สมจิตต์ หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- _____. การพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมใจ ยัมวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. ยัดสำเนา.
- สมบัติ สรรพอุดม. "สภาพปัจจุบันและแนวโน้มความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ กรุงเทพมหานคร," ใน การสัมมนาเรื่องความต้องการบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, 2537.
- สมบุญ ชิดพงศ์. "การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย," ใน เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัย 521 วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.

- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. "การใช้การวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในระดับพื้นที่,"
ใน วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2) : 77-83; เมษายน-มิถุนายน 2537.
- สรศักดิ์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. "การนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมาใช้ในการงานสุขศึกษา,"
ใน วารสารเพื่อนสุขภาพ. 6(1) : 30-35; 2537.
- สันศักดิ์ เสริมศรี. "สังคมวิทยาของการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. หน่วย 8. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- สุชาติ ไสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุธีรา อายุวัฒน์. ความเสี่ยงและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ. : ห้างหุ้นส่วนจำกัดชนิษฐ์การพิมพ์, 2527.
- สุปานิ วคินอมร. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิด และการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2532.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข," ใน วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2) : 91-112; เมษายน-มิถุนายน 2537.
- เสม พริ้งพวงแก้ว. "ค่านา" ใน หมอประจำบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญวิทย์การพิมพ์, 2526.
- อนงค์ พานิชปฐมพงศ์. "ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย,"
ใน ข่าวสารการพยาบาล. 2(2); พฤษภาคม-สิงหาคม 2529.

- อรรถัย รวยอาจิม และกาญจนา แก้วเทพ. "บทบาทแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขของไทย," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- อรวรรณ ประสาทสุวรรณ. ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อัญญา เขาวินประยูร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาก่อนพิษยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- Andreoli, K. G. "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients," Nursing Research. 3 : p 323-328; November-December, 1981.
- Battistella, R. M. "Limitations in use of concept of Psychological Readiness to Intitiate Health Care," Medical Care. 6 : p 308-319; July-August, 1968.
- Becker, M. H. and Maiman, L. A. "Social Behavioral Determinates of Compliance with Health and Medical Care Recommendation," Medical care. 13 : 10-21; January, 1981.
- Becker, M. H. and others. "Selected Psychosocial Model and Correlations of Individual Health Related Behavior," Medical care. 15 : 27-46; May, 1977.

- Becker, M. H. and others. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior," Health Education Monographs 2. 4 : 409-419; Winter, 1974.
- Becker, M. H.; Drachman, Robert H. and Kirscht John P. "New Approach to Explaining sick Role Behavior in Lowincome Population," American Journal of Public Health. 64 : 205-216; March 1974.
- Best, John W. Research in Education. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1959.
- 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.
- Brown, J. P. and Mc Greedy, M. "The Hale Elderly : Health Behavior and It's Correlates," Research in Nursing & Health. 9 : 317-329; December, 1986.
- Charney, E. and others. "How Well do Patients Take Oral Penicillin : A Collaborative Study in Private Practice," Pediatrics. 40 : 188-195; August, 1967.
- Cockerham, W. C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Englewood Cliff : Prentice-Hall Inc., 1982.
- Coburn, David and Clyde R. Pope. "Soeioeconomic Status and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15(3) : 67-77; March, 1994.
- Cronbach, Lec Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Herper and Row, 1970.

- Cumming, K. M. and others. "Psychosocial Determinants of Immunization Behavioral in a Swine Flu in Fluenza Compring," Medical Care. 17 : 639-649; June, 1980.
- Cummings, K. M., M. K. Becker and M. C. Maile. "Bringing the Models Together : An Empical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Action," Journal of Behavior Medicine. 3(2) : 731-735; December, 1980.
- Davis, M. S. "Variation in Patients Compliacne with doctor advice; An Empirical Analysis of Patterns of Communication," American Journal of Public Health. 58 : 274-288; February, 1968.
- Dennison, Darwin. "Health Behavioral Differences Between Low and Middle Social class Students, "The Journal of Behavior Medicine. 39(10) : 731-735; December, 1969.
- Dingwall, R. Aspects of Illness. New York : St. Martin press, 1976.
- Dracup, K. A. and Melies, A. I. "Compliance; An Interactionist Approach, "Nursing Research. 31 : 31-35; January-February, 1982.
- Elling, R. Whittermere and Green, M. "Patient Participant in a Pediatric Program. "Journal of Health Human Behavior. 1 : 183-191; 1960.
- Edward, Allen L. Statistical Analysis. New York : Rinchart Company Inc., 1957.
- Grabrielson, I. M., Levin, L. S. and Ellingson, M. D. "Factors Affecting School Health Follow up," American Journal of Public Health. 57 : 45-59; January, 1967.
- Goachman, D. S. "The Organization Role Motivation in Health Belief and Intention," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 255-293; September, 1967.

- Gordis, L. Markowitz, M. and Lilienfeld, A. "Why Patients Don't Follow Medical Advice : A Study of Children on Longterm Antistrep to Coal Prophylaxis," Journal of Pediatrics. 75 : 205-216; 1969.
- Gray, R. M. Kesler, J. P. and Moody, P. M. "Effects of Social Class and Friend's Expectation on Oral Poliovaccination Participatient," American Journal of Public Health. 56 : 2068-2032; December, 1966.
- Hallol, J. C. "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Central and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Woman," Nursing Research. 31 : 137-141; May-June, 1982.
- Haefner, D. P. and Kirscht, J. P. "Motivational and Behavioral Effect of Modificating Health Belief," Public Health Report. 40 : 478-483; July, 1970.
- Haven, Julic and Juelsgard, Nancy. "The Sick Role Reconceptualized," Nursing Forum. 17 : 414, 1978.
- Heinzelmann, F. and Bagley, R. W. "Response to Physical Activity Programs and Their Effects on Health Behavior," Pubic Health Reports. 85 : 905-911; October, 1970.
- Hellenbrand, D. "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Powerlessness," In Copping With Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. Edited by Miller, Philadelphia, F. A. Davis, 1983.
- Hochbaum, G. M. "Public Participation in Medical Screening Program," PHS Publication. 572 : 1-28. Washington, 1958.

- Haynes, R. B. "Determinants of Compliance : The Disease and the Mechanics of a Treatment," In Compliance in Health care. Edited by R. B. Haynes, D. W. Tayler and D. L. Suckett. 49-62. Baltimore : John Hopkins University Press, 1979.
- Jasmin, S. and Trygstad, L. N. Behavioral Concept and the Nursing Process. Saint Louis : The C. V. Mosby Company, 1978.
- Kegeles, S. S. "Some Motive for Seeking Preventive Dental care," Journal Americal Dental Association. 116-173; 1963.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior Archive Environmental Health. 12 : 246;261; Febuary, 1966.
- Klinger, M. "Compliance and the Post-MI. Patient," The Canadian Nurse. 81 : 32-38; January, 1984.
- Lane, M. F. "Child Resistan Medicine Containers : Experience in the Home," Journal of the American Dietetic Association. 47 : 263-268; 1965.
- Maiman, L. A. and Becker, M. H, "The Health Belief Model : Origins and Correlates," The Health Belief Model and Personal Health Behavior. p 9-25; New Jersey, 1974.
- Marston, M. V. "Compliance with Medical Regimen : A Review of the Literature," Nursing Research. 19 : 312-321; July-August, 1970.
- Mattew, D. and Hignson, R. "Improving Patient Compliances," Medical Clinics of North America. 61 : 879-889; July, 1977.
- Mikhail Blanche. "The Health Belief Model : A Review and Critcal Evaluation of the Model, Research, and Proctice," Advances in Nursing Science. 4 : 65-82; October, 1981.

- Miller, S. P. and others. "Indicators of Medical Regimen Adherence for Myocardial Infarction Patients," Nursing Research. 34 : 268-272; October, 1985.
- Nelson, E. C. and others. "Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension," Medical care. 16 : 893-906; November, 1978.
- Orem, D. E. Nursing Concept of Practice. East New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. Connecticut : Appleton Century Crafts, 1982.
- Rogers, Garl R. Freedom to Learn. Ohio Charles E. Merrill, 1969.
- Rosenstock, I. M. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs 2. 4 : 328-335; Winter, 1974.
- Resenstock, Irwin M., Mayhew Derryburry and Babara Carriger. "Why People Fail to Seek poliomyelitis vaccination." Public Health Report. 74 : 98-102 ; 1959.
- Ruth, W. U. Behavior and Illness. Englewood Clilfts : Prentice-Hall, 1973.
- Stillman, M. J. "Women's Health Beliefs About Breast cancer and Breast Self-Examination," Nursing Research. 26 : 121-127; April, 1977.
- Schcibe K. E. Beliefs and Value. New York : Holf Rinehart and Winston Inc., 159; 1970.
- Suchman E. A. "Health Aittitudes and Behavior," Archives of Environment Health. 20 : 105-110; January, 1970.

Victor. Domino Joseph. "A Sociological Analysis of the Relationship of Social Factors to Childhood Illness. "Dissertation Abstracts International. 37 :5364 - A; February, 1977.

Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1969.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
(หนังสือขอความอนุเคราะห์)

(สำเนา)

ที่ ทม 1007/1637

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

10 มีนาคม 2538

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสนธิ พิงสาย เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

รศ.สุจินต์ ปรีชามารภักดิ์ ประธาน

รศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอขอบความอนุเคราะห์ คือ ขอใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานอายุรกรรม ในระหว่างเดือนมีนาคม 2538 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119

ภาคผนวก ข
(แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย)

แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน
อายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 มี 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็นปัจจัยด้านประชากร

ตอนที่ 2 เป็นความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 เป็นปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นการปฏิบัติตน

ตอนที่ 2 เป็นการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

คำชี้แจง ก่อนสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ถามท่านทีละข้อ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงกับความรู้สึก ความคิดเห็นมากที่สุดและตอบด้วยความสบายใจ คำตอบของท่านจะเป็นความลับและไม่มีการเผยแพร่เตือนต่อท่านแต่อย่างใด ขอความกรุณาตอบคำถามทุกข้อเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ขอขอบคุณในความร่วมมือนในการตอบแบบสัมภาษณ์

นางสาวสนธิ พึ่งสาย

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา คณะพลศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสัมภาษณ์เลขที่

เพศของผู้ถูกสัมภาษณ์

วันที่สัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตรงกับความจริงที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบ

1. ขณะนี้ท่านมีอายุ ปีเต็ม

☐ 15 - 20 ปี☐ 21 - 45 ปี☐ 46 - 60 ปี

2. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

☐ โสด☐ คู่☐ หย่า-หม้าย

3. ระดับการศึกษาของท่าน

☐ ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา☐ สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา☐ สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา☐ สำเร็จการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน

☐ ต่ำกว่า 3,000 บาท☐ 3,001 - 8,000 บาท☐ สูงกว่า 8,000 บาท

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

☐ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ☐ ลูกจ้างเอกชนหรือส่วนตัว☐ เกษตรกรรม☐ ค้าขาย☐ นักเรียน หรือนักศึกษาหรือไม่ประกอบอาชีพ

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง เป็นการถามความรู้สึกหรือการประเมินของท่าน ให้ท่านเลือกตอบ 3 ระดับ เมื่อท่านตอบว่า

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือประเมินแล้วเห็นด้วยต่อข้อความที่ถามมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือประเมินแล้วเห็นด้วยต่อข้อความที่ถามบ้าง

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือประเมินแล้วเห็นด้วยต่อข้อความที่ถามน้อย

โปรดให้คำตอบตามตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในระดับใดระดับหนึ่ง

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ถ้าท่านเป็นคนที่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อยท่านมีโอกาสติดโรคจากผู้อื่นได้ง่าย			
2	คนที่มึนร่างกายอ่อนแอหรือแข็งแรงก็มีโอกาสเจ็บป่วยได้เท่า ๆ กัน			
3	ท่านมักหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้อื่น ไอ จาม รดใส่ท่าน			
4	ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีการพักผ่อนที่เพียงพอและมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ท่านมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยได้ง่าย			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
5	ท่านเชื่อการรักษารักษาของแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีความเชี่ยวชาญ และสามารถวินิจฉัยโรคที่ท่านเป็นอยู่ได้อย่างถูกต้อง			
6	ถ้าท่านมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วรักษาไม่หาย ท่านจะไปรักษาด้วยวิธีอื่นโดยจะไม่มารักษาที่โรงพยาบาลอีก			
7	การไม่มาตรวจตามนัดจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาของท่าน			
8	ท่านอาจเกิดความเจ็บป่วยซ้ำได้หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น ถ้าท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด			
9	ถ้าท่านไม่มารักษาอาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงมากขึ้น			
10	ท่านรู้สึกวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของท่านว่าจะทำให้เกิดความพิการหรือถึงแก่กรรมได้ ถ้าท่านไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
11	อาการเจ็บป่วยของท่านจำเป็นต้องรับการรักษาย่างจริงจังหรือไม่เช่นนั้นแล้วอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือกลายเป็นโรคเรื้อรังได้			
12	โรคที่ท่านเป็นอยู่จะกลายเป็นโรคเรื้อรังหรือมีโอกาสทำให้เกิดพิการหรือตายได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง			
13	ถ้าท่านมาตรวจรักษาตามขั้นตอนที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ความเจ็บป่วยนั้นทุเลาหรือหายขาดได้			
14	ความเจ็บป่วยของท่านเป็นเรื่องธรรมดาจะรักษาหรือไม่รักษาก็ได้อาจหายไปเองได้			
15	ท่านมั่นใจว่าการรักษาจากแพทย์เป็นการรักษาที่ถูกต้อง			
16	การมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกับแพทย์จะทำให้ท่านได้ทราบว่าท่านเป็นโรคอะไรแน่แน่นอน ๆ			
17	การรักษาของแพทย์สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ทุเลาลงได้			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
18	ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเมื่อท่านมารับการตรวจรักษา			
19	เมื่อมารับการตรวจรักษาแล้วพบว่า เป็นโรคติดต่อ จะทำ ให้ท่านป้องกันไม่ให้ติดต่อไปยังบุคคลอื่น			
20	ค่ารักษา ค่ายาของโรงพยาบาลของรัฐบาลถูกกว่าที่อื่น ๆ			
21	การมาตรวจรักษากับแพทย์ทำให้ท่านต้องใช้เวลารักษานานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น			
22	ท่านมักวิตกกังวลอยู่เสมอเมื่อต้องไปรับการรักษาจากแพทย์			
23	การไปรับการตรวจรักษาโรคแต่ละครั้งท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทาง			
24	ท่านไม่สะดวกที่ต้องหยุดงานไปเพื่อรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
25	ท่านได้รับคำชี้แจงเรื่องขั้นตอนของการตรวจรักษาอย่างชัดเจน จึงทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง			
26	ท่านเบื่อหน่ายที่ต้องรอคอยเป็นเวลานานเพื่อรับการตรวจรักษา			
27	แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้อนรับท่านเป็นอย่างดี			
28	แพทย์มักใช้คำพูดหรือภาษาที่ท่านฟังไม่เข้าใจ			
29	แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่เคยแสดงอาการหงุดหงิดหรือรำคาญเมื่อท่านซักถามปัญหาที่ไม่เข้าใจ			
30	ท่านมักกังวลใจเกี่ยวกับการเงินที่จะต้องชำระค่าตรวจและค่ายา			
31	ท่านมักจะวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนอยู่เสมอ			
32	ท่านคอยเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้หรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
33	ถ้ามีอาการเจ็บปวดใด ๆ ก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจร่างกายประจำปี			
34	ท่านสนใจในการซักถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของท่านจากแพทย์ พยาบาลเป็นประจำ			
35	ท่านมักปฏิบัติในสิ่งที่จะช่วยให้สุขภาพของท่านดีอยู่เสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอสม่ำเสมอ			
36	ท่านมีความตั้งใจที่จะมารับการตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้มีอาการเจ็บปวดนั้นทุเลา หรือหายขาดในเวลาที่รวดเร็วขึ้น			
37	ท่านมักให้ความสำคัญในการมารับการตรวจรักษาอาการเจ็บปวดของตนเอง			

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนของท่านมักสอบถามถึงการเจ็บป่วยของท่านด้วยความห่วงใยอยู่เสมอ			
2	บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อน ไม่เคยสอบถามถึงการเจ็บป่วยของท่านเลย			
3	เมื่อท่านต้องการไปพบแพทย์ บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อน เต็มใจพาท่านไปรักษา			
4	ท่านรู้สึกอบอุ่น เมื่อบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนดูแลปรนนิบัติเมื่อท่านเจ็บป่วย			
5	เมื่อท่านไม่สบายใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนของท่านสนใจให้คำปรึกษา			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
6	บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนมักแสดงความ เป้าหมายต่อการเจ็บป่วยของท่าน			
7	บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องของท่านไม่ค่อยมีเวลาว่าง ให้ท่านปรึกษาหารือในเรื่องการเจ็บป่วย			
8	บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนจะแนะนำให้ท่าน รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเกิดการเจ็บป่วย			
9	เมื่อท่านเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และ เพื่อนยินดีให้การช่วยเหลือด้านการเงิน			
10	เมื่อท่านมารับการตรวจรักษา แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจและยินดีให้บริการ แก่ท่าน			
11	แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแสดงความ เป้าหมายที่ต้องตรวจรักษาท่าน			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้หรือการประเมิน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
12	ท่านได้รับความแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติคนเมื่อเจ็บป่วยที่ถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ			
13	เมื่อท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน ท่านมักจะได้รับการปฏิเสธ			
14	เมื่อท่านประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ยินดีให้คำแนะนำเพื่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล			
15	แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่เคยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติคนเมื่อเจ็บป่วยแก่ท่าน			
16	ท่านสามารถปรับทุกข์ หรือบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้เสมอ			

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 เป็นการปฏิบัติคนเมื่อเจ็บป่วย

คำชี้แจง การปฏิบัติคนเมื่อเจ็บป่วยมีระดับการปฏิบัติไว้ให้เลือกตอบ 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านกระทำตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเป็นบางครั้ง

บางครั้งอาจไม่สม่ำเสมอ กระทำบ้างไม่กระทำบ้าง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเลย

โปรดตอบคำถามตามความจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง			
2	เมื่อท่านเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยท่านจะเข้ายาสามัญประจำบ้านก่อน			
3	เมื่อเจ็บป่วยท่านมักจะซื้อยามารับประทานเองก่อนเสมอ เมื่อไม่หาย หรือไม่ทุเลาจึงไปพบแพทย์			
4	เมื่อยาที่แพทย์สั่งหมด ท่านจะนำยาชนิดนั้นเป็นตัวอย่างเพื่อไปซื้อยาที่ร้านขายยาเอง			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้หรือการประเมิน		
		ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
5	เมื่ออาการทุเลาท่านจะเลิกรับประทานยาที่แพทย์สั่งให้รับประทานต่อ เนื่องจากที่จะไม่รับประทานยาจนหมด			
6	ท่านรับประทานยาตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนดให้ อย่างสม่ำเสมอ			
7	ท่านมักลืมรับประทานยา เสมอ			
8	ท่านจะรับประทานยา เมื่อนึกขึ้นได้โดยไม่คำนึงว่าจะ เป็นยาก่อนหรือหลังอาหาร			
9	ท่านจะวินิจฉัยโรคหรือความเจ็บป่วยของท่านด้วยตนเองหรือปรึกษากับบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนแล้วจึงไปซื้อยามารับประทานเอง			
10	ท่านมักปรึกษากับหมอกกลางบ้าน แพทย์แผนโบราณ ก่อน เมื่ออาการไม่ทุเลาหรือไม่หายจึงจะมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกรู้สึกหรือการประเมิน		
		ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
11	ท่านจะมาพบแพทย์ต่อเมื่อ บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อน มีความเห็นว่าท่านมีอาการหนักต้องพบแพทย์			
12	ท่านจะมาพบแพทย์เมื่อท่านรู้สึกมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย โดยไม่รบกวนให้อาการเจ็บป่วยนั้นมากขึ้น			
13	ท่านดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ การนอนพักผ่อนมากกว่าเดิม งดบุหรี่ งดเหล้า เป็นต้น			
14	เมื่อเจ็บป่วย ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้			
15	เมื่อเจ็บป่วยท่านไม่อาบน้ำ เพราะคิดว่าอาการจะกำเริบมากขึ้น			
16	ท่านงดของแสลงตามความเชื่อของท่าน			

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้สึกหรือการประเมิน		
		ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
17	เมื่อเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลเสมอ			
18	ท่านมักไม่มาตามนัด เมื่ออาการทุเลาแล้ว			
19	ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง จนกว่าแพทย์จะบอกว่าท่านไม่ต้องมาอีก			
20	เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ทุเลา ท่านจะไปพบแพทย์คนเดิม			

ส่วนที่ 2 ตอนที่ 2

คำชี้แจง เป็นส่วนที่ไม่ได้ถาม เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ท่านมีปัญหาและความคิดอย่างไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

(คำอ่านจากงานนี้เป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์)

ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
ส่วนที่ 2 ตอนที่ 2		หมวดประโยชน์ของการปฏิบัติ		หมวดแรงจูงใจ	
หมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ		15.	2.15	31.	2.08
การเกิดโรค		16.	1.75	32.	2.35
1.	1.78	17.	1.75	33.	2.12
2.	1.98	18.	1.93	34.	1.76
3.	1.90	19.	1.96	35.	1.85
4.	1.99	20.	2.14	36.	2.44
5.	1.75	21.	1.75	37.	2.30
6.	1.77	22.	2.50	ส่วนที่ 2 ตอนที่ 3	
7.	1.80	23.	2.09	หมวดกลุ่มประมุข	
หมวดการรับรู้ความรุนแรง		หมวดอุปสรรคของการปฏิบัติ		1.	2.76
ของโรค		24.	1.88	2.	1.78
8.	1.76	25.	2.92	3.	1.94
9.	1.82	26.	2.46	4.	2.33
10.	1.94	27.	2.22	5.	3.00
11.	1.78	28.	2.32	6.	1.76
12.	1.92	29.	2.76	7.	1.96
13.	2.10	30.	2.04	8.	3.19
14.	1.84			9.	3.35

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
หมวดพิเศษ		13.	2.38		
10.	2.85	14.	1.96		
11.	1.75	15.	2.32		
12.	2.26	16.	1.75		
13.	1.93	17.	1.94		
14.	3.18	18.	1.88		
15.	3.27	19.	2.11		
16.	1.75	20.	1.79		
ส่วนที่ 2					
1.	2.29				
2.	1.89				
3.	2.08				
4.	1.88				
5.	1.92				
6.	1.93				
7.	1.76				
8.	1.78				
9.	2.21				
10.	1.93				
11.	2.11				
12.	2.24				

ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	2.3248	1.6192	2.7.68	1.0877	1.6717	.0673

ITEM VARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	.4890	.3067	.7444	.4377	2.4271	.0091

ALPHA = .7410 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .7437

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ = 0.7410

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสนธิ ชื่อสกุล พิงสาย
เกิดวันที่ 13 เดือน พฤศจิกายน พุทธศักราช 2504
สถานที่เกิด อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 55 หมู่ 8 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลบางครุ
อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ 10130
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน หอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตากสิน
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2523 มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนสตรีสมุทรปราการ
พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลและอนามัย
ประกาศนียบัตรวิชาผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 1 ปี) เทียบเท่าปริญญาตรี
พ.ศ. 2533 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2539 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

บทคัดย่อ

ของ

สนธิ พึ่งสาย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2539

การศึกษาค้นคว้ามีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน โดยมีตัวแปรอิสระที่ศึกษา ปัจจัยร่วมด้านประชากร จำแนกเป็น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำแนกเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติ ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นกลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ประชาชนผู้ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมีอายุ 15-60 ปี ที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ จำนวน 365 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบค่าไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เกี่ยวกับปัจจัยทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

ส่วนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านสถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF MODEL AND PRACTICES OF PATIENS
AT THE OUT PATIENT MEDICINE DEPARTMENT AT TAKSIN HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SANIT PEUNGSAI

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

April 1996

The purpose of this study were determine relationship between Health belife model and Modifying factor were population factor and Social support to practics of patients at the out patient Medicin Department a Taksin Hospital. The independent variables population factor were sex; age; marriage status; education level; Income; occupation. Health belifes were perceived susceptibility; Perceived severity; perceived benefits and cose; motivation. Modify factor were first social support and secondary social support. Samples were obtained from a sample random sampling. There were consisted of 365 patients aged 15-60 years and they were interview completly. Data were collected by structored interview. The analysis was done by using χ^2 distribution.

The results were as follows :

The factors relating significient level at .05 to practices were : age; education level; occupation; perceived susceptibility; perceived benefits and cose.

The factors were not relating to practices were marriage status; Income; perceived severity; motivation; first social support; secondary social support.