

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ
กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A

สารนิพนธ์

ของ

นางสาววรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2547

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖13.0433

03๒๑๑

ร.๓

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ
กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A

บทคัดย่อ

ของ

นางสาววรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2547

h 251312 ร.๓

21 ก.ย. 2547

วรินทร์ ยุทธสิทธิ์โยธิน. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ* กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ดร. นิยะดา จิตต์จรัส.

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย คือ 1) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ รวมทั้งความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณ 2) เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีปัจจัยด้านชีวสังคมแตกต่างกัน 3) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ระหว่างกลุ่มผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน และระหว่างผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน กับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A จำนวน 390 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การทดสอบค่า t และการทดสอบค่า F

สรุปผลการวิจัย พบว่า

1. ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เรียงลำดับตามความสำคัญ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ โดยสามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 51.6
2. หญิงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มากกว่าชาย ส่วนชายมีการรับรู้อุปสรรค มากกว่าหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีการรับรู้อุปสรรค มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า ส่วนผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า มีการรับรู้อุปสรรค มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงมากกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Health Belief, Health Locus of Control and Skin Care
of Customer who had Dermatology Examination at Skin Care Booth A

AN ABSTRACT

BY

MISS WARINPORN YUTHTASITYOTHIN

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

May 2547

Warinporn Yuthsasyothin. (2004). *Health Belief, Health Locus of Control and Skin Care of Customer who had Dermatology Examination at Skin Care Booth A*. Master Project M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor : Dr. Niyada Chittcharat.

The purposes of this research were 1) to investigate predictive power of health belief in four aspects : perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers and health locus of control, 2) to compare perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers on the basis of biosocial background differences, and 3) to compare perceived susceptibility and perceived severity in terms of the group differences in level of skin-care information and internal-external locus of control.

The subjects in this research consisted of 390 customers who had dermatology examination at skin care booth A. The instruments for collecting the data were questionnaires on biosocial backgrounds, health beliefs, health locus of control and skin care. The statistical methods and procedures for analyzing the data were stepwise multiple regression analysis, t-test and F-test

The findings indicated that the effective variables in rank order of power for predicting skin care were perceived susceptibility, internal health locus of control, perceived severity and perceived benefit respectively ; all of them could mutually predict as much as 51.6 percent of skin care. Female customers were found to be significantly higher on perceived susceptibility, perceived severity and perceived benefits than the male customers, who were found to be higher than females customers on perceived barriers at the .01 level of significance. There was a significant age difference at the .01 level in customers 's perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers. The customers at a higher level of education were significantly higher than the ones at a lower level of education especially on perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit whereas the customers at a lower level of education were significantly higher than the ones at a higher level of education on perceived barriers at the .01 level. The customers at a higher level of family income were significantly higher than the ones at a lower level of family

income on perceived susceptibility, perceived severity and perceived benefits while the customers at a lower level of family income were significantly higher than the ones at a higher level of family income on perceived barriers at the .01 level. The results also indicated that the customers at a higher level of skin-care information were significantly higher than the ones at a lower level of skin-care information on perceived susceptibility and perceived severity at the .01 level, and the customers under internal locus of control were also found to be significantly higher than the ones under external locus of control on perceived susceptibility and perceived severity at the .01 level.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
(อาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นวลละออ สุภาพล)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มนตรี อุดมเพทายกุล)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์สุภา ปานเจริญ)

วันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2547

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ดร.นิยะดา จิตต์จรัส (อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์) และรองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร (กรรมการสอบสารนิพนธ์) ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และข้อคิดเห็นในมุมมองต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มนตรี อุดมเพทายกุล (กรรมการสอบสารนิพนธ์) ที่ได้สละเวลาตรวจแบบสอบถาม ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณที่ถูกต้อง และให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่สารนิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร ที่ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งทำให้แบบสอบถามมีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ในภาควิชาจิตวิทยาทุกท่าน และคณาจารย์ทุกท่านในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่มอบความรู้ และประสบการณ์ที่ดีให้กับศิษย์ทุกคนด้วยความเมตตา

ขอขอบคุณ น้องๆ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และให้กำลังใจเป็นอย่างดี ขอขอบคุณครอบครัวยุทธสิทธิ์โยธินที่ให้โอกาสได้ศึกษาในสถาบันอันทรงเกียรติแห่งนี้ และขอบคุณเพื่อนๆ เอกจิตวิทยาพัฒนาการทุกคน สำหรับมิตรภาพที่ดีเสมอมา

วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมาย.....	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า.....	7
นิยามศัพท์.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	13
สมมติฐาน.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ	
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ.....	16
ความหมาย.....	16
ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง.....	19
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	20
การดูแลสุขภาพผิวพรรณ.....	29
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	42
ความเชื่อ.....	42
แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ.....	51
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	57
ความหมาย.....	57
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	63
สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	66

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
ลักษณะของเครื่องมือ.....	69
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	73
วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	130
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	151

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย และระหว่างตัวแปรเกณฑ์ กับตัวแปรทำนาย.....	77
2 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต้นด้านสุขภาพเป็นตัวแปรพยากรณ์ และการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นตัวแปรเกณฑ์.....	78
3 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความ รุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพ ผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามเพศ.....	81
4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพ ผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพ ผิวพรรณ จำแนกตามระดับอายุ.....	82
5 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการ ดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนก ตามระดับอายุ.....	83
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	84
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	84
8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการ ตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	85
9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการ ตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	86

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
10 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพ ผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพ ผิวพรรณ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	87
11 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการ ดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนก ตามระดับการศึกษา.....	88
12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	89
13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	89
14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	90
15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	91
16 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพ ผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพ ผิวพรรณ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	92
17 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการ ดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนก ตามระดับรายได้ของครอบครัว.....	93
18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	94

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มา รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	94
20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการ ตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	95
21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการ ตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	96
22	เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มาใช้บริการตรวจ สุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวแตกต่างกัน.....	97
23	เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิว ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน.....	98
24	สรุปงานวิจัยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ (Pearson Correlation) ของความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค) และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ(ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา) กับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ.....	132
25	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ.....	148
26	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ.....	148
27	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ.....	149
28	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ.....	149
29	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตน.....	150
30	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการดูแลสุขภาพผิวพรรณ.....	150

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง.....	27
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	50
3 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่อภายใน-ภายนอกตน.....	59
4 สรุปผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ -ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจ สุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม หากปัจจัยดังกล่าวขาดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพได้ ในปัจจุบันเราจะเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยได้รับผลกระทบจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยเองด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การแข่งขันทางการตลาด การสื่อสารและการคมนาคม ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนา ซึ่งทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของเราเปลี่ยนไปเนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่ไม่สมดุลย์ เกิดปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านอากาศ น้ำ อาหาร ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่แออัด รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพของตนเอง ขาดความสนใจและละเลยต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และสารเสพติด ขาดการพักผ่อน และมีความเครียด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่บั่นทอนสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ

ในอดีตก่อนหน้าปี พ.ศ. 2453 การดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในโลกนี้จะใช้วิธีการดูแลรักษาแบบดั้งเดิมที่ต้องพึ่งตนเองและครอบครัวเป็นหลัก ประชากรส่วนใหญ่ของโลกจะต้องต่อสู้กับการคุกคามของโรคภัยไข้เจ็บซึ่งคร่าชีวิตมนุษย์เป็นจำนวนมาก ประเทศต่างๆในโลกนั้นตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้รวมตัวกันเพื่อต่อสู้และหาแนวทางเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จากการรวมตัวกันทำให้เกิด "องค์การอนามัยโลก" ซึ่งทำหน้าที่ช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการทำสงครามต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โดยเน้นไปทางด้านการรักษาพยาบาล และการขยายบริการสาธารณสุขไปยังประเทศที่ยากจน โดยแพทย์และพยาบาล จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ แต่ก็ไม่สามารถที่จะดำเนินการให้ครอบคลุมได้ทุกพื้นที่ ทำให้เกิดความไม่พอใจแก่ประเทศสมาชิก และเกิดการวิพากษ์วิจารณ์เป็นอย่างมาก ดังนั้นจากการประชุม ในปี พ.ศ. 2516 ได้มีมติที่จะเปลี่ยนนโยบายและแนวทางการทำงานจากลักษณะองค์การที่ให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล มาเป็นองค์การที่คอยประสานให้ความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิก โดยเน้นการให้ความร่วมมือในทางวิชาการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี และเน้นด้านบริการป้องกันโรคแทนที่จะเน้นบริการให้การรักษา จากแนวคิดดังกล่าว การสาธารณสุขมูลฐานหรือการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจึงเป็นกลยุทธ์หลักในการนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 2545 : 32-34)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพอนามัยมาโดยตลอด ได้ขานรับนโยบายจากองค์การอนามัยโลก โดยได้ปรับเปลี่ยนนโยบายและกลยุทธ์จากการที่เน้นเรื่องการสร้างสถานบริการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการรักษาได้มากขึ้น มาเป็นการเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และเปลี่ยนจากการมองสถานบริการเป็นศูนย์กลาง มาเป็นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนถึงในปัจจุบัน ได้เข้าสู่ช่วงแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้นำกรอบวิสัยทัศน์ให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 และแนวทางพัฒนาจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ มาผนวกกับผลการศึกษาระเบียบแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่ผ่านมา ในช่วงแผนที่ 9 นี้มีเป้าหมาย โดยเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พร้อมทั้งพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เร่งพัฒนาระบบข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และสังคม ให้มีแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ คือ เป็นสุขภาพเชิงรุก ส่งเสริมให้มีจิตสำนึกและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาทิตการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย เป็นต้น (วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544 : 101)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคล โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพอาจจำแนกได้ 3 ประเภท คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick-role Behavior) (มัลลิกา มัตติโก. 2534 : 20-22 ; อ้างอิงจาก Kasl; & Cobb. 1966)

การดูแลสุขภาพผิวพรรณ ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรปฏิบัติ เนื้อเยื่อต่างๆ ความชุ่มชื้น กลิ่น อุนหภูมิ และลักษณะสีของผิวหนัง ขน เส้นผม เล็บ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสุขภาพที่ดีภายในร่างกายของบุคคลนั้น ถ้าผิวเนียนเรียบ เปล่งปลั่ง ฝมนเป็นมันประกายเงางาม และเล็บเป็นสีชมพู ล้วนแล้วแต่เป็นลักษณะที่บ่งบอกถึงสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ฉะนั้นผิวพรรณภายนอกจะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนอกจากจะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีแล้ว ยังช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพให้สง่างาม มีเสน่ห์เป็นที่ประทับใจแก่ผู้พบเห็น และเป็นที่พึงปรารถนาของสังคม ซึ่งส่งผลถึงจิตใจ และยังช่วยส่งเสริมให้มีความมั่นใจในตนเอง อันจะเป็นประโยชน์อย่างมากในอาชีพการงาน การเข้าสังคมอีกด้วย

ร่างกายของคนเรามีการเสื่อมลงตามกาลเวลา ตามอายุที่มากขึ้น ผิวหนังที่เคยเต่งตึง ก็อาจเกิดริ้วรอยเหี่ยวย่น มีจุดด่างดำ ผมหดร่วง เล็บที่เคยแข็งแรงสวยงามก็อาจเปราะ และแตกหัก

ได้ง่าย ฉะนั้นผิวพรรณจึงควรมีการดูแลอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา ถ้ามีการดูแลผิวพรรณอย่างถูกวิธี ตั้งแต่อายุน้อย ก็จะช่วยชะลอให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง ดูสดใส อ่อนเยาว์ และคงความงามได้นานยิ่งขึ้น

วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ จะมีพัฒนาการที่เปลี่ยนไปในทุกๆด้าน ร่างกายและฮอร์โมนที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้วัยรุ่นมีอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และความสนใจจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากความสนใจในสิ่งต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะในสิ่งที่ใกล้ตัว ในวัยเด็กก็ขยายขอบเขตออกไปสู่ชีวิตสังคมนอกบ้าน และความสนใจมักแคบเข้ามาในแนวเฉพาะเรื่อง(ปราณี รามสูตร. 2522 : 56) วัยรุ่นเริ่มให้ความสนใจกับตนเองมากขึ้น สนใจในรูปร่าง หน้าตา การแต่งกาย การไว้ทรงผม สนใจในเรื่องของการแต่งกาย การวางตัวในสังคม และการสร้างบุคลิกภาพให้เหมาะสม เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว และต้องการการยอมรับในสังคม ทำให้วัยรุ่นเอาใจใส่ในเรื่องเสื้อผ้า ทรงผม เล็บ ผิวพรรณ (พรพิมล เจียมนครินทร์. 2539 : 120-121) ต้องการให้รูปร่างหน้าตาสวยงาม เป็นที่ประทับใจของผู้อื่น เพื่อดึงดูดความสนใจจากผู้อื่น และเพศตรงข้าม ให้ความสนใจเรื่องสุขภาพเพื่อมีรูปร่างที่สมส่วน นอกจากนี้ วัฒนา พัทธวินิช (2534 : 167-168) ได้กล่าวว่า วัยรุ่นมีความปรารถนาที่จะมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย สนใจเรื่องอาหารการกิน การพักผ่อนนอนหลับ และการทำความสะอาดร่างกาย วัยรุ่นชายเริ่มพินิจพินิจกับการขัดถูส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ตนเองเคยละเลยเมื่อวัยเด็ก เช่น เล็บ เท้า และผม เริ่มให้ความสนใจตกแต่งทรงผมเป็นรูปทรงต่างๆ ตามที่คิดว่าเหมาะกับตัวเอง ส่วนวัยรุ่นหญิง ความสนใจในการดูแลส่วนต่างๆของร่างกายมีมากกว่าวัยรุ่นชาย ใช้เวลาในห้องน้ำนานมากในการอาบน้ำแต่ละครั้ง รังเกียจการมีกลิ่นตัว และหาวิธีการต่างๆเพื่อขจัดปัญหา มีการขัดสีผิวพรรณมากเกินพอดี บางทีสระผมบ่อยมากจนเกินไป การเลือกทรงผมมักเป็นสไตล์เดียวกับเพื่อนที่เลือกคบอยู่ และมักแต่งตัวเหมือนๆ กันในกลุ่มเดียวกัน และข้อสังเกตอีกอย่างในวัยรุ่นหญิงที่แสดงให้เห็นว่าให้ความสนใจกับร่างกายตนเองมาก คือ จะเริ่มไว้เล็บยาว เริ่มใช้เครื่องสำอางค์ (ปราณี รามสูตร. 2522 : 59)

จากนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการให้เยาวชนมีสุขภาพที่ดี และความสนใจ เกี่ยวกับตนเองของวัยรุ่นในเรื่องของผิวพรรณความสวยงาม การดูแลสุขภาพผิวพรรณจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นเป็นอย่างมาก แต่การที่เราจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณที่ถูกต้องเหมาะสมเพียงไรนั้น ก็ขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลนั้น รวมทั้งครอบครัวและสังคมของบุคคลนั้นด้วย พฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพผิวพรรณที่ดีหรือไม่ดี หากบุคคลมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติ และความเชื่อที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณที่เหมาะสม แต่หากบุคคลมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติและความเชื่อที่ผิด ก็จะไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณที่ไม่เหมาะสม และก่อให้เกิด

อันตรายต่อสุขภาพได้(สุชาติ โสมประยูร. 2541 : 68) แต่เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องอาศัย แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับ และมีผู้สนใจนำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมป้องกันโรคของโรเซนสต็อคและคณะ (Rosenstock; et al. 1966) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญโดยตรงในการดูแลสุขภาพ คือ ความเชื่อ หมายถึง การรับรู้ในเรื่องสุขภาพด้านต่างๆที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาของ เบคเคอร์และคณะ (Becker; et al. 1975 : 11) พบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา เป็นต้น ปัจจัยด้านสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว และยังมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสื่อมวลชนต่างๆ การแนะนำจากแพทย์ เป็นต้น ซึ่งมีงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าปัจจัยทางอ้อมนั้นมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพบว่าปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายการมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ เช่น งานวิจัยของสุวารีวรรณ กิจสมัคร, เพชรรัตน์ อมรชีวิน และโสพรรณ โททะยะ ซึ่งสุวารีวรรณ กิจสมัคร ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี(สุวารีวรรณ กิจสมัคร. 2539 : 135-137), เพชรรัตน์ อมรชีวิน ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี(เพชรรัตน์ อมรชีวิน. 2541 : 91) และโสพรรณ โททะยะ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตัวเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน (โสพรรณ โททะยะ. 2532 : บทคัดย่อ) เป็นต้น

นอกจากการที่บุคคลจะมีความเชื่อหรือการรับรู้ในด้านต่างๆ ที่ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพผิดพลาดแล้ว ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (Health Locus of Control) ก็มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพเช่นกัน ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่าภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แก่ การควบคุมจากภายในตน การควบคุมจากภายนอกตน ได้แก่ บุคคลอื่น หรือเชื้อโรคชะตา ความบังเอิญ ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ดังเช่นของสุวารีวรรณ กิจสมัคร(2539 : 145) และพรรณี ปานเทวัญ (2533 : 57) ซึ่งสุวารีวรรณ กิจสมัคร ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี (สุวารีวรรณ กิจสมักร. 2539 : 145) และพรณี ปานเทวัญ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (พรณี ปานเทวัญ. 2533 : 57) เป็นต้น ผลพบว่าบุคคลมีความเชื่ออำนาจภายในตน จะทำให้บุคคลนั้นมีการสนใจดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพมาก แต่ถ้าหากเชื่อแต่โชคชะตา หรือความบังเอิญ บุคคลนั้นก็จะไม่สนใจดูแลตนเอง ซึ่งเฮซัส (สุวารีวรรณ กิจสมักร. 2539 : 8 ; อ้างอิงจาก Eachus. 1991 : 67) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ ควรใช้ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมาศึกษาพร้อมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ โดยใช้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Rosenstock. 1974 : 334 ; citing Becker; et al. 1974 : 205-216) และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของ รอตเตอร์ (Rotter. 1954) โดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimension Health Locus of Control Scale - MHCL) ถูกสร้างขึ้นโดย วอลสตันและคณะ (โกสุม นัยรุ่งเรือง. 2533 : 12-14 ; อ้างอิงจาก Wallston; et al. 1978 : 160-170) มาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับ การดูแลสุขภาพผิวพรรณ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีปัจจัยด้านชีวสังคมแตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีปัจจัยด้านชีวสังคมแตกต่างกัน
4. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน
5. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ระหว่างผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความสำคัญของการวิจัย

ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านชีวสังคม ปัจจัยชกน้าภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผิวพรรณที่ ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ที่มีอายุ 13-24 ปี จำนวนโดยเฉลี่ย 15,000 คนต่อปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ที่มีอายุ 13-24 ปี โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเวลา (Time Random Sampling) จำนวน 390 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการพยากรณ์

1. ตัวแปรทำนาย

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1.1.1 การรับรู้ความเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ
- 1.1.2 การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ
- 1.1.3 การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ
- 1.1.4 การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

1.2 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

- 1.2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน
- 1.2.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น
- 1.2.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตา

2. ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ การดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ตัวแปรในการศึกษาเปรียบเทียบ

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม

1.1.1 เพศ

- 1.1.1.1 ชาย
- 1.1.1.2 หญิง

1.1.2 อายุ

- 1.1.2.1 13 – 15 ปี
- 1.1.2.2 16 – 18 ปี
- 1.1.2.3 19 – 21 ปี
- 1.1.2.4 22 ปีขึ้นไป

1.1.3 รายได้ของครอบครัว

- 1.1.3.1 ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงมา
- 1.1.3.2 20,001 - 30,000 บาท
- 1.1.3.3 30,001 – 40,000 บาท
- 1.1.3.4 ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป

1.1.4 ระดับการศึกษา

- 1.1.4.1 มัธยมศึกษาตอนต้น
- 1.1.4.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย
- 1.1.4.3 ปวช./ปวส.
- 1.1.4.4ปริญญาตรี

1.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

- 1.2.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก
- 1.2.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย

1.3 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

- 1.3.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน
- 1.3.2 ความเชื่ออำนาจภายนอกตน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ
- 2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ
- 2.1.3 การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ
- 2.1.4 การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เพศ ได้แก่ เพศชาย และเพศหญิง
2. อายุ หมายถึง อายุของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยแบ่งตามอายุดังนี้
 - 2.1 อายุ 13 – 15 ปี
 - 2.2 อายุ 16 – 18 ปี
 - 2.3 อายุ 19 – 21 ปี
 - 2.4 อายุ 22 ปีขึ้นไป
3. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของบิดามารดาต่อเดือน แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้
 - 3.1 ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงมา
 - 3.2 20,001 - 30,000 บาท
 - 3.3 30,001 – 40,000 บาท
 - 3.4 ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป
4. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน
 - 4.1 มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 4.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - 4.3 ปวช./ปวส.
 - 4.4ปริญญาตรี
5. ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A หมายถึง ศูนย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผลิตภัณฑ์บีโเอเร ซึ่งมีสถานที่ตั้งอยู่ที่สยามสแควร์

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. การดูแลสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง การปฏิบัติตนในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผิวพรรณ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำความสะอาดร่างกาย การปกป้อง และการบำรุงรักษาผิวพรรณอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายในส่วนของผิวหนัง เส้นผม มือ เท้า และเล็บให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และเป็นประจำ ให้คะแนนข้อความทางบวกเป็น 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ และให้คะแนนข้อความทางลบเป็น 4 ถึง 1 ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ถือว่าเป็นผู้ที่มีการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ หรือความเข้าใจของบุคคล เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในการคาดคะเนของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวต่อโอกาสเสี่ยงหรือความเป็นไปได้ในการมีสุขภาพผิวพรรณที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรงและอ่อนแอลง เนื่องมาจากการไม่ดูแลสุขภาพผิวพรรณ หรือการดูแลสุขภาพผิวพรรณอย่างไม่ถูกต้อง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ที่ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เนื่องจากการไม่แยกทิ้งขยะมูลฝอย ของวีรชาติ รมณีธรรมคุณ (2543 : 58) โดยปรับให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณ แบบสอบถามนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 5 อันดับ ได้แก่ เป็นไปไม่ได้ ไม่น่าเป็นไปได้ ไม่แน่ใจ เป็นไปได้ และเป็นไปได้อย่างมาก ให้คะแนนเป็น 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ถือว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

2.2 การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความกังวล ถึงผลเสียหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวในการมีสุขภาพผิวพรรณที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง และอ่อนแอลง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ที่ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เนื่องจากการไม่แยกทิ้งขยะมูลฝอย ของวีรชาติ รมณีธรรมคุณ (2543 : 59) โดยปรับให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณ แบบสอบถามนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 5 อันดับ ได้แก่ ไม่กังวลเลย ไม่น่ากังวล ไม่แน่ใจ ค่อนข้างกังวล และกังวลอย่างมาก ให้คะแนนเป็น 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ถือว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

2.3 การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพผิวพรรณที่สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ที่ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ที่รับจากการแยกทิ้งขยะมูลฝอย ของวีรชาติ รมณีธรรมคุณ (2543 : 60) โดยปรับให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณ แบบสอบถามนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 4 อันดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ให้คะแนนเป็น 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ย

สูงกว่า ถือว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

2.4 การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวถึงผลเสีย ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดขวางการดูแลสุขภาพผิวพรรณอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพผิวพรรณที่สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ที่ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคจากปัจจัยภายนอกในการแยกทิ้งขยะมูลฝอย ของวีรชาติ รมณีย์ธรรมคุณ (2543 : 60) โดยปรับให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณ แบบสอบถามนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 อันดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ให้คะแนนเป็น 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ถือว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

3. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพนั้น เกิดขึ้นจากการควบคุมของตนเอง คือ เกิดจากทักษะ ความสามารถของตนเอง หรือการกระทำของคนอื่น หรือเกิดจากอำนาจโชคชะตา ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพแบบ A ของ Wallston และคณะ (1978) ที่แปลเป็นไทยโดย กรรณิการ์ กันระรักษา (2527. : 160-161) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณและปรับให้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา มากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า ความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านมีความหมาย ดังนี้

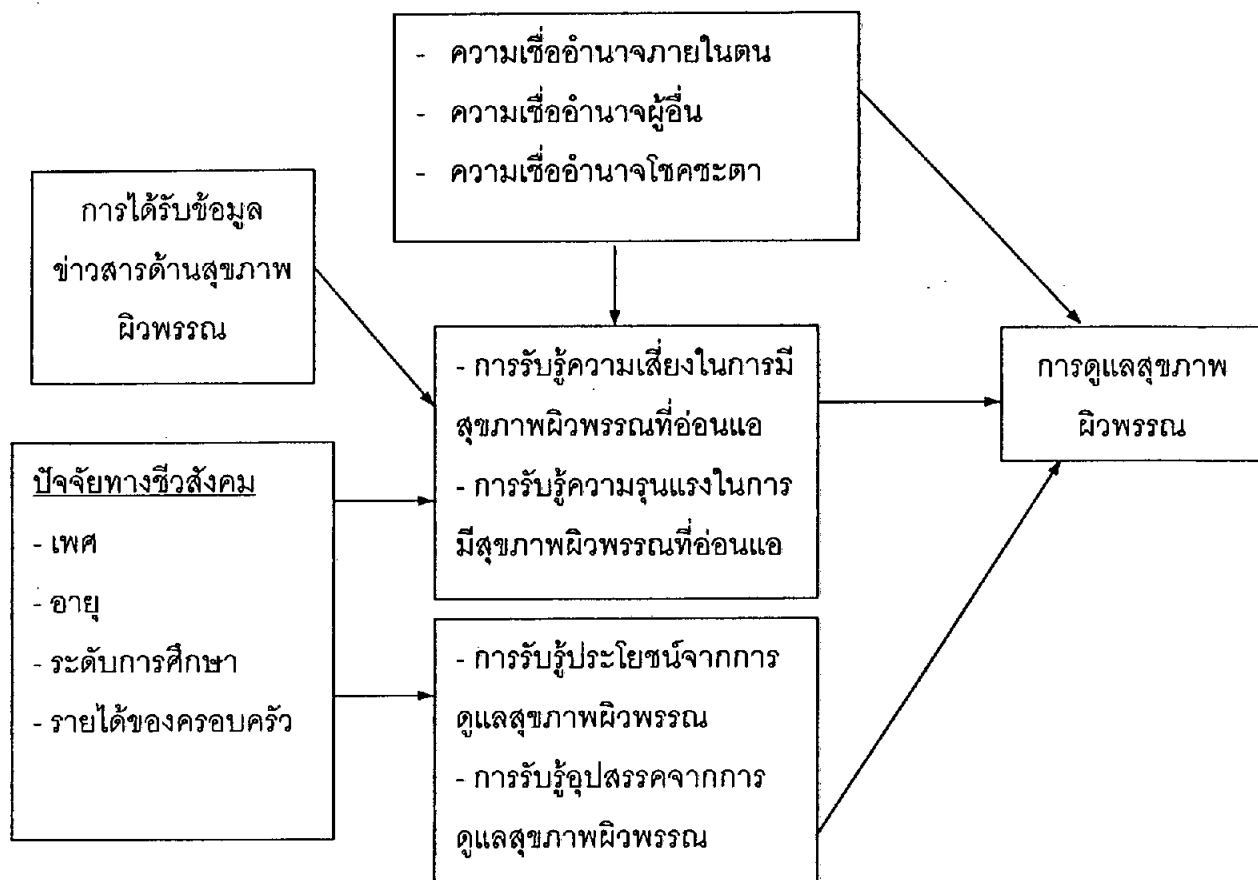
3.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าตนนั้นสามารถควบคุมสุขภาพผิวพรรณให้สมบูรณ์แข็งแรงได้ด้วยการกระทำของตนเอง

3.2 ความเชื่ออำนาจของผู้อื่นด้านสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่า แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นผู้ควบคุมสุขภาพ หรือสามารถดลบันดาลให้บุคคลมีสุขภาพผิวพรรณที่ดีหรือไม่ดี แข็งแรงหรืออ่อนแอได้ ทำให้บุคคลไม่สนใจดูแลสุขภาพผิวของตนเอง

3.3 ความเชื่ออำนาจโชคละตาด้านสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าโอกาส โชคละตา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นตัวกำหนดการมีสุขภาพผิวพรรณที่ดีหรือไม่ดี แข็งแรงหรืออ่อนแอได้ ซึ่งตนเองไม่สามารถควบคุมได้

4. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณ หมายถึง การได้รับข้อมูลที่เป็นรายละเอียดและให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ วิทยุ และคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผิวพรรณ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับตามความบ่อยครั้งในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผิวพรรณ 4 อันดับ ได้แก่ ไม่เคยได้รับ นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และเป็นประจำ ให้คะแนนข้อความทางบวกเป็น 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย ส่วนผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานในการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้
2. ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ชาย
3. ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ชาย
4. ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ชาย
5. ผู้ชายที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้หญิง
6. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน
7. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน
8. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน
9. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน
10. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
11. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
12. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
13. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

14. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า
15. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า
16. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า
17. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า
18. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย
19. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย
20. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
21. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.2 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.4 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care) ของโอเร็ม
 - 1.5 การดูแลสุขภาพผิวพรรณ
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.1 ความเชื่อ
 - 2.2 แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ
 - 3.1 ปัจจัยทางชีวสังคม กับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.2 ปัจจัยชักนำภายนอก(การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ) กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง
 - 3.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
 - 5.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน
 - 5.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น
 - 5.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตา
6. สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง

1.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี มิได้หมายถึงเพียงความปราศจากโรค หรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น ซึ่งจัดเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ชน การปรับปรุงส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพก็นับเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลที่พึงมีต่อตนเอง ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (รวมทั้งการใช้จ่าย) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ(อุทัย สุดสุข. 2535 : 9 ; อ้างอิงจาก องค์การอนามัยโลก) ซึ่งสอดคล้องกับ นายแพทย์อุทัย สุดสุข (2535 : 10) ที่ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในเชิงบวก ด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ภายหลังจากเจ็บป่วย และหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 22-23 ; อ้างอิงจาก Orem. 1985) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคล ริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มชน ซึ่งสอดคล้องกับ ไลป์เชน และสตีเยเกอร์ (Lipsan; & Steiger. 1996 : 17) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่าเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มหรือปฏิบัติโดยบุคคล เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ดำรงรักษา หรือส่งเสริมสุขภาพให้ถึงระดับสูงสุด ซึ่งระดับสูงสุดนี้หมายถึง ระดับสูงที่สุดของสุขภาพที่บุคคลสามารถบรรลุผลสำเร็จได้ ณ จุดที่เฉพาะของเวลา ศักยภาพของสุขภาพจะแปรผันไปตามพัฒนาการ ประสบการณ์ทางสถานการณ์ และประสบการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ดังนั้นบุคคลที่แตกต่างกันจึงมีระดับสุขภาพสูงสุดแตกต่างกันตลอดเวลา ระดับสูงสุดของคนหนึ่งไม่ควรที่จะเปรียบเทียบกับของอีกคนหนึ่ง แต่ควรที่จะเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพที่เป็นจริงของบุคคลหนึ่งกับ ศักยภาพของสุขภาพสูงสุดที่เป็นอยู่ในเวลานั้น

นอกจากนี้ เอื้อมพร ทองกระจาย (2533 : 48-49) ได้ประมวลความคิดที่นักวิชาการ จาก วิชาชีพต่างๆ เสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และนियามการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) เป็นกระบวนการที่ประชาชน สามารถทำ กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลังการ เจ็บป่วย กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ของมนุษย์ ไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นฐานล่างสุด หรืออีกนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่ง ของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุข ที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ และศักยภาพการดูแล สุขภาพตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

จากนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาคนั้น เป็น กระบวนการที่บุคคลดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง โดยการปฏิบัติด้วยตนเอง และ หรือมีผู้อื่นช่วยเหลือ กิจกรรมนี้รวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และการบำบัดรักษาตนเอง การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจหลังการ เจ็บป่วย เป็นการกระทำที่ตั้งใจ และเกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ส่วน ในระดับ มหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบฯหนึ่ง ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และมีมาก่อน ระบบบริการ สาธารณสุขทั้งหมด โดยนัยดังกล่าวการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพโดย วิชาชีพ (Professional Care) ที่เป็นบริการของรัฐ จะต้องมีความเป็นหนึ่งเดียว พึงพา ส่งเสริม และ สอดประสานซึ่งกันและกัน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นดำเนินการ กิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยการตัดสินใจที่จะกระทำ กิจกรรมอย่างมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง การวินิจฉัย และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจหลังการเจ็บป่วยซึ่งกระบวนการในการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล และเป็นสิ่งที่แตกต่างกันไปตาม พัฒนาการ ประสบการณ์ วัฒนธรรมนิยม ประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นำ แนวคิด ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง มาดัดแปลงเป็นความหมายของการดูแลสุขภาพ ฝัฒพรณว่า หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนในการดำเนินกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลฝัฒพรณด้วยตนเอง ซึ่งให้ความสนใจและห่วงใยในเรื่องของการ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำความสะอาดร่างกาย และการ

บำรุง เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพร่างกายในส่วนของผิวหนัง ผิวกาย เส้นผม เล็บมือและเท้า ให้สมบูรณ์ แข็งแรงอยู่เสมอ

1.2 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

เนื่องจากในปัจจุบันประชากรมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงกระจายไม่ทั่วถึง และมีราคาแพง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมและเน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพราะบุคคลแต่ละคนครอบครัว ญาติพี่น้อง และชุมชน คือปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของตนเอง มิใช่ระบบบริการสาธารณสุขหรือวิชาชีพแพทย์พยาบาล ซึ่งการส่งเสริมให้ประชากรในทุกกลุ่มอายุ ให้มีความสามารถในการ ดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนนานับประการ ดังนี้ (มัลลิกา มัตติโก. 2530 : 7-8)

1. จะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชน ให้เป็นประโยชน์ต่อ สุขภาพตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การแปรงฟัน ล้างมือ การรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

2. เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย ที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจจากโคเลสเตอรอลประเภทไขมัน โรคคอติบ ไอกรน บาดทะยัก การรับประทานอาหารที่ถูกลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพ และความเจ็บป่วยของบุคคลได้ด้วยตนเอง ซึ่งทั้งนี้บุคคลต้องมีความรู้ความสามารถ บอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพ และความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมเดียวกัน โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ และโทรทัศน์ บุคคลจึงจะสามารถวิเคราะห์ และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้

4. เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง

5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพ ในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเล็กสูบบุหรี่ กลุ่มเล็กสุรา กลุ่มเพื่อนลดน้ำหนัก กลุ่มเพื่อนออกกำลังกาย กลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแนวคิดที่มุ่งให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค การวินิจฉัย การบำบัดรักษาด้วยตนเอง ได้ทั้งในสภาวะที่มีสุขภาพดี และสภาวะที่มีการเจ็บป่วย ดังที่ มัลลิกา มัตติโก (2530 : 10-13) ได้เสนอลักษณะของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ (Self Care in Health) การดูแลเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมการดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ(Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพฟันทุกๆ 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมที่กระทำสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น รับประทานวัคซีนโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การได้รับวัคซีนคุ้มกัน

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจเอ็กซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมาย ต้องการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใดๆเกี่ยวกับอาการนั้นๆ ซึ่งการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่ 4 ระดับ ดังนี้

- 2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care)
- 2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)
- 2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network)
- 2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutualaid หรือ Self Health Group)

เอ็ดมุนด์ ทงกระจาย (2533 : 51-52) ได้วิเคราะห์การจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่นำเสนอโดยมัลลิกา มัตติโก ว่าเป็นการจำแนกที่ชัดเจนระหว่าง 2 ขั้ว (Extreams) ซึ่งง่ายสำหรับทำความเข้าใจ แต่เมื่อคำนึงถึงภาวะความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย(Health Illness Continuum)แล้ว การจำแนกดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหา เพราะบางพฤติกรรมนั้นอาจเป็นได้ทั้งการส่งเสริมและการป้องกันไปพร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าว การดูแลตนเองไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยจะมุ่งเน้นกระบวนการตัดสินใจที่จะกระทำการใดๆ ของบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

แนวคิดดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเอง ของนักวิชาการด้านสุขภาพหลายท่าน (Orem. 1991: 64; Orem. 1995 : 212; Pender. 1987 : 185-186; Pender. 1996 : 97-98; Lipsan and Steiger. 1996 : 17) ที่เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติในการพึ่งพาตนเองและดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลรวมมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การแนะนำและการสอนอย่างเพียงพอ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคลที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพที่ดีขึ้น โดยบุคคลสามารถที่จะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะได้ผลดีต่อตนเอง (สุนีย์ ละกำป็น. 2541 : 18)

แนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางตั้งแต่ ปี ค.ศ.1958 คือ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทฤษฎีทางการพยาบาล ที่ประกอบไปด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) โดยที่ทฤษฎีการดูแลตนเอง จะเป็นพื้นฐานให้เราเข้าใจทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทั้ง 2 ทฤษฎีจะนำไปสู่การเข้าใจในทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึง รายละเอียดเฉพาะทฤษฎีการดูแลตนเอง

1.4 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care) ของโอเร็ม

การดูแลตนเอง(Self-Care) เป็นการกระทำหรือกิจกรรมต่างๆที่บุคคลริเริ่มและกระทำบนความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อที่จะดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการของมนุษย์ ทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย เป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปซึ่กระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ— ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้—บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายาม หรือความรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 25)

นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 23-25) ได้กล่าวถึงแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985) ว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำใน ระยะนี้การที่บุคคลจะสามารถทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความเห็นว่าสิ่งที่กระทำมีความเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นว่ากรกระทำนั้นๆเหมาะสม— จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายใน-ภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในถารสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ-มองเห็นความสัมพันธ์ของ ความหมายของเหตุการณ์หรือสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำที่มีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องการทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่าจะกระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

จะเห็นได้ว่า แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคม และพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่กระทำตามการรับรู้ และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง อย่างไรก็ตาม โอเร็มได้ให้ข้อคิดไว้ว่า แม้เป้าหมายของการ

ดูแลบุคคล คือเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่าง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ ซึ่งโอเร็มเรียกการดูแลนี้ว่า “ไม่ใช่การบำบัด” (Nontherapeutic) ดังนั้น การดูแลตนเองจะเป็น “การดูแลตนเองเชิงบำบัด” (Therapeutic Self-Care) ต่อเมื่อก่อให้เกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 25-26)

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุคุณภาพของบุคคลตาม

ศักยภาพ

3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันและปรับภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

แนวคิดดังกล่าวจะเน้นไปที่ตัวบุคคล และมีโลกทัศน์ต่อภาวะสุขภาพ จะเป็นไปในเชิงปกติสุข (Wellness-Oriented) มากกว่าเน้นโรคและความเจ็บป่วย (Disease Oriented) โดยคำนึงถึงวงจรชีวิต หรือกระบวนการชีวิตของบุคคล ตามโลกทัศน์ของโอเร็ม(Orem. 1985) ที่กล่าวมาข้างต้น—การดูแลตนเองนั้นมีทั้งที่เป็น “Therapeutic” และ “Nontherapeutic” และสิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพคาดหวัง คือ การดูแลตนเองควรจะเกิดผลดีต่อชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล นั้นคือต้องเป็น “Therapeutic Self-Care” ส่วนคำว่า “Demand” หมายถึง ความต้องการ ที่จะต้องใช้ ความพยายามในการกระทำ ซึ่งเป็นการบ่งบอกว่าการดูแลตนเองนั้นควรจะให้ผลไปในทางที่ดี ดังนั้น ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand) จึงหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3 ลักษณะ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 27-30)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisites) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อระดับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ขั้นตอนพัฒนาการที่เป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร อากาศ น้ำ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร

โดยไม่ทำให้เกิดโรค

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง

และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.3.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.3.5 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึงของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.3.6 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.3.7 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.4 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.4.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.4.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.4.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.4.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.5 ส่งเสริมควรทวงหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

1.5.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.5.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.5.3 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)

1.5.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self - Care Requisites) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะตั้งครรรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต เป็นต้น และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต และเหตุการณ์ หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สุภุมิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self - Care Requisites) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม การวินิจฉัย และการบำบัดรักษาต่างๆ เป็นต้น การดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้

3.1 รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแบบแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

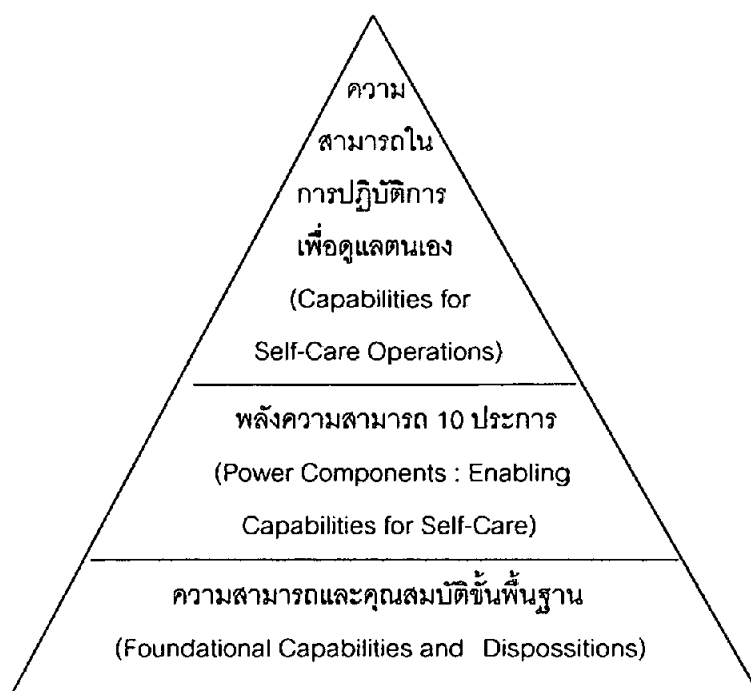
3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพามุคคนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่า การดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการประสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน บรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

นอกจากนี้ โอเร็ม ยังได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ว่าเป็นความสามารถของมนุษย์ หรือพลังอำนาจที่จะเข้ากระทำการดูแลตนเอง ความสามารถของบุคคลที่จะยอมรับในการดูแลตนเองเป็นผลมาจาก ปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเรียกดว่าปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ภาวะทางพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ทางสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยต่างๆของระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต (เช่นกิจกรรมต่างๆที่ทำอย่างสม่ำเสมอ) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และความพอใจของแหล่งประโยชน์ และความสามารถหาแหล่งประโยชน์มาใช้ได้ง่าย ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติ ที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สุนีย์ ละกำป็น. 2541 : 20 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991 : 117 ; Orem. 1995 : 203)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน
2. พลังความสามารถ-10-ประการ-เป็นความสามารถที่เกื้อหนุนการดูแลตนเอง
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อกรดูแลตนเอง

แกสท์ และคณะ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2532 : 31-36 ; อ้างอิงจาก Gast; et al. 1989) ได้วิเคราะห์แนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป โดยความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง และมีรายละเอียดดังนี้



ภาพประกอบ 1 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
 ที่มา: สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะ
 ทางกายภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 33.

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระ และจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น)

1.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ
 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

1.2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

1.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

- 1.2.5 นิสัยประจำตัว
- 1.2.6 ความตั้งใจ
- 1.2.7 ความเข้าใจในตนเอง
- 1.2.8 ความหวังในตนเอง
- 1.2.9 การยอมรับตนเอง
- 1.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม

ต่างๆ

1.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

จะเห็นได้ว่าหากบุคคลขาดความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้นั้น คือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components : Enabling Capabilities for Self-Care) โอเร็ม และเทย์เลอร์ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 34 ; อ้างอิงจาก Orem & Taylor. 1986) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การจัดการทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self - Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้การดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นได้ว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย

1.5 การดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ทุกคนล้วนแล้วแต่ปรารถนา อยากให้ตนเองมีร่างกายที่สวยงาม ต้องการมีสุขภาพที่ดี มีผิวพรรณที่เปล่งปลั่งสดใส แต่การที่จะมีสุขภาพผิวพรรณที่ดี จะต้องมีการดูแลอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมเอกสาร และสรุปเกี่ยวกับการดูแลผิวพรรณ โดยมีเนื้อหาที่เน้นใน ส่วนของผิวน้ำและผิวกาย ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผิวน้ำเป็นส่วนที่ปกคลุมร่างกาย และเป็นแหล่งอาหารของเส้นผม เล็บ มือ และเท้า ฉะนั้นการดูแลอวัยวะส่วนต่างๆ ให้แข็งแรง ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพผิวพรรณที่ดี และยังส่งเสริมให้มีบุคลิกภาพที่ดีอีกด้วย

ผิวหนัง เป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย บ่งบอกถึงสุขภาพภายในร่างกาย กล่าวคือ ผิวหนังที่ปกติจะต้องเป็นผิวที่เนียนเรียบ นุ่มนวล มีความแข็งแรงและยืดหยุ่นได้ดี ไร้ริ้วรอย ไม่มี จุดต่างด้า โดยทั่วไปผิวหนังก็เหมือนกับเซลล์ทั่วไป คือ มีการเจริญเติบโต สึกหรือ และมีการสร้าง เซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนที่ ซึ่งกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยอาหาร การบำรุงรักษา และการป้องกัน อันตรายทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งเซลล์ในร่างกายแต่ละแห่งจะไม่เหมือนกัน การดูแลผิวบริเวณ ต่างๆ ก็แตกต่างกัน และการที่เราจะดูแลผิวพรรณได้อย่างดี จำเป็นต้องรู้โครงสร้างและ หน้าที่ของ ผิวหนังเสียก่อน

1. โครงสร้างผิวหนัง (George, J. Hruza; & Jessica, L. Fewkes. 1993) ผิวหนัง เป็นอวัยวะที่บางและอ่อนนุ่ม เป็นส่วนปกป้องอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย ผิวหนังมีน้ำหนัก เป็น 1 : 20 ของร่างกายคนเรา ทำหน้าที่ผลิตสารหล่อลื่น ขจัดของเสีย เป็นแหล่งอาหารของ เส้นผม ขน เล็บมือ เล็บเท้า รวมทั้งยังมีหน้าที่ในการปกป้อง ร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ชั้นหนังกำพวด (Epidermis) เป็นชั้นที่บางที่สุดของผิวหนัง ซึ่งประกอบด้วย เซลล์อีก 4-5 ชั้น ชั้นนอกสุดเป็นชั้นซีโคล (Soft Keratin) เป็นชั้นที่เซลล์ไม่มีนิวเคลียส มีหน้าที่เป็น ปกป้องด่านแรก ป้องกันไม่ให้เชื้อโรค สารพิษเข้าสู่ร่างกาย และสร้างโปรตีนและไขมันเคลือบผิว พกไว้ป้องกันการระเหยของน้ำออกจากผิว และอุ้มน้ำไว้ที่ผิว ให้ความชุ่มชื้นและแข็งแรงแก่ผิวหนัง เล็บมือ เล็บเท้า เป็น keratin ชนิดแข็ง (Hard Keratin) ดังนั้นเนื้อเยื่อทั้งหมดของร่างกาย หนังกำพวดจึงเป็นส่วนประกอบของเซลล์ ซึ่งประกอบไปด้วยเซลล์หลักๆ อยู่ 3 ชั้นด้วยกัน คือ

1.1.1 เคอราติโนไซต์ (Keratinocytes) มีปริมาณมากที่สุด ประมาณ ร้อยละ 90 ของเซลล์ในชั้นหนังกำพวด มีวงจรการกำเนิดชีวิตกินเวลา 28 วัน โดยทำหน้าที่ควบคุม การระเหยและการดูดซึมน้ำเข้าสู่ร่างกาย ในคนที่ไม่ดูแลตนเอง อาทิ ปล่อยให้ถูกแสงแดดทำลายผิว อยู่ตลอดเวลา ผิวหนังจะหยาบกร้าน เป็นรอยต่างด้า เกิดริ้วรอย แต่คนที่ดูแลผิวอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ ผิวดูสดใสและอ่อนกว่าวัย

1.1.2 เมลาโนไซต์ (Melanocyte) หรือเซลล์สร้างเม็ดสี อยู่ในชั้นล่างสุด ของหนังกำพวด(Basal Cell Layer) พบประมาณร้อยละ2-3 ทำหน้าที่สร้างเมลานิน ซึ่งจะดูดซับ แสงแดดและป้องกันอันตรายจากแสงแดด แต่ละชนิดจะมีเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน แต่ขนาดของ เม็ดสี และการทำงานจะมากน้อยต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดสีผิวแตกต่างกัน เซลล์สร้างสีจะมีจำนวนต่างกัน ตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใบหน้า จะมีจำนวนมากกว่าลำตัว และอก เป็นต้น

1.1.3 แลนเกอร์ฮานส์เซลล์ (Langerhans Cells) พบประมาณ ร้อยละ 1 ทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

1.2 ชั้นหนังแท้ (Dermis) มีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันผิวหนังจากการบาดเจ็บและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ประกอบด้วยสารคอลลาเจน ประมาณร้อยละ 70 และอีลาสติก ประมาณร้อยละ 5 นอกจากนั้นยังประกอบด้วยต่อมเหงื่อที่ช่วยปรับสภาวะและรักษาอุณหภูมิในร่างกาย, ต่อมไขมันซึ่งช่วยสร้างไขมันเพื่อเคลือบผิวชั้นนอกสุด ป้องกันการระเหยของน้ำจากผิวทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น, ระบบประสาท หลอดเลือด ช่วยในการส่งออกซิเจน สารอาหารไปเลี้ยงผิวหนัง มีต่อมไขมัน และกลูโคสอะมิโนไกลแคน ซึ่งเป็นตัวเชื่อมยึดคอลลาเจน เส้นใยอีลาสติก และส่วนประกอบต่างๆให้อยู่ด้วยกัน ทำให้เกิดความยืดหยุ่น แข็งแรง ถ้าชั้นนี้ถูกทำลายก็จะเกิดรอยเหี่ยวย่น

1.3 ชั้นไขมัน ทำหน้าที่ป้องกันการกระทบกระแทก และจะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำหน้าที่เป็นเบาะกันกระแทกระหว่างผิวหนังกับกล้ามเนื้อ รากของขนหรือเส้นผมจะอยู่ส่วนนี้ซึ่งมีโครงสร้างพิเศษล้อมรอบ เรียกว่า ต่อมไขมัน (Hair Follicle) มีลักษณะคล้ายรูปกระเปาะบางเป็นโพรงคล้ายถุง ซึ่งเจริญเป็นเส้นขนโผล่ขึ้นมาอยู่เหนือผิวหนังชั้นนอก ในโพรงของต่อมไขมันจะมีต่อมน้ำมันเพื่อช่วยหล่อลื่นขนหรือเส้นผม เล็บ และผิวหนัง ส่วนผสมของน้ำมันและเซลล์ของผิวที่ตายแล้วจะเรียกว่า ซีบัม (Sebum) ซึ่งช่วยทำให้เส้นผมเป็นเงามัน และทำให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น (ศิริลักษณ์ พิมพ์วรรณธากุล. 2540 :13-14 ; ปิติ พลังวชิรา. 2537 : 6-8)

2.หน้าที่ของผิวหนัง (George, J. Hruza; & Jessica, L. Fewkes. 1993)

2.1 ปกคลุมและป้องกันอันตรายแก่ร่างกาย ช่วยปิดบังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ป้องกันแสงแดด การกระทบกระเทือน สร้างภูมิคุ้มกันในการต่อต้านสารเคมีต่างๆ พยาธิเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมต่างๆ

2.2 ควบคุมปริมาณน้ำในร่างกายให้สมดุล โดยการระเหยน้ำออกจากผิวหรือขับเหงื่อ และมีผิวหนังชั้นในของผิวหนังช่วยป้องกันการสูญเสียความชุ่มชื้น

2.3 ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย โดยเมื่ออากาศเย็นระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิวหนังจะสั่งให้เส้นเลือดหดตัวทำให้จะมีโลหิตไปเลี้ยงผิวหนังน้อย ทำให้ความร้อนถูกขับออกไปน้อย ในทางตรงข้ามเมื่ออากาศร้อนเส้นเลือดจะถูกสั่งให้ขยายตัวทำให้การไหลเวียนโลหิตมาก ซึ่งความร้อนจะถูกขับออกทางผิวหนัง และมีกระตุ้นการสร้าง และขับเหงื่อมากขึ้นทำให้ผิวหนังเย็นลงได้เมื่อมีการระเหยของเหงื่อ

2.4 กำจัดของเสียออกจากร่างกายในรูปของเหงื่อไปกับสารน้ำ และเกลือแร่

2.5 รับความรู้สึก เช่น ความรู้สึกร้อน เย็น และความเจ็บปวด

2.6 แหล่งสร้างวิตามินดี เมื่อสัมผัสแสงแดด ผิวหนังจะผลิตวิตามินดีให้แก่ร่างกาย

2.7 บ่งชี้ถึงสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงวัยด้วย ถ้าร่างกายแข็งแรง ได้รับสารอาหารครบทุกหมู่ มีสุขภาพจิตที่ดี จะมีการแสดงอาการทางผิวหนัง คือสุขภาพผิวหนังจะดีและแข็งแรง

3. ลักษณะผิวแต่ละประเภท (Gall, Y.; & Chappius JP. 1994 : 89-110)

3.1 ผิวปกติ(Normal Skin) เป็นผิวสุขภาพดี รูขุมขนขนาดปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องสิวหรือความแห้งกร้าน ผิวเนียนเรียบ ละเอียด ไม่มีรอยโรคผิวหนัง

3.2 ผิวมัน มีลักษณะผิวที่หยาบ เพราะมี รูขุมขนใหญ่เห็นได้ชัดเจน มีปัญหาเรื่องความมันและมีโอกาสเกิดสิวได้ง่าย แต่มักไม่ค่อยปรากฏริ้วรอยเหี่ยวย่น

3.3 ผิวแห้ง เป็นผิวที่มีความแห้ง เนื่องจากผิวชั้นนอกขาดน้ำหล่อเลี้ยง เนื่องจากการสร้างโปรตีน และไขมันซึ่งเป็นตัวให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังมีความผิดปกติ แต่มีแนวโน้มเกิดริ้วรอยก่อนวัยได้ง่าย เพราะสูญเสียความชุ่มชื้นของผิวได้ง่าย จึงมักรู้สึกแห้งตึง หลังจากล้างหน้าในช่วงอากาศหนาวเย็นจะทำให้ผิวหนังลอกเป็นขุย แดกเป็นร่อง และเกิดผิวหนังอักเสบ และเกิดอาการระคายเคืองได้ง่าย

3.4 ผิวผสม จัดเป็นอนุพันธ์ของผิวมันเพราะเป็นผิวที่มีความมันส่วนเกินมาก เฉพาะบริเวณหน้าผาก จมูก และคาง รวมเรียกว่า "ทีโซน" (T-zone) หลังจากล้างหน้าจะรู้สึกแห้งตึงบริเวณแก้ม

4. สาเหตุที่ทำให้ผิวพรรณเสื่อม ผิวพรรณโดยปกติจะมีลักษณะ เรียบตึง มีความชุ่มชื้น อ่อนนุ่ม เมื่อเวลาผ่านไปผิวพรรณจะเริ่มเสื่อมสภาพความชุ่มชื้นของผิวจะค่อยๆลดลง เริ่มหย่อนยาน เหี่ยวย่นและหยาบกร้านขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจาก

4.1 ธรรมชาติตามวัย (Aging) เวลาที่ผ่านมา อายุมากขึ้นการทำงานของร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพ

4.2 อาหาร การรับประทานอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ ไม่มีคุณค่าทางอาหารเพียงพอ ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ ส่งผลถึงการทำงานของผิวพรรณของร่างกาย อาหารมาเลี้ยงผิวหนังก็ไม่เพียงพอ เครื่องดื่มที่ทำให้ผิวแก่ก่อนวัย เช่น เครื่องดื่มผสมอัลกอฮอล์ กาแฟ หรือการสูบบุหรี่

4.3 ความเครียด การใช้ชีวิตที่ตึงเกินไป นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลถึงการทำงานของร่างกาย และแสดงอาการทางผิวหนังโดยเฉพาะผิวหนัง

4.4 สภาพแวดล้อม รังสีอัลตราไวโอเล็ตจากดวงอาทิตย์สามารถทำให้เกิดผิวแก่ก่อนวัย (Photo-Aging) สารเคมีต่างๆ การขัดถูเสียดสี เครื่องสำอาง เป็นต้น แต่ละคนจะรับสารเดียวกันเข้าไปมากน้อยในปริมาณที่แตกต่างกัน (Roelandts, R. 1994 : 321-332)

5. การดูแลรักษาผิวหนังพรรณ สุขภาพผิวหนังที่ดี เป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคน โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งรู้สึกเอาใจใส่ในรูปร่างหน้าตาของตนเป็นพิเศษ การที่จะมีผิวที่ดีจึงต้องรู้จักวิธีบำรุงรักษาผิวอย่างถูกต้อง ได้แก่การกินอาหารที่มีประโยชน์ การบริหารร่างกายให้โลหิตไหลเวียน รักษาความสะอาดของร่างกาย การรับอากาศบริสุทธิ์ การรู้จักวิธีป้องกันแสงแดด และการเลือกใช้เครื่องสำอางค์ให้เหมาะกับสภาพผิว

5.1 การบำรุงด้วยอาหาร อาหารเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผิว ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะผักและผลไม้ รวมทั้งควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว การเลือกรับประทานอาหารเพื่อบำรุงผิวพรรณ ก็ควรจะอยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมพอดีกับความต้องการของร่างกาย ก็คือ คาร์โบไฮเดรต เป็นหลักใหญ่ของอาหาร 40-50% ต่อวัน วิตามินจากผักผลไม้ ควรจะมีอัตราส่วน 25-30 % ต่อวัน โปรตีน 20% ต่อวัน ไขมัน 5-15 % ต่อวัน(ไม่ควรรับประทานเกิน 20%ของพลังงานที่ได้) สำหรับหมวดอาหารที่ขาดแล้วมีผลโดยตรงต่อผิว คือ วิตามิน ไม่ใช่แหล่งพลังงาน แต่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับวิตามิน เพราะวิตามินเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาต่างๆ ในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการเผาผลาญพลังงาน หรือว่าการสังเคราะห์สารต่างๆ วิตามินที่ขาดแล้วทำให้ผิวเสียคือ วิตามินเอ ทำหน้าที่ทำให้ผิวหนังเรียบและยืดหยุ่นดี เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ถ้าขาดแล้วผิวจะแห้ง ต่อมไขมันสร้างน้ำมันลดลง ลักษณะที่สังเกตได้ง่ายคือ ผิวหนังบริเวณรูขุมขน บริเวณต้นแขน ต้นขา จะหนาเป็นตุ่มๆ เหมือนหนังคางคก หรือหนังไก่ วิตามินเอมีมากอยู่ในนม ผลไม้ แหล่งเบต้าแคโรทีน ได้แก่ แครอท มันฝรั่ง บร็อกโคลี่ พักทอง ผักขม และแคนตาลูป เป็นต้น กลุ่มวิตามินบี สามารถพบในพวกข้าวซ้อมมือ รำข้าว ไข่ โยเกิร์ต เนื้อปลา กุ้ง หอย และบร็อกโคลี่ เป็นต้น ส่วนวิตามินซีนั้น จะช่วยสร้างคอลลาเจนทำหน้าที่ยึดเซลล์ต่างๆของผิวหนังเข้าด้วยกัน และช่วยลดการสร้างเม็ดสี ทำให้ผิวขาวขึ้น อาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินซี ก็ได้แก่ พริกหยวก มะเขือเทศ ส้ม และมะนาว เป็นต้น และวิตามินอีมีหน้าที่ช่วยป้องกันการสูญเสียวิตามินเอและไขมันรวมไม่อมตัว และช่วยรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังและช่วยชะลอริ้วรอยก่อนวัยได้ มีมากในผักใบเขียว ถั่ว ขนมหังไฮลส์วิต เป็นต้น (ปิติ พลังวชิรา. 2537 : 15; คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังจากพญกษาศลินิก. 2545 : 51-54) นอกจากนี้แล้ววิตามินจะไม่สามารถทำงานได้ถ้าปราศจากการช่วยเหลือของแร่ธาตุต่างๆ เช่น ทองแดง เหล็ก และสังกะสี แร่ธาตุเหล่านี้ช่วยให้ระบบการทำงานต่างในร่างกายเป็นไปอย่างปกติ จึงส่งผลต่อสุขภาพของผิวหนัง เส้นผม และเล็บ สำหรับโปรตีน เป็นแหล่งพลังงาน แต่โดยหลักๆ จะเก็บไว้สร้างกล้ามเนื้อมากกว่า ข้อเสียของการกินโปรตีนคือจะได้ไขมันติดไปด้วย แต่ทั้งนี้ก็สามารถเลือกได้ แหล่งโปรตีนที่มีคุณภาพ มีไขมันน้อย เช่น เนื้อปลา เต้าหู้ ถั่วเหลือง และนมวัวพร่องมันเนย

5.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่สำคัญ จะทำให้ร่างกายดึงเอาโปรตีนที่ได้จากอาหารมาใช้ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง กระชับ และยังทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายและผิวหนังดีขึ้น ทำให้ผิวพรรณสดใส มีน้ำมีนวล การออกกำลังกายจะทำให้มีการหลั่งสารเอ็นโดฟิน ซึ่งทำให้คนที่ออกกำลังกายมีความสุข คลายเครียดได้ (ปิติ พลังวชิรา. 2537 : 15) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและผิวพรรณ คือ ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ได้แก่ การจ็อกกิ้ง และเดินแอโรบิค ถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสม อีกทั้งยังใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นถ้าจะให้ได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ควรปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักและวิธีการ ดังนี้

5.2.1 ควรเริ่มออกกำลังกายอย่างเบาๆก่อน จึงค่อยๆ เพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย ในวันต่อไป ให้มากขึ้นตามลำดับโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนเลย

5.2.2 การออกกำลังกายที่จะได้รับประโยชน์อย่างแท้จริงนั้น ควรจะได้ออกแรงโดยให้ส่วนต่างๆ ทำงานมากกว่าปกติ เพื่อให้รู้สึกเหนื่อย เช่น หายใจถี่ขึ้น หรือชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ โดยให้ถี่ขึ้นกว่าค่าปกติตอนพัก ร้อยละ 40-80 แล้วแต่อายุของผู้ออกกำลังกาย

5.2.3 การเลือกออกกำลังกาย ควรให้เหมาะสมกับวัยของตนเองด้วย

5.2.4 ควรกระทำอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

5.2.5 อบอุ่นร่างกาย (Warm Up) ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อเป็นการเตรียมระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียน และระบบประสาทให้พร้อมที่จะทำงาน

5.2.6 หายใจเข้า-ออก ทุกๆ จังหวะที่ออกกำลังกาย

5.2.7 ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Warm Down) ทุกครั้งหลังการออกกำลังกาย

5.3 การรักษาความสะอาด การทำความสะอาดร่างกายและใบหน้าเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อขจัดฝุ่นละอองคราบเหงื่อไคล สิ่งสกปรกที่อุดตันอยู่ในรูขุมขน ควรทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและเย็น การขัดเช็ดผิวหนังตามลำตัว ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สุขภาพผิวดีขึ้น เพราะทำให้เกิดการกระตุ้นให้โลหิตไหลหมุนเวียนไปทั่วไปทั่วร่างกายได้อย่างเต็มที่ และยังเป็นการช่วยเหลือน้ำมันคลายประสาทที่เครียดและกำจัดเซลล์ที่ตายไปแล้วให้หลุดออกไป ช่วยให้ผิวพรรณสะอาดขึ้น การเลือกผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิว ต้องพิจารณาจากสภาพผิวของแต่ละบุคคล ถ้าหากเป็นผิวปกติสามารถใช้สบู่ประเภทไหนก็ได้ แต่ต้องระวังสบู่ที่มีสารเคมีที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคือง ผิวมันเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยขจัดไขมันส่วนเกินออกได้มากขึ้น ส่วนผิวแห้งควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ทำลายน้ำมันตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น และไม่ควรรอบน้ำเกินวันละ 2 ครั้ง สำหรับใบหน้า มีขั้นตอนในการทำ ความสะอาดผิวหนัง ดังนี้

5.3.1 การล้างหน้า ล้างหน้าอย่างถูกวิธี ควรยึดหลักปฏิบัติดังนี้ สำหรับคนที่แต่งหน้า ควรใช้ผลิตภัณฑ์เช็ดทำความสะอาดเครื่องสำอางค์ออกก่อน สำหรับคนผิวมันและผิวปกติควรใช้เป็นโลชั่น (Cleansing Lotion) ส่วนคนผิวแห้งใช้ชนิดที่เป็นครีมจะเหมาะสมกับผิวที่สุด โดยทาครีมหรือโลชั่นให้ทั่วใบหน้า แล้วใช้สำลีแผ่นเช็ดใบหน้าและรอบดวงตา จากนั้นใช้สบู่ หรือโฟมล้างหน้า ขำระล้างสิ่งสกปรกออกจากใบหน้า ซึ่งจะต้องใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผิวหน้าของแต่ละบุคคล สำหรับผิวปกติควรล้างหน้าด้วยน้ำและสบู่ โฟมล้างหน้าที่ไม่มีกรดหรือด่างมากเกินไป ไม่มีสีหรือกลิ่นจัด หรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีครีมน้ำมันผสม จะช่วยทำความสะอาดได้หมดจด และเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหน้า ผิวมันควรล้างหน้าด้วยสบู่ โฟมล้างหน้าที่ควบคุมความมัน โดยใช้ปลายนิ้วกดเบาๆเป็นวงกลม เพื่อช่วยละลายน้ำมันส่วนเกินที่อุดตันในรูขุมขน สามารถล้างหน้าได้ วันละ 3 ครั้ง ส่วนคนผิวแห้ง ควรล้างหน้าด้วยสบู่ครีม ซึ่งเป็นสบู่ที่มีไขมันมาก มีส่วนประกอบของน้ำมันมากกว่าสบู่ธรรมดา หรือโฟมล้างหน้าที่อ่อนโยนกับผิว เพื่อช่วยปกป้องผิวให้เก็บรักษาความชุ่มชื้นได้นานขึ้น และควรล้างหน้าเพียงวันละ 2 ครั้ง เพราะการล้างหน้าจะทำให้ผิว สูญเสียความชุ่มชื้น และสำหรับคนที่มีผิวผสมควรใช้สบู่ หรือโฟมล้างหน้าที่ควบคุมความมัน โดยเน้นจุดบริเวณที่โซนให้มากเป็นพิเศษเพราะเป็นบริเวณที่มีความมัน

5.3.2 การปรับสภาพผิว หลังจากการทำความสะอาดแล้ว จะยังคงเหลือคราบสิ่งสกปรกติดค้างจำนวนหนึ่ง จึงควรใช้น้ำยาปรับสภาพผิว โทเนอร์ (Toner) หรือน้ำยาสมานผิว (Astringent) เช็ดให้ทั่วใบหน้าอีกครั้ง เพื่อขจัดคราบสกปรกที่หลงเหลือตกค้างบนใบหน้า และรักษาสมดุลย์ของกรดและด่าง ซึ่งสูญเสียไปในขั้นตอนการทำความสะอาด ควรใช้น้ำยาปรับสภาพผิวชนิดปราศจากแอลกอฮอล์ ส่วนผิวมันควรอาจจะใช้ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้

5.3.3 การบำรุงผิว เมื่อขจัดสิ่งสกปรก และเครื่องสำอางค์ออกจนหมด และใบหน้ากลับคืนสู่สภาพสะอาด เกลี้ยงเงลา ควรเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหน้า ด้วยครีมบำรุงผิว หรือมอยส์เจอร์ไรเซอร์ เป็นเสมือนแผ่นบางๆที่เคลือบผิวหน้า และเป็นรองพื้นช่วยในการแต่งหน้าให้เนียนเรียบขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นการป้องกันผิวจากภาวะสิ่งแวดล้อมต่างๆ การเลือกใช้จะต้องให้เหมาะสมกับสภาพผิว สำหรับคนผิวแห้ง ควรใช้ครีมบำรุงผิวชนิดเข้มข้นทั้งในตอนกลางวัน และตอนกลางคืน ส่วนผิวมัน ก็ต้องการการบำรุงเช่นกัน ควรใช้โลชั่นหรือมอยส์เจอร์ไรเซอร์ที่เพิ่มความชุ่มชื้นโดยไม่เพิ่มความมันให้กับใบหน้า (Oilfree) ส่วนผิวผสมควรเลือกใช้ครีมบำรุงผิว ควรเน้นบริเวณแก้มให้มากขึ้นเป็นพิเศษ เพราะหลังจากล้างหน้าจะเป็นบริเวณที่รู้สึกแห้งตึง การใช้ครีมบำรุงผิวควรลูบไล่ให้ทั่วใบหน้า และลำคอ การกดนวดตามจุดต่างๆบน ใบหน้าจะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ดีขึ้น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใบหน้าจะเปล่งปลั่งสดใส นอกจากนี้ควรใช้ครีมถนอมผิวรอบดวงตา เพื่อป้องกันการเกิดริ้วรอยก่อนวัย ไม่เฉพาะแต่ผิวหน้าที่ต้องการ การบำรุงผิวกายก็

เช่นเดียวกัน การใช้โลชั่นบำรุงผิว(Body Lotion) ควรให้เหมาะกับสภาพผิว โดยลูบไล้ให้ทั่วเรือนร่าง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นทำให้ผิวพรรณสดใส (เรณู โคตรจรัส. 2543 : 32-36 ; รัชณี วรจินดา. 2532 : 78-81 ; พรรณวิภา กฤษญาพงษ์. 2537 : 60-61)

5.4 การพักผ่อน เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับจิตใจ ร่างกาย และ ผิวของเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การนอนหลับ เพราะขณะที่เรานอนหลับ กล้ามเนื้อได้มีโอกาสพักผ่อน(รัชณี วรจินดา. 2537 : 61) ร่างกายมีเวลาซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ การนอนหลับพักผ่อนเต็มที่ จะช่วยให้อารมณ์แจ่มใส ไม่หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ความเครียดได้ เพราะความเครียด จะทำให้ระบบต่างๆในร่างกายแปรปรวน ไม่ว่าจะเป็นระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบหายใจ ซึ่งส่งผลให้ผิวพรรณไม่สดใส การนอนหลับที่เพียงพอ นั้น มีปัจจัย 2 อย่างที่ควรพิจารณา

5.4.1 จำนวนชั่วโมงที่นอน ในวัยผู้ใหญ่ควรอยู่ในช่วง 7-10 ชั่วโมง การสังเกตว่าตนเองมีการนอนที่เพียงพอแล้ว สังเกตได้จาก รู้สึกแจ่มใสพร้อมที่จะทำงาน ไม่มีอาการหาวบ่อยครั้งในเวลากลางวัน และสามารถตื่นได้ในเวลาเดิมทุกวัน ไม่ต้องนอนซดเซยหรือตื่นสาย

5.4.2 คุณภาพของการนอน หมายถึงช่วงการนอนหลับ แบ่งออกเป็นหลับตื้น และหลับลึก หลับตื้น เป็นการนอนหลับในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรก ส่วนหลับลึก เป็นช่วงที่ร่างกายพักผ่อนเต็มที่ ในทางการแพทย์ตรวจพบได้จากคลื่นสมอง ถ้าการนอนมีช่วงที่หลับลึกนานๆ สมองจะมีการพักผ่อนเต็มที่ จึงรู้สึกปลอดโปร่ง แจ่มใส แต่โดยทั่วไปกว่าจะหลับลึกต้องผ่านช่วงหลับตื้นไปก่อน ต้องใช้เวลา ถ้าคนหนึ่งได้นอน 9 ชั่วโมง แต่ถูกปลุกทุกๆ 3 ชั่วโมง ก็จะมีช่วงการหลับลึกสั้นๆ ดังนั้นแม้ว่าจะนอนถึง 9 ชั่วโมง แต่คุณภาพการนอนก็จะไม่ดีนัก

5.5 การป้องกันอันตรายจากแสงแดด แสงแดดอ่อนๆ ยามเช้าและเย็นมีคุณค่าต่อร่างกาย ช่วยเสริมสร้างวิตามินดี แต่แสงแดดเวลาเที่ยงหรือบ่าย เป็นอันตรายต่อผิว ยิ่งถ้าต้องอยู่กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ เนื่องจากในแสงแดดประกอบด้วย อัลตราไวโอเลตเอ (UV-A) ทำให้ผิวหมองคล้ำ เหี่ยวย่น มีริ้วรอย และอัลตราไวโอเลตบี(UV-B) ทำให้ผิวไหม้แดง แสบแดง หยาบกร้าน เป็นสาเหตุของมะเร็งผิวหนัง ฉะนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงแสงแดดจ้าในเวลา 10.00 – 17.00 น. ถ้าจำเป็นไม่อาจ หลีกเลี่ยงได้ก็ไม่ควรถูกแดดในเวลานี้เกิน 20 นาที ในวันครีมฟ้าครึ้มฝนก็เช่นเดียวกัน ถึงแม้แดดไม่จ้า แต่คนจะได้รับแสงสะท้อนจากเมฆ หมอก น้ำ ทราาย และคอนกรีต (เรณู โคตรจรัส. 2543 : 75-76) หรือปกป้องผิวด้วยการสวมเสื้อผ้าแขนยาว กระโปรง กางเกงขายาว หรือสวมหมวกปีกกว้าง ถูร่วมกับการทาครีมกันแดด (Sunscreen) ที่มีค่าเอสพีเอฟ ไม่ต่ำกว่า 15 หลายคนมักเข้าใจผิดว่าการใช้ครีมกันแดดที่มีค่าเอส พี เอฟสูงๆ นั้น จะช่วยป้องกันแดดได้ดีเพิ่มขึ้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว ครีมกันแดดที่มีค่าเอส พี เอฟ 16 ก็สามารถกันแดดได้ถึง 95% ซึ่งมากพอสมควรแล้ว ส่วนค่าเอส พี เอฟ 30 กันได้เพิ่มขึ้นอีกเพียง 2% คือ 97% และที่ 60 ก็กันได้เพิ่มขึ้นอีกแค่ 1.5 % หรือ

98.5% นอกจากนี้ค่าเอส พี เอฟ สามารถป้องกันการไหม้ของแสงแดดโดยรังสียูวีบีเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงการป้องกันรังสียูวีเอซึ่งปัจจุบัน พบว่า ความสำคัญในการเกิดการดำคล้ำของผิวหนัง ฝ้า และรอยเหี่ยวย่นของผิวหนัง สามารถลดลงไปทำลายผิวหนังโดยไม่ทำให้ผิวไหม้ ดังนั้นการเลือกซื้อครีมกันแดด ควรครอบคลุมป้องกันทั้งยูวีเอ และยูวีบีเป็นสำคัญ (Roelandts, R. 1994 : 321-332; คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังโดยเฉพาะจากพฤษภาคมค.ศ. 2545 : 63)

5.6 การรับอากาศบริสุทธิ์ ผิวของเราจะไวต่อสิ่งแวดล้อมมาก อากาศหนาวจัด ร้อนจัด หรือแห้งแล้ง จะทำให้ผิวเสียความชุ่มชื้นได้ง่าย จะดูไม่เปล่งปลั่งสดใส การได้รับอนุมูลที่อบอุ้มจะทำให้ผิวสดชื่น การหายใจรับเอาอากาศบริสุทธิ์จะทำให้สุขภาพผิวดี การหายใจยาวและลึก จะช่วยให้มีปริมาณออกซิเจนในปอดสูงขึ้น และออกซิเจนจะไปหล่อเลี้ยงโลหิตฝอยที่อยู่ตามผิว ซึ่งยังผลให้ผิวสดชื่นมีชีวิตชีวา ดูอ่อนกว่าวัย และผ่อนคลายประสาทได้ดี

5.7 การควบคุมอารมณ์และความเครียด ในชีวิตประจำวันนั้น เราจะต้องเผชิญกับมลพิษ อากาศเปลี่ยนแปลง การทำงานที่หนักหน่วง ทำให้เกิดความเครียดมากมาย ความเครียดทำให้เสียสมดุลของระบบการทำงานในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบการเผาผลาญอาหาร หรือระบบขับถ่าย เป็นต้น นอกจากนี้เวลาที่เกิดความเครียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะที่บริเวณใบหน้า เกิดอาการหดเกร็งขึ้น เกิดริ้วรอยก่อนวัยได้ง่าย ดังนั้นจึงควรรู้จักควบคุมอารมณ์ไม่ให้เครียด ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ นอกจากนี้จะทำให้คุณดูเป็นคนมีเสน่ห์ น่าใกล้ชิดแล้ว ยังช่วยให้ใบหน้าดูอ่อนกว่าวัยอีกด้วย (พรรณวิภา กฤษภาพงษ์. 2537 : 62-63)

เส้นผม

1. โครงสร้างของเส้นผม เส้นผมเป็นส่วนที่บางและสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ภายใต้งานกำพรัลลงไปจะเป็นชั้นของผิวหนังที่เรียกว่า "โคเรียม" (Corium) ซึ่งมีเส้นโลหิต และเส้นประสาทหล่อเลี้ยง และลึกลงไปโคเรียมนี้จะมีกระเปาะเล็กๆ เรียกว่า "ฟอลลิเคิล" (Follicle) หรือเรียกว่า "ต่อมรากผม" (Hair Follicle) (รัชนี วรจินดา. 2537 : 26 ; อ้างอิงจาก รัชนี วรจินดา 2525 : 300) ซึ่งรอบล้อมไปด้วยเส้นโลหิตฝอยเล็กๆ เรียกว่า "Capillaries" มีหน้าที่ส่งออกซิเจน วิตามิน แร่ธาตุต่างๆ น้ำ และสารอาหารอื่นๆ ไปหล่อเลี้ยงขนหรือเส้นผม และยังช่วยเคลื่อนย้ายของเสียอีกด้วย (ศิริลักษณ์ พิมพ์วรรณ. 2540 : 18) กระเปาะของเส้นผมแต่ละเส้นจะมีต่อมน้ำมัน (Sebaceous Glands) ทำหน้าที่ขับน้ำมัน Sebum ออกมาหล่อเลี้ยงเส้นผมให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ เส้นผมจะประกอบไปด้วยเซลล์หลายชั้นด้วยกันดังนี้ ชั้นนอก เรียกว่า Cuticle ชั้นกลางคือ Cortex และแกนส่วนในสุดคือชั้น Medulla เซลล์ชั้นกลางมีส่วนประกอบที่สำคัญซึ่งเติมไปด้วยโปรตีนของขนหรือเส้นผม และยังมีเม็ดสี (เมลานิน) ที่ทำให้เส้นผมมีสีต่างๆ เช่น สีบลอนด์-น้ำตาล ดำ เป็นต้น ถ้าหากว่าไม่มีเม็ดสีจะทำให้ผมเป็นสีขาว ขนหรือเส้นผมในแต่ละส่วนของร่างกายจะหลุดออกมาในอัตราที่แตกต่างกัน

การเจริญและการหลุดร่วงเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน (ศิริลักษณ์ พิมพ์วรรณฤกษ์, 2540 : 18) การงอกจนกระทั่งหลุดร่วงไป โดยเฉลี่ยจะใช้เวลาประมาณ 3-5 ปี เมื่อหมดช่วงนี้ فولลิเคิลจะหดตัว และหยุดพักชั่วคราว อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์ หลังจากนั้น فولลิเคิลจะเปิดออกอีกครั้ง และสร้างเส้นผมใหม่ต่อไป เมื่อถึงวัยชราผมจะเริ่มบางลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจาก فولลิเคิลบางจุดเสื่อมสภาพและหยุดทำงาน การผลิตน้ำมันของหนังศีรษะก็ลดน้อยลง ซึ่งต้องใช้ความพยายามในการบำรุงรักษาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสุขภาพของเส้นผมก็ขึ้นอยู่กับสุขภาพโดยทั่วไปของร่างกายด้วย (รัชนี วรจินดา, 2537 : 27)

2. สภาพของเส้นผม (รัชนี วรจินดา, 2537 : 29)

2.1 ผมแห้ง (Dry hair) เส้นผมกรอบแห้ง หยิบกระด้าง ไม่เงา ขาดง่าย และเปราะบาง เกิดจากเส้นผมขาดน้ำมัน (Lipid , Lipidproteins) และความชุ่มชื้น หรืออาจเกิดจากสภาพที่ชั้นผิวนอก (Cuticle) ถูกทำลายไปจากความเป็นด่างมากเกินไปของแชมพูสระผม หรือเกิดจากการ เป่าผมด้วยความร้อนบ่อยๆ

2.2 ผมมัน (Oily hair) เส้นผมมีลักษณะมันเยิ้ม ลีบแบน ไม่มีชีวิตชีวา ปวกเปียกไม่ยืดหยุ่น เกิดจากต่อมไขมันขับน้ำมันออกมามากเกินไป

2.3 ผมปกติ (Normal hair) เป็นเส้นผมสุขภาพดีแลดูมีน้ำหนัก อ่อนสลวยเงางามเป็นประกาย มีสปริง หวีจัดทรงง่าย

3. การดูแลรักษาเส้นผม

3.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในปริมาณที่พอเหมาะ มากไปหรือน้อยไปก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี เช่น การขาดโปรตีน จะทำให้ผมยาวช้า และเปราะบาง หรือการขาดวิตามินเอ ก็เป็นสาเหตุของเส้นผมแห้ง วิตามิน B ต่างๆ และB5(แพนทีนอล) ช่วยบำรุงรากผม

3.2 การทำความสะอาด ไม่ควรขยี้ผมรุนแรง เวลาสระผม การหวีผมระหว่างสระจะทำให้ผมแตกปลาย เพราะผมที่เปียกเป็นช่วงที่ผมอ่อนแอ การสระผมที่ถูกวิธี ควรใช้หวีซี่ห่างหวีผมให้หายยุ่งก่อนเปียกน้ำ ระหว่างสระนวดเส้นผมและหนังศีรษะได้ แต่ห้ามเกา เพราะหนังศีรษะจะถลอกเป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่ผิวหนังได้ง่าย การเลือกใช้แชมพูและครีมนวดผม จะต้องเลือกให้เหมาะสมกับสภาพเส้นผม แชมพูที่ดีควรล้างออกง่ายด้วยน้ำเปล่าทำความสะอาดฝุ่นละออง คราบไขมันได้หมดจด ทำให้ผมนุ่มสลวยจัดทรงง่าย ส่วนครีมนวดผม หรือมอยส์เจอร์ไรเซอร์ หรือเรียกอีกอย่างว่า คอนดิชันเนอร์ (Conditioner) นอกจากช่วยเคลือบผมแล้ว ยังหล่อลื่นและ ปกป้องแรงเสียดสี จากการหวี สระผม หรือจากแรงลม เป็นต้น มอยส์เจอร์ไรเซอร์ หรือ คอนดิชันเนอร์ จะทำหน้าที่เคลือบร่องรอยแยกที่เปลือกผม และดูดความชื้นช่วยหล่อเลี้ยงผม ทดแทน น้ำมันตามธรรมชาติที่สูญหายไปจากการชะล้างของแชมพู หลังสระควรใช้มอยส์เจอร์ไรเซอร์ แล้วใช้ผ้าสะอาดซับเบาๆ จนกว่า

จะแห้ง ไม่ควรเป่าผมด้วยความร้อน จะทำให้ผมแห้งกรอบ ควรใช้ลมเย็นเป่าจะดีกว่า และใช้หวีห่างหวีซ้ำๆ รวมทั้งไม่ควรปล่อยให้ผมเจอกับแดดจ้าทั้งวัน จะทำให้ผมแห้งกร้าน เปราะ และแตกปลาย นอกจากการสระที่ถูกต้องแล้ว การบำรุงเส้นผมด้วยแฮร์ทรีทเม้นท์ (Hair Treatment) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารสกัดจากธรรมชาติ สะดวกในการใช้ หรือหากต้องการสารจาก ธรรมชาติจริงๆ ก็สามารถทำได้ด้วยตนเองได้ อย่างเช่น หมักผมด้วยน้ำผึ้ง โยเกิร์ต น้ำมันมะกอก มะกรูด เป็นต้น ซึ่งถือเป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มวิตามิน บำรุงผมเสีย หรือแห้งแตกปลาย ให้กลับเงางามและมีน้ำหนัก

3.3 หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีในการจัดแต่งทรงผม โกรก และตัด เพราะจะเป็นตัวที่ทำลายเส้นผม จะทำให้เนื้อผมภายในเปลี่ยนแปลง ทำลายวิตามิน และสารเจลาตินที่มีอยู่ในเส้นผมตามธรรมชาติ ทำให้ผมแห้งกรอบ และแตกปลาย กลับคืนสู่สภาพปกติได้ยาก

3.4 การแปรงผม ควรใช้แปรงที่ไม่หยาบและแข็ง เพราะแปรงที่หยาบและแข็งเกินไปนั้นอาจเป็นอันตรายแก่หนังศีรษะได้ อาจไปสะกิดผิวหนังจนถลอก อันจะเป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่หนังศีรษะ ควรแปรงผมออกแทนการแปรงเข้า เพราะได้ประโยชน์ถึง 2 ทางด้วยกัน คือ การแปรงออกนั้น เป็นการกระตุ้นเตือนให้โลหิตดีขึ้นมาที่หนังศีรษะมากกว่าธรรมดา ซึ่งจะช่วยให้เซลล์ของผมได้รับแร่ธาตุต่างๆ ตามที่ต้องการเพื่อบำรุงเส้นผม และยังเป็นการช่วยยกหนังศีรษะให้รู้สึกเบา และเป็นการบริหารให้เยื่อและต่อมต่างๆ บริเวณหนังศีรษะแข็งแรงขึ้น (วิจิตรา ทองสง่า. 2540 : 61-62 ; สมนึก อมรสิริพาณิชย์. 2545 : 39-41 ; รัชณี วรจินดา. 2537 : 34-38)

มือ และเท้า

มือและเท้าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย เนื่องจากมือและเท้าเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา มือทำหน้าที่ในการจับสิ่งของต่างๆ ส่วนเท้าเป็นอวัยวะที่ต้องแบกรับน้ำหนักร่างกายอยู่เป็นประจำ โดยมีผิวหนังปกคลุม สุขภาพของมือและเท้าก็ขึ้นอยู่กับสุขภาพโดยทั่วไปของร่างกายด้วย ซึ่งได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ถ้าสุขภาพผิวหนัง และร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำความสะอาดจะส่งผลให้มือและเท้ามีสุขภาพที่ดีด้วย นอกจากนี้ยังมีการดูแลรักษามือและเท้า นอกเหนือจากที่กล่าวมา ก็คือ

1. การบริหารมือและเท้า ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มือและเท้าได้ผ่อนคลายและมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ทำได้หลายวิธี เช่น กำมือทั้งสองให้แน่นที่สุดแล้วสลัดกำมือปล่อยนิ้วทั้งห้าของแต่ละมือกางออกอย่างแรงและเร็ว จากนั้นเหยียดมือไปข้างหน้า หมุนมือเป็นรูปวงกลมไปทางซ้ายและขวาสลับกัน(วิจิตรา ทองสง่า. 2540 : 51-53) ส่วนเท้าสามารถบริหารได้ด้วยการเขย่งยืนด้วยปลายเท้า ลาดสันเท้าลง แล้วยืดขึ้นตามเดิม ทำเช่นนี้อีกประมาณ 10 ครั้ง หรือ ยกขาขึ้นข้างหนึ่ง หมุนข้อเท้าเป็นวงกลมจากซ้ายไปขวาสลับกัน (รัชณี วรจินดา. 2537 : 164)

2. การนวด จะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ดีขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆ ตัวอย่างเช่น ชูแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะชูค้างไว้ประมาณหนึ่งนาทีและค่อยลดมือลง ใช้ฝ่ามือทั้งสองถู กันไปมาแล้วทำการนวดอุ้งมือทั้งสองข้าง นวดจากอุ้งมือไปจนถึงข้อมือ ส่วนการนวดเท้า โดยเริ่มนวดต่ำจากกระดูกข้อเท้าลงไป ใช้นิ้วหัวแม่มือนวดเป็นวงกลมเรื่อยไปจนถึงข้อเท้า

3. การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา เป็นการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตใต้ผิวหนัง และควรบำรุงด้วยครีมหรือโลชั่นที่มีความเข้มข้นพิเศษ ทาบริเวณมือและเท้าก่อนนอน ทุกคืน จะช่วยให้มือและเท้านุ่มนวล ไม่หยาบกร้าน

4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสของแข็งหรือของมีคมหรือสารเคมี ที่จะทำลายผิวหนัง สำหรับมือควรสวมถุงมือทุกครั้งในการปฏิบัติภารกิจที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ส่วนเท้าควรสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อไม่ได้อยู่ภายในบ้าน และควรหารองเท้าที่เหมาะสมกับเท้า พื้นอ่อนนุ่ม สวมใส่สบาย (ราชันี วรจินดา. 2537 : 148-149, 164-168)

เล็บ

1. โครงสร้างของเล็บ เล็บเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า ประกอบด้วยส่วนที่เป็นโปรตีนแข็งอย่างหนาแน่นและมีไขมันประมาณ 5 % งอกออกมาจากโคนเล็บใต้ผิวหนังและอยู่ที่ฐานของเล็บ จะงอกยาวเฉลี่ยประมาณ 1 มิลลิเมตรต่ออาทิตย์ อัตราการเจริญเติบโตจะขึ้นอยู่กับ ฮอรโมน อากาศ อาหาร และอายุ (ศิริลักษณ์ พิมพัชรเมธากุล. 2540 : 17-18) เล็บมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันปลายนิ้ว และใช้ในการเก็บ หยิบ แทะ เกา เป็นต้น เล็บที่มีสุขภาพดีผิวจะเรียบเนียนและมีสีชมพูอ่อนๆ ไม่เป็นคลื่น ไม่มีรอยบุ๋มต่างๆ สภาพของเล็บจะดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับสุขภาพร่างกาย โดยได้รับอาหารที่ถูกต้องหลักโภชนาการ ในคนที่รับประทานอาหารไม่ถูกต้องส่วน ทำให้ขาดวิตามิน ย่อมทำให้เล็บผิดปกติได้ เช่น การขาดวิตามินเอ อาจทำให้เล็บเปราะบางคล้ายเปลือกไข่ จะมีสีออกน้ำเงินปนขาว ทางการแพทย์ เรียกว่า "Egg Shell Nail" การขาดวิตามินบี12 มักทำให้บริเวณหลังนิ้วมือ นิ้วเท้ามีสีดำคล้ำกว่าผิวส่วนอื่นที่ปกติ(นวลพรรณ เอื้อสุดกิจ. 2530 : 124) เล็บที่ขาดธาตุเหล็กจะเปราะบาง ผิวโค้งขึ้นตรงกลางเป็นแอ่งคล้ายช้อน (Spoon Nails) เป็นต้น

2. การดูแลรักษาเล็บ

2.1 การทำความสะอาด ใต้เล็บจะเป็นแหล่งที่สะสมสิ่งสกปรก เชื้อโรคต่างๆ จึงควรทำความสะอาดโดยใช้สบู่น้ำแล้วใช้แปรงถูเล็บเบาๆ และคอยหมั่นตัดและตะไบเล็บให้เข้ารูปอยู่เสมอ

2.2 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ วิตามินและแร่ธาตุมีความจำเป็นต่อสุขภาพเล็บเป็นอย่างมาก อาหารที่มีคุณค่าเป็นพิเศษต่อเล็บ ได้แก่ เยลลี่ นม โยเกิร์ต เมล็ดถั่วทุกชนิด เป็นต้น

2.3 การทาครีมบำรุงเล็บ ครีมบำรุงจะช่วยให้เล็บมีความชุ่มชื้น และมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ขณะที่ทาครีมควรนวดขอบเล็บเบาๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ไม่ควรกดเล็บแรงจนเกินไป

2.4 หลีกเลี้ยงการทำเล็บ เพราะสารเคมีในน้ำยาทาเล็บและล้างเล็บจะทำลายความชุ่มชื้นของเล็บ ทำให้เล็บเสีย หากทาบ่อยๆ หรือทาทิ้งไว้เป็นเวลานาน จะทำให้เล็บเปลี่ยนสีจากสีใสกลายเป็นสีเหลือง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเล็บนั้นอ่อนแอแล้ว

2.5 อย่าใช้เล็บแกะ แกะของแข็ง เพราะจะทำให้เล็บฉีกขาดได้

การดูแลสุขภาพผิวพรรณ จะประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ คือ ผิวหนัง เส้นผม เล็บ มือและเท้า ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญที่คอยปกป้องอวัยวะภายใน ป้องกันฝุ่นละออง สิ่งสกปรก และเชื้อโรคที่จะเข้าสู่ร่างกาย ฉะนั้นการดูแลรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่มีอาจะละเลย ควรดูแลจากทั้งภายนอกและภายใน เช่นการทำความสะอาด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการบำรุง เป็นต้น จึงทำให้มีผิวพรรณที่เปล่งปลั่งสดใส ส่งผลถึงการมีบุคลิกภาพที่ดี เสริมสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง และสร้างความประทับใจให้แก่ผู้พบเห็น จากรายละเอียดข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลผิวพรรณของตัวนั้น ไม่ใช่เรื่องยากหากทุกคนรู้จัก เข้าใจวิธีการที่ถูกต้อง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ก็จะถนอมความสวยงามนั้นไว้ให้คงอยู่ได้ยาวนาน

สภาวะสุขภาพผิวพรรณที่ดีหรือไม่ดีนั้น ก็ขึ้นอยู่กับดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ได้มีการศึกษาและสร้างรูปแบบจำลองของพฤติกรรมสุขภาพขึ้นมามากมาย มีทั้งรูปแบบที่ยึดปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบที่ยึดปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 ความเชื่อ

ความเชื่อ เป็นความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลมีประสบการณ์ต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ความเชื่อจึงเป็นเสมือนความรู้ทั้งหลายของกลุ่มบุคคลที่อยู่ในขอบเขตของความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับความรู้นั้นๆ ตามประสบการณ์และสามารถถ่ายทอดให้แก่กันได้ อีกทั้งยังมีลักษณะเฉพาะในแต่ละสังคมอีกด้วย ดังที่ กินส์เบิร์ก(Ginsberg, 1972 : 1) ได้ให้ความหมายของความเชื่อไว้ว่า ความเชื่อ หมายถึง การแสดงความรู้สึกทางจิตอย่างหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทสัมผัสและสมอง สอดคล้องกับกู๊ดอินอฟ (Goodenough, 1963) ได้กล่าวว่าความเชื่อเป็นการรับรู้ของมนุษย์ที่มนุษย์ได้รู้จักโลกหรือธรรมชาติที่มนุษย์ได้อยู่อาศัย มนุษย์มีประสบการณ์ต่อสิ่งต่างๆที่อยู่รายล้อมตัวมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับขนาด เสียง กลิ่น รส หรือสี มนุษย์ได้เรียนรู้โดยการกำหนดสิ่งต่างๆขึ้นตามความรู้ทางวัฒนธรรมที่ตนเองได้รับถ่ายทอดมา ซึ่งสอดคล้องกับภิญโญ จิตต์ธรรม(2518 : 54) ที่กล่าวว่า ความเชื่อ คือสิ่งที่มนุษย์ค่อยๆเรียนรู้ และทำความเข้าใจโลกมาเป็นจำนวนหลายพันปี ทำให้มนุษย์กระทำการต่างๆตามความเชื่อของตนเอง และสอดคล้องกับ ไวทตั้งและไชลด์ (สุรเดช สํารานุจิต. 2527 : 8 ; อ้างอิงจาก Whiting; & Child. 1973 : 36) ที่กล่าวว่าความเชื่อเป็นค่านิยม เจตคติ ที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ในการตอบสนองของบุคคลในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมนั้น

จากความหมายเกี่ยวกับความเชื่อที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ความเชื่อ เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสิ่งแวดลอมซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล โดยมีอิทธิพลต่อบุคคลให้ประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

กมล สูดประเสริฐ (สุรเดช สํารานุจิตต์. 2527 : 13 ; อ้างอิงจาก กมล สูดประเสริฐ. 2516 : 6-7) ได้กล่าวถึงความเชื่อและการรับรู้ ซึ่งอาจเกิดได้โดย 4 วิธีดังต่อไปนี้

1. วิธียึดมั่นหรือเกาะแน่นในของเดิม กล่าวคือ เมื่อคนรู้และเชื่อในสิ่งใดก็ยึดมั่นหรือฝังแน่นกับสิ่งนั้น และที่กหักเอาเองว่าสิ่งนั้นเท่านั้นที่เป็นจริง ยังมีปรากฏการณ์เพิ่มขึ้นมาก็ทำให้คนยึดมั่นในสิ่งนั้นมากยิ่งขึ้น ผู้ที่เกาะแน่นอยู่กับความเชื่อของตนเมื่อเผชิญกับข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับความเชื่อที่ตนมีอยู่ ก็จะแย้งว่าความจริงที่เกิดขึ้นมาใหม่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

2. วิธียึดอำนาจเหนือ กล่าวคือ เป็นวิธีสร้างความเชื่ออำนาจของผู้รู้ ถ้าหากคัมภีร์ว่าอย่างไรก็ต้องเชื่อว่าเป็นอย่างนั้น ถ้าศาสตราจารย์วิจารณ์เรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ก็เชื่อว่าเป็นอย่างนั้น แต่ถ้าความรู้ที่ได้จากผู้รู้ไม่ถูกต้อง ความเชื่อและตัวเราก็พลอยผิดพลาดเสียหายไปด้วย

3. วิธีรู้ได้และเชื่อสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน กล่าวคือ คนเรามักเชื่อในสิ่งที่มีผู้กระทำมาก่อน และสิ่งนั้นก็จะมีเหตุผลให้น่าเชื่อ เช่นการสร้างถนนในที่ลุ่ม คนสมัยก่อนใช้หินก้อนโตมาถม ซึ่งถนนก็ยังมี

การฟังอยู่เสมอ ตอนหลังมีการใช้ทรายอัดลงไป คนทำที่หลังก็ทำตามที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าเมื่อเห็นใครทำอะไรก็รู้สึกว่าการกระทำนั้นมีเหตุผล คนจะลำเอียงที่จะเลียนแบบตาม

4. วิธีการทางวิทยาศาสตร์ กล่าวคือมีการตรวจสอบพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่ก่อนที่จะปักใจเชื่อ ถึงแม้ว่านักวิจัยหรือนักวิทยาศาสตร์จะได้วางข้อสมมติฐานไว้อย่างหนึ่งแต่เวลาศึกษา เขาจะทดสอบข้อสมมติฐานที่นอกเหนือไปจากที่วางไว้ และไม่ยอมรับคำบอกเล่าที่ลอยๆ ว่าเป็นเรื่องจริง ถึงแม้จะมีหลักฐานชี้ให้เห็นในขั้นแรกว่าอาจจะจริง แต่ก็จะมีการพิสูจน์ทดสอบดูเสมอและพยายามอย่างมากที่จะใช้วิธีทดสอบนั้นโดยกระทำต่อหน้าปวงชน

จากข้อความดังกล่าว ความเชื่อของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ โดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ดังนี้ (สุโท เจริญสุข. 2520 : 40-41)

1. อายุ คนที่มีอายุมากร่างกายก็เจริญขึ้น ความคิดเห็นของตนก็เจริญขึ้นด้วย
2. ระดับการศึกษาทั่วไป คนที่มีการศึกษาและประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางและอุปทานในสิ่งต่างๆ ได้มาก
3. ชั้นของการเรียน คือ จบชั้นไหนของการศึกษา ผู้ที่เคยผ่านชั้นสูงๆ ก็รู้มากคิดมาก เป็นธรรมดา พัฒนาการทางด้านความเชื่อ และอุดมคติจึงเป็นไปได้ ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ
4. ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม คนมีเงินมากย่อมแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้มากกว่า และดีกว่าคนขาดเงิน การได้ท่องเที่ยวในต่างประเทศ ก็ช่วยให้คนเพิ่มพูนความรู้สึกนึกคิดในทางที่ถูกต้องเช่นกัน
5. อาชีพ เจตคติ และศีลธรรมจรรยา ย่อมเป็นตามอาชีพของคน สังเกตได้ง่ายๆ เช่น แนวความคิด และการกระทำของคนอาชีพหาเช้ากินค่ำ กับคนอาชีพสูงที่สังคมยกย่องจะเห็นว่าต่างกัน พวกที่มีอาชีพสูงจะมีแนวโน้มว่าจะเป็นบุคคลที่มีความคิดผูกมัดกับประเพณีระเบียบแบบแผน
6. เพศ ความแตกต่างทางเพศชี้ให้เห็นว่า ความเป็นไปของสังคมเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้บ้าง เช่น การดื่มสุรา ผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิง การเชื่อฟังปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่ฝ่าฝืนข้อบังคับผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย

2.2 แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีนโยบายทางด้านสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคของประชาชน มากกว่าการรักษา ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หรือตรวจสุขภาพเมื่อ ยังไม่แสดงอาการของโรค จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพถูกพัฒนาขึ้น อย่างมากมาย เพื่อใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล

คาสล์ และคอบบ์(มัลลิกา มัตติโก. 2534 : 20-22 ; อ้างอิงจาก Kasl; & Cobb. 1966) ได้กำหนดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำและการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และยังไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกกันน็อคสำหรับผู้ขับขี่จักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ การซื้อฟัง กุญแจจรรยา การปฏิบัติตามกฎ และระเบียบ เพื่อความปลอดภัยในระหว่างการทำงาน เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่า เป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองหรือปรึกษาบุคคลอื่น ซึ่งมีความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงว่า บุคคลนั้น จะเป็นที่ยอมรับของสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ อาจเป็นเพื่อร่วมงาน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง หมอพื้นบ้าน และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาหรือหมดไป นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมบุคคลนั้นไม่ได้ทำอะไรเลย นอกจากคอยสังเกตอาการว่าความผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่ ตลอดจนจนสามารถตัดสินใจได้ว่า ควรไปพบแพทย์เมื่อเห็นว่าการรักษาตนเองไม่ดีขึ้น

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick-Role Behavior) เป็นการยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ป่วย ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จำเป็นต้องได้รับการเยียวยารักษาจากแพทย์และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นทุเลา และคืนสู่ภาวะปกติในที่สุด

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3 ลักษณะดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยนั้น ก็คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนพฤติกรรม บทบาทผู้ป่วยนั้น เป็นการดูแลรักษาสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงต้องมุ่งศึกษาไปที่พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมความเจ็บป่วยเป็นสำคัญ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่นักจิตวิทยาสนใจศึกษาเพื่อทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีปัจจัยพื้นฐานบนความเชื่อของบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาจากผลงานวิจัยของนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา 4 ท่าน ได้แก่ Hochbaum, Godfrey M.; Kegeles, Stephen S.; Lovental, Howard และ Rosenstock, Irwin M. ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนจึงไม่ยอมรับวิธีการในการป้องกันโรค เช่น การตรวจเช็คร่างกาย เพื่อค้นหาโรคก่อนที่จะปรากฏอาการ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น ทั้งๆ ที่ไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย (Rosenstock. 1974 : 328)

โรเซนสโตคและคณะ(1966) ได้ศึกษาและสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในด้านการป้องกันโรค โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีสถาน (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งให้แนวคิดไว้ว่า "โลกของผู้รับรู้จะเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของผู้รับรู้" (The World of Perceivers Determined the Action of Perceivers) การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโลกภายนอก การจูงใจ ความคาดหวังที่มีเป้าหมาย (Level of Aspiration) และประสบการณ์ในปัจจุบันจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรม และมีสมมติฐานว่า การเกิดพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 2 ตัวแปรหลัก คือ

1. ค่านิยมของบุคคลที่มีเป้าหมายในการปฏิบัติ
2. การคาดคะเนของบุคคลคือผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman and Becker. 1974 : 336)

ตามกรอบแนวความคิดนี้เลวินได้อธิบายถึงความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลในห้วงอวกาศของชีวิต (Life-Space) ว่าประกอบไปด้วยค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) และค่านิยมเชิงลบ (Negative Value) โดยทฤษฎีกล่าวว่าคุณค่าจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่คุณค่าให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negative Value) โดยที่เลวิน มีความเห็นว่า "โรค" เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าคุณค่าจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณนั้นตรงเท่าที่การหลีกเลี่ยงของเขาไม่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเคลื่อนตัวไปสู่ห้วงอวกาศที่มีค่านิยมเชิงลบที่มีปริมาณมากขึ้น (Rosenstock. 1974 : 329-330)

ดังนั้นแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการและบุคคลก็จะพยายามเข้าหากว่ามีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งพฤติกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้และความคาดหวังของบุคคล (พรณทิพา เหมแหวน. 2543 : 51;

อ้างอิงจาก Langlie. 1977 : 244-256) การที่จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นแบบใดนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยหรือวิธีการที่ทำให้สบายขึ้น
2. ความต้องการที่มีสุขภาพดี
3. ความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆจะป้องกันความเจ็บป่วย

ซึ่งความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยเวลาและจะเป็นไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และพัฒนาไปเป็นความเชื่อในที่สุด

นอกจากนี้ โรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974 : 330) ยังกล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อ เขามีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
3. การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วย หรือความอาย เป็นต้น

ดังนั้น โรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974 : 330-332) จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป ในการติดโรคเฉพาะหนึ่งๆ โดยที่ชั่วหนึ่งอาจจะปฏิเสธ ไม่รับรู้ว่ามีโอกาสใดๆที่จะติดโรคนั้น ขณะที่ระดับการรับรู้ของโอกาสเสี่ยงสำหรับบางคนก็อาจมีบ้าง แต่ก็มักไม่ยอมเชื่อว่าจะเกิดขึ้นกับตน ความเสี่ยงที่รับรู้จึงอาจอยู่ในระดับต่างๆกันจนไปถึงอีกชั่วหนึ่ง บุคคลอาจจะรับรู้ว่ามีโอกาสสูงมากที่จะติดต่อหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น กล่าวโดยสรุป ปัจจัยตัวนี้เป็นความเป็นไปได้หรือโอกาสที่จะติดโรคหรือประสบภาวะคุกคามต่อสุขภาพ และมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะที่สุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย

2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของเขา ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้นๆ แล้ว บุคคลย่อมมีการประเมินเช่นกันว่าโรคหรือเงื่อนไขที่คุกคามต่อสุขภาพนั้น มีความรุนแรงในระดับใด ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจจะประเมินขึ้นโดยอาศัยระดับที่ต่างกันของการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลคิดเกี่ยวกับโรคนั้น และชนิดที่ต่างกันของความยุ่งยากซึ่งแต่ละบุคคลเชื่อว่าก่อเกิดจากเงื่อนไขทางสุขภาพนั้น

3. การรับรู้ผลประโยชน์ในการปฏิบัติ (Perceived Benefits of Preventive Action) จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางสิ่งบางอย่างขึ้น ทิศทางของการกระทำที่เกิดขึ้น จะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการเลือกกระทำ ที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดขึ้น โดยรับรู้ว่าจะเลือกเพื่อแสดงการกระทำต่างๆ เหล่านั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขาในการลดความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Barrier of Preventive Action) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ เพราะในขณะที่บุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประสิทธิผล เพราะนำไปสู่การลดภาวะที่คุกคามจากโรค แต่ในขณะเดียวกันก็มีการพิจารณาถึงปัจจัยทางลบด้วย เรียกว่า "อุปสรรค" (Barriers) ต่อการกระทำ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำประโยชน์ ซึ่งถ้าหากมีการรับรู้ในประโยชน์และมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมสูงโดยที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย บุคคลก็น่าจะแสดงพฤติกรรมขึ้นในทางกลับกันถ้าหากการรับรู้ในประโยชน์และมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมต่ำ แต่มีอุปสรรคมากก็จะเป็นตัวป้องกันการแสดงพฤติกรรม

ภายหลังจากการที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตีค ได้ถูกนำเสนอและใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต่อมาเบคเคอร์และไมแมน (Berker; & Maiman.) ได้ศึกษา "ทฤษฎีความคาดหวัง X ค่านิยม" (Expectancy X Value Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการตัดสินใจ ภายใต้เงื่อนไขของความไม่แน่นอน ที่พัฒนามาจากแนวความคิดของเลวินและคณะ แบบแผนความ

เชื่อด้านสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันสุขภาพ จะต้อง มีองค์ประกอบดังนี้ คือ (Maiman; & Becker. 1974 : 348-349)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) หมายถึง สภาวะ ทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาวะทาง สุขภาพโดยเป็นตัวกำหนดการรับรู้ของบุคคลใน 2 ส่วน ก็คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual 's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับ มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น

3. สิ่งเร้า (Stimulus) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น การ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อสารมวลชน ความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ซึ่งนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ เหมาะสม ส่วนนี้ก็คือปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to Action)

ดังนั้น ไมแมน และ เบคเคอร์ (Maiman; & Becker. 1974 : 348-350) ได้ปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกัน สุขภาพของบุคคล เพื่ออธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลที่นำไปสู่การกำหนดพฤติกรรม การป้องกันโรคเข้ามาในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเดิม มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงความสามารถ ในการทำนายได้อย่างถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย องค์ประกอบที่ เพิ่มขึ้น คือ ปัจจัยที่ชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cue to Action) และปัจจัยร่วม (Modifying Factor) มี รายละเอียดดังนี้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มาเสริมให้ บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม สิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอก หรือเรียกอีก อย่างว่า แรงจูงใจ (Motivation) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ถูกเร้าโดยสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและ ภายนอกเพื่อให้เกิดการแสดงออก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะมีความสมบูรณ์ ควรศึกษา สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเกี่ยวกับโรค เป็นพลังที่ก่อให้เกิด ความพร้อมในการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเลือกปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามถ้าจะให้พฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างชัดเจนแน่นอน ก็จำเป็นต้องใช้สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติเป็นตัวกระตุ้นอีก ปัจจัยหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้สภาวะร่างกาย คือ การที่

บุคคลทราบว่าตนเองมีความไวต่อการเป็นโรคต่างๆได้ง่าย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข้อมูลจากสื่อสารมวลชน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ในกรณีที่บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง) ในระดับสูง สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติก็ไม่จำเป็นเท่าใดนัก แต่ถ้าความพร้อมมีไม่มาก สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมเกิดขึ้น แต่สำหรับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัตินี้ไม่ค่อยได้มีผู้ทำการศึกษามากนัก เนื่องจากเป็นการยากที่จะวัดหรือประเมินอิทธิพลของปัจจัยชักนำ โดยเฉพาะถ้าการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective) เป็นการยากเนื่องจากบุคคลมักจะลืมเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้ว (Rosenstock. 1974 : 332-333; Maiman; & Becker. 1974 : 349; & Becker; & Maiman. 1975 : 17-18)

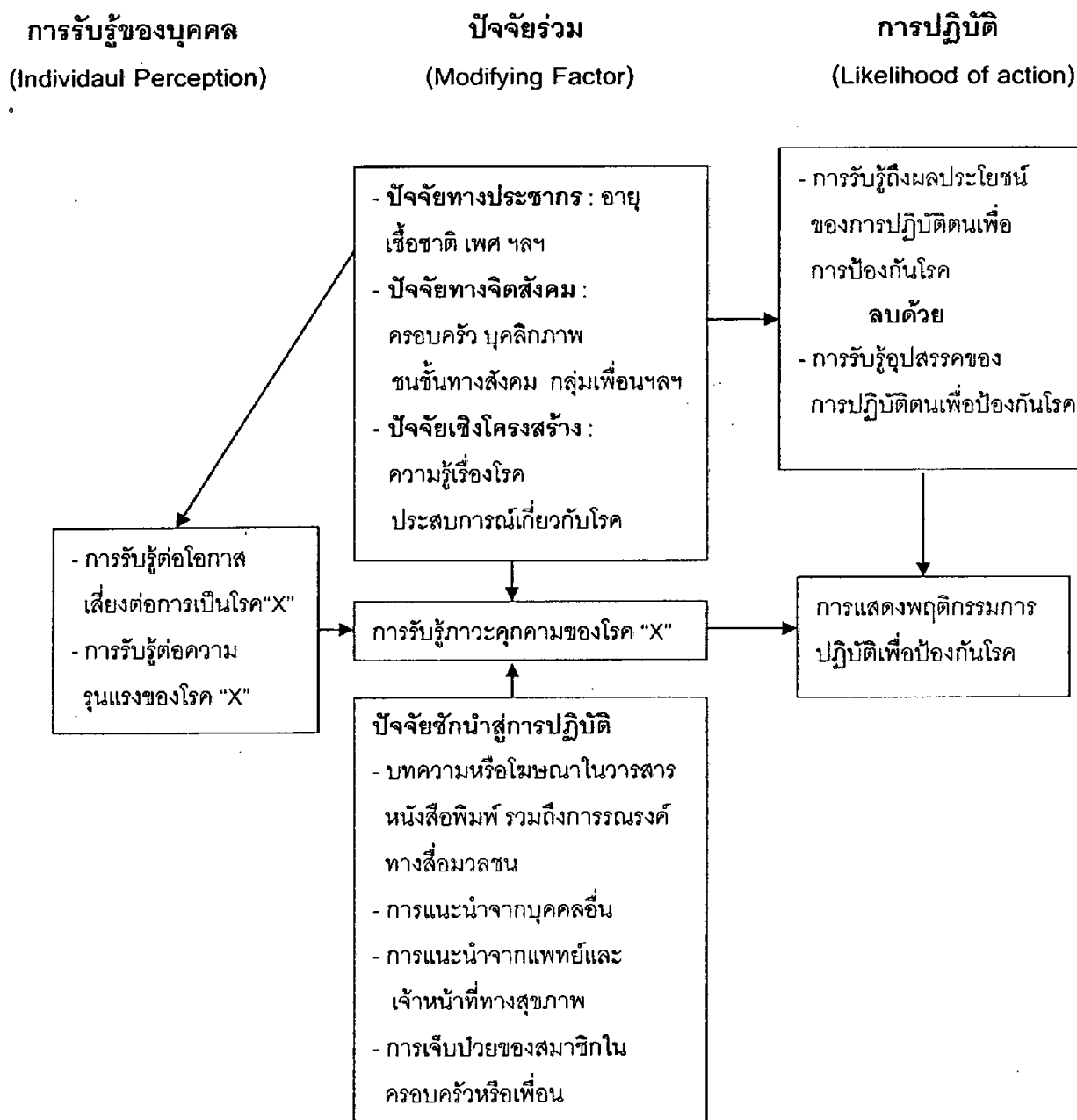
6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) เบคเคอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 18-19) พบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งสิ้นทั้งในภาวะสุขภาพปกติและภาวะเจ็บป่วย

6.1 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในลักษณะต่างๆกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันโรคได้มากขึ้น

6.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio - Psychological Variable) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลที่กระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางสังคม หรือการปฏิบัติตามกลุ่มอ้างอิง เช่น ครอบครัว เพื่อน ซึ่งจากงานวิจัยของแลมเบอर्थ (Becker; & Maiman. 1975 : 19 ; citing Lambert.1961) พบว่าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพพื้นที่ศูนย์ทันตกรรมสาธารณสุข

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน (Structural Variables) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค มอร์ (อรัญญ์ รวยอาจิน. 2531 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Moore. 1969) กล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลว่า จะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะรวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และทัศนคติ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมจะสะท้อนถึงสถานภาพส่วนบุคคลในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งวัดได้จากคุณลักษณะทางการศึกษา อาชีพ ขนาดครอบครัว เป็นต้น ด้วยสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสะท้อนแบบแผนการดำเนินชีวิต และจะมีผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ

ได้มีการเสนอเป็นภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้สรุปให้เห็นถึงทิศทาง และความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัว ปรากฏภาพดังนี้



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ที่มา : เบคเคอร์; ดรachsแมน; และเคิร์ชช (Becker; Drachman; & Kirscht. 1974)

และโรเซนสต็อค (Rosenstock 1974 : 334) ซึ่งได้เพิ่มปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น

ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

จากภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่า การแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค จะได้รับผลโดยตรงจาก 2 ทาง ทางแรก ได้แก่ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทางที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค "X" ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ทางจะถูกกำหนดโดยปัจจัยอื่น กล่าวคือ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค จะถูกกำหนดจากปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ขณะเดียวกันปัจจัยร่วมก็ยังมีส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค "X" และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค "X" อีกด้วย ส่วนการรับรู้ภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค "X" จะถูกกำหนดจากอิทธิพลร่วมกันของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค "X" การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค "X" ปัจจัยร่วมทางประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ แล้วจึงส่งผลต่อไปยังการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเฉพาะพฤติกรรมที่ป้องกันโรค ซึ่งพบว่า งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ พฤติกรรมที่ศึกษาโดยส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคร้ายที่มีอันตรายต่อร่างกายและชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต การได้รับสารพิษ หรือโรคเอดส์ เป็นต้น

3.1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม กับความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1.1 เพศ กับความเชื่อด้านสุขภาพ

วรวิท วิภาตะวณิช (2544 : 84) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาภาควิชาการโรงแรม และการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยสยาม จำนวน 505 คน พบว่า เพศต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษานหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ดีกว่านักศึกษาชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (พรพนทิพา เหมแหวน 2543 : 81 ; อ้างอิงจาก Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับปรานี รามสูตร (2522 : 59) ที่กล่าวว่า วัยรุ่นหญิง มีความสนใจดูแลส่วนต่างๆของร่างกายมากกว่าวัยรุ่นชาย

จากงานวิจัยข้างต้น จึงสรุปได้ว่า เพศหญิง จะมีความเชื่อด้านสุขภาพ มากกว่าเพศชาย

3.1.2 อายุ กับความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัย พบว่าอายุที่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ได้แก่ งานวิจัยของศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 75-77) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหนะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในโรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน ซึ่งผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ถึงร้อยละ 67.5 จึงอาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนได้และงานวิจัยของวรวิทย์ วิภาตะวงษ์ (2544 : 70) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาภาควิชาการโรงแรม และการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยสยาม จำนวน 505 คน ผลที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะมีการแบ่งอายุของนักศึกษาออกเป็น 4 ช่วง คือ 18ปีลงไป, 19-20 ปี, 21-22 ปี และตั้งแต่ 23 ปีขึ้นไป ซึ่งช่วงห่างระหว่างอายุใกล้เคียงกันมาก อาจทำให้ความคิดเห็นหรือความเชื่อยังไม่ต่างกัน

ถึงแม้ผลการวิจัยนั้นจะไม่พบความแตกต่าง แต่จากการศึกษาเพิ่มเติมพบงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอายุกับเจตคติในการดูแลสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติในการดูแลสุขภาพ น่าจะอธิบายครอบคลุมไปสู่ความเชื่อด้านสุขภาพได้ เนื่องจากความเชื่อเป็นค่านิยม และเจตคติที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง (สุรเดช สํารานุจิตต์. 2527 : 8 ; อ้างอิงจาก Whiting and Child. 1973 : 36) และเป็นองค์ประกอบทางความคิดของเจตคติ(สุวิมล เรียงวัฒนสุข. 2539 : 389) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาและพบว่า ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีเจตคติในการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ดังงานวิจัยของถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 98-99) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมทางด้านเจตคติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในสวนกลาง จำนวน 276 คน พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษา ในสวนกลาง ที่มีระดับอายุ 41 – 50 ปี มีเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกับ ผู้ที่มีอายุ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับกรองแก้ว สุขแสง (2540: 76-82) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเจตคติในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง จำนวน 222 คน พบว่า มารดาที่พาบุตรมารับบริการสุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา มากกว่ามารดาที่มีอายุ ต่ำกว่า 20 ปี, 20-30 ปี และ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่า ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

3.1.3 ระดับการศึกษา กับความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยของศิริพร พงษ์โกคา พวงทอง ป่องภัย และโสพรรณ โทพะยะ พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .01 และ .001 ตามลำดับ โดยงานวิจัยของศิริพร พงษ์โกคา (2532 : 88-90) พบว่า มารดาหลังคลอดที่เป็นพาหนะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีความเชื่อด้านสุขภาพ มากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับพวงทอง ป่องภัย (2528 : 83) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 375 คน พบว่า มารดาไทยพุทธกลุ่มที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็ก มากกว่ากลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษา และกลุ่มสำเร็จชั้นมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับโสพรรณ โทพะยะ (2532 : 90-92) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษาต่างกัน คือ พยาบาล ครู พนักงานหรือลูกจ้างในร้าน และพนักงานหรือคนงานในโรงงาน ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 750 คน พบว่า สตรีกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า กลุ่มประถมศึกษา อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา มัธยมศึกษา และสตรีกลุ่มที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า กลุ่มประถมศึกษา อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา และมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

3.1.4 รายได้ของครอบครัว กับความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยของพวงทอง ป่องภัย ปิ่นทิพย์ บุญยชาติ และศิริเวช ไซติกวณิชย์ พบว่า รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01 และ .05 ตามลำดับ โดยงานวิจัยของพวงทอง ป่องภัย (2528 : 84) ศึกษาพบว่า มารดาไทยพุทธที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง คือ ผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 58,088 บาทต่อปี มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน มากกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง คือ ผู้ที่มีรายได้ 24,000 – 58,088 บาทต่อปี และกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ คือ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 24,000 บาทต่อปี และกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน มากกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปิ่นทิพย์ บุญยชาติ (2536 : 73-75) ที่ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 จังหวัด

ราชบุรี จำนวน 300 คน พบว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 7,501 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 2,499 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีรายได้ 2,500 – 5,700 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 2,499 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเวช ไชติกวณิชย์ (2539 : 103 -105) ที่ศึกษาความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพนักงานในโรงงาน นิคมมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่าพนักงานโรงงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท มีความเชื่อทางสุขภาพ มากกว่า ผู้ที่มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีความเชื่อด้านสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า

3.2 ปัจจัยชักนำภายนอก (การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ) กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง

จากงานวิจัยของโสพิณ อมรจิตรานนท์ (2534 : 73) ที่ได้ศึกษาผลของการเสนอความน่ากลัว การให้คำแนะนำอย่างละเอียดโดยใช้วีดิทัศน์ และการให้คำแนะนำ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2-3 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2533 ที่มีอายุระหว่าง 19-23 ปี ไม่เคยมีประวัติการมีเนื้องอกที่เต้านม และไม่มีมารดา พี่สาว หรือน้องสาวมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองที่ให้ดูวีดิทัศน์ เรื่องการเสนอความน่ากลัวของโรคมะเร็งเต้านม และให้คำแนะนำอย่างละเอียด แล้วแจกเอกสารแผ่นพับ มีการรับรู้ความร้ายแรงของโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับแต่เอกสารแผ่นพับ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ชมภาพยนตร์ หรือรับเอกสารแผ่นพับเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ถึงความเป็นไปได้ของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมหลังการทดลองทันทีนั้น ไม่พบความแตกต่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในทัศนะของผู้วิจัย ที่ผลเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย ไม่มีบุคคลใกล้ชิดเป็นโรคนี และโรคมะเร็งเต้านมมิได้เกิดกับสตรีทุกคน จึงทำให้การรับรู้ความเป็นไปได้ของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

จากแนวคิดของเบคเคอร์และไมแมน (Maiman and Becker. 1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to Action) เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรนำมาศึกษาร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าว เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีผลผลักดันให้บุคคลนั้นเกิด ความรู้สึก หรือแรงจูงใจ ที่เป็นตัวกำหนดการรับรู้สิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล ได้แก่ การรับรู้

โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค ระดับความรุนแรงของสิ่งชักนำที่แตกต่างกัน จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงที่แตกต่างกันด้วย ทำให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติ หลังจากนั้นจะขยายไปสู่ส่วนของการเลือกปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ (Maiman and Becker. 1974 : 349, Rosenstock. 1974 : 332)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีอิทธิพลทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกันไป ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาก น่าจะทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค มากกว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพน้อย

3.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สุวารีวรรณ กิจสมัค (2539 :135-137) ได้ศึกษาความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ที่มารับบริการที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดทั้ง 4 ตึก ของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับฮาลอล (Hallal. 1982 : 137-142) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ เฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมกับการรับรู้ผลประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงที่อายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 207 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของ Stillman ปี ค.ศ. 1977 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับเพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 : 91) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ผลที่ไม่สอดคล้องกันอาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และงานวิจัยของรัตนาวงษ์พิทักษ์โรจน์ (2543 : 119) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของ

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนครปฐม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจและสัมภาษณ์ในเชิงคุณภาพ จำนวน 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ไม่พบความสัมพันธ์นั้น อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ไม่พบอาการผิดปกติใดๆให้เห็น ซึ่งจากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ ร้อยละ 93.33 ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตน

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าว พบจะสรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอาจทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้

3.3.2 การรับรู้ความรุนแรง กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

จากผลการศึกษาของสุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 :135-137) เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 : 91) และรัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์ (2543 : 119) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี และพฤติกรรมปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .05 และ.05 ตามลำดับ

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค อาจทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้

3.3.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาของฮาลอล (Hallal, 1982 : 137-142) เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 : 91) สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 :135-137) และรัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์ (2543 : 120) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปีและพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลนครปฐมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 .001 และ.05 ตามลำดับ

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ อาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

3.3.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พบว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค คือโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก ศูนย์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี ของเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 91) และการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ของรัตนาวงษ์พิทักษ์โรจน์ (2543 : 120) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสุวารัตน์ กิจสมัคร์ (2539 :135-137) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการศึกษาที่ผลมีความสัมพันธ์เชิงลบนั้น อาจเนื่องมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีค่าความเชื่อมั่นเพียง 0.65 ซึ่งถือได้ว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นค่อนข้างต่ำ จึงทำให้ผลที่ได้แตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเอกสารพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรม (Rosenstock, 1974 :332) ดังนั้น ในทัศนะของผู้วิจัยจึงเชื่อว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมก บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

4.1 ความหมาย

สตรีกแลนด์ (Stricklan, 1977 : 221) ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง คนที่มีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำของตน ไม่ว่าจะป็นในด้านดีหรือด้านร้ายก็ตาม ส่วนคนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง คนที่มีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆที่ตนได้รับนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระทำของตน แต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆ จากภายนอก เช่น โชคชะตา ความบังเอิญ คนอื่นๆ หรือ

ลักษณะที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ในตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ ลีฟคอร์ท (ทัศนศาสตร์, 2528 : 9-10 ; อ้างอิงจาก Lefcourt, 1966 : 206-207) ได้ให้ความหมายว่า คนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง คนที่รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและลบเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตน ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ส่วนคนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง คนที่รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและลบ ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเอง เหตุการณ์ดังกล่าวตนเองไม่สามารถควบคุมได้

รอตเตอร์ (Rotter, 1966 :1) ได้ให้ความหมายว่า คนที่มีความเชื่อภายในตนจะรับรู้ในลักษณะของผลอันเนื่องมาจากการกระทำของตนโดยตรง หรือจากความสามารถในตัวเขาเอง ส่วนคนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะรับรู้ลักษณะของโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือเป็นเรื่องที่ไม่คาดฝันด้วยอำนาจใดๆ ที่อยู่รอบๆ ตัว

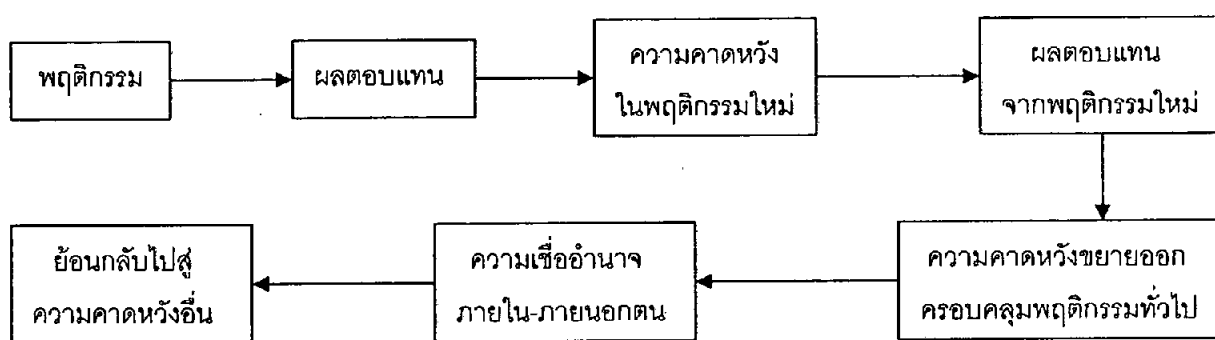
มนตรี อนันตรักษ์ (2517 : 5) ได้ให้คำจำกัดความว่า ทัศนคติแบบควบคุมภายในตน (ความเชื่ออำนาจภายในตน) คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของคนที่ว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว ความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดกับตนเป็นผลมาจากความสามารถ การกระทำของตนเอง ในทางตรงข้ามทัศนคติแบบควบคุมภายนอกตน (ความเชื่ออำนาจภายนอกตน) คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลมาจากผู้อื่นไม่ใช่ตนเป็นผู้กระทำ เช่น โชคลาง ความบังเอิญ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นความคิด ความรู้สึก หรือการรับรู้ว่า ความสำเร็จ หรือความล้มเหลว หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากทักษะ ความสามารถ หรือการกระทำของตนเอง โดยที่บุคคลนั้นสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นความคิด ความรู้สึก หรือการรับรู้ว่าความสำเร็จ หรือความล้มเหลว หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากโชคลาง เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่น ซึ่งตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

ความเชื่ออำนาจควบคุม (The Locus of Control) เป็นองค์ประกอบเชิงจิตวิทยา ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยทั้งในลักษณะทั่วไปและลักษณะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งรอตเตอร์ (Rotter, 1954) ได้ทำการศึกษา ประมวลผลงานและแนวความคิดของนักวิจัยหลายคนเข้าด้วยกัน โดยอาศัยแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่มีลักษณะตรงข้ามกัน 2 ด้านซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจ

ภายนอกตน ซึ่งเป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่ง ที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายสถานการณ์เดิม บุคคลก็จะคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนมิได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดลงหรือเพิ่มขึ้นของความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งแล้วจึงขยายครอบคลุมไปยังพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นทัศนคติหรือบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล นอกจากนั้นผลตอบแทนที่ได้รับในแต่ละครั้งยังอาจทำให้ความคาดหวังต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วย ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับแรงเสริมบ่อยๆ เมื่อแสดงพฤติกรรมเดิมจะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคลรับรู้ว่สิ่งที่ได้รับนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชค บุญกรรม ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้ ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อหรือการรับรู้ดังกล่าวนี้จะมีผลย้อนกลับสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ ซ้ำอีกดังปรากฏตามภาพ ดังนี้



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

ที่มา : กรรณิการ์ กัณธรักษา. (2527) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. มหาวิทยาลัยมหิดล : 18.

จากแนวความคิดดังกล่าว รอตเตอร์ (Rotter, 1966 : 1-2) ได้สรุปความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเชิงการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. บุคคลที่มีความเชื่อภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลมาจากการกระทำของตนโดยตรง หรือจากความสามารถในตัวเอง

2. บุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นว่าขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันด้วยอำนาจใดๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวเขา เช่น โชคเคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ เริ่มมีการพัฒนาจากวัยเด็กเรื่อยมาจนถึงในวัยผู้ใหญ่ โดยจะเปลี่ยนจากผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือ กลายเป็นผู้ที่มีความสามารถคิดไตร่ตรอง ตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การที่เด็กสามารถควบคุมตนเอง และมีการรับรู้ว่ามีผลที่เกิดขึ้นมาจากตนเองนั้นเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของเด็กในด้านความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน นอกจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการแล้ว โรบินสันและเชฟเวอร์ (Robinson and Shaver 1980 :171-173) ได้กล่าวว่าการพัฒนาขอบเขตความเชื่ออำนาจแห่งตน มีผลมาจากหลาย ปัจจัยแต่ปัจจัยที่สำคัญ คือ ประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ประสบการณ์สำคัญในชีวิต (Episodic Antecedents) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งในชีวิต ในระยะเวลาที่จำกัด เช่น การตายจากของบุคคลที่รัก อุบัติเหตุหรือภัยธรรมชาติต่างๆ ประสบการณ์นี้อาจจะมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนได้ ถ้าประสบการณ์นี้ส่งเสริมความเชื่อที่มีอยู่เดิม

2. ประสบการณ์สั่งสมในอดีต (Accumulative Antecedents) เป็นประสบการณ์ที่เด็กได้รับจากการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ดังนั้นบิดามารดาจึงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของเด็ก

นอกจากประสบการณ์แล้ว ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวก็มีส่วนสำคัญ ดังที่ลีฟคอร์ท (Lefcourt. 1983 : 98) กล่าวว่าสภาพแวดล้อมทางบ้าน และสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านที่อุดมไปด้วยบรรยากาศของการกระตุ้นให้เด็กได้พบกับสิ่งที่ท้าทายความสามารถและการตั้งมาตรฐานความสำเร็จให้พอเหมาะ ตลอดจนการเสริมแรงให้กับเด็กมีความมานะพยายามมากขึ้น จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เด็กเกิดการพัฒนาความสำนึกถึงความสัมพันธ์

ระหว่างการกระทำของเขากับผลการกระทำที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากขึ้น ส่วนในทางตรงข้ามเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่จำกัดโอกาส ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำ เมื่อเผชิญปัญหา ก็ต้องพบกับความยากลำบากในการแก้ไข มีความรู้สึกว่าตนต่ำต้อย ด้้อยคุณค่า จะทำให้บุคคลขาดโอกาสที่จะมีประสบการณ์กับการได้รับแรงเสริม ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของเขา จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะเชื่ออำนาจภายนอกตน ฉะนั้นวัย และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ยิ่งถ้ามีอายุมากขึ้น สามารถช่วยตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะเชื่อสิ่งที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น นั้นแสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตนจะต่ำลงเมื่อถึงวัยชรา ส่วนประสบการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่นเมื่อบุคคลมีความทุกข์ และรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถแก้ไข สถานการณ์ได้ ก็อาจเชื่ออำนาจภายนอกมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์เป็นไปด้วยดี บุคคลจะรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในจะเพิ่มขึ้น (Strickland. 1978 : 353-358)

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นสิ่งที่สามารถนำมาอธิบายการกระทำของบุคคล ดังนั้นจึงมีผู้นำมาใช้อธิบายการกระทำพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป และเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วย เรียกว่า อำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

โดยใช้แนวคิดเดียวกัน คือ ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน จะเชื่อว่าการที่ตนมีสุขภาพดี หรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเอง จะมีพฤติกรรมสนใจในสุขภาพอนามัยและพยายามหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้ตนมีสุขภาพดีอยู่เสมอ ในขณะที่เดียวกันผู้มีเชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่าการที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือไสยศาสตร์ หรืออยู่ภายใต้การกระทำหรือการควบคุมของผู้อื่น ตนเองไม่สนใจ เอาใจใส่ที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

การประเมินความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ได้มีการพัฒนามาตามลำดับ สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1957 โดยแฟรเส (พรธณ ปานเทวัญ. 2523 : 14 ; อ้างอิงจาก Farese. 1957) ได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างบุคคลในลักษณะของความคาดหวัง โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของ ลิกเคิร์ต (Likert) จำนวน 26 ข้อ ซึ่งผลการนำไปใช้พบว่าคะแนนความเชื่ออำนาจภายนอกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ต่อมาในปี 1966 รอตเตอร์ (พรธณี ปานเทวัญ. 2533 : 14 ; อ้างอิงจาก Rotter. 1966 :220) ได้นำมาปรับปรุง โดยลดจำนวนข้อเหลือ 23 ข้อ และเพิ่มเติมข้อใหม่อีก 6 ข้อ เรียกว่า Internal-External Locus of Control Scale (I-E scale)

ภายหลังจากที่ Rotter ได้เผยแพร่แนวคิด และเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเป็นต้นมา ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับความเชื่ออำนาจแห่งตน ซึ่งตัวแปรที่ศึกษาบางตัวก็มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มากบ้างน้อยบ้าง หรือไม่มีความสัมพันธ์เลย ต่อมาในปี 1974 เลเวนสัน (Levenson) ได้เสนอแบบวัดใหม่ โดยแบ่ง

ความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำนวน 24 ข้อ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 :34) แต่สเกลวัดนี้ไม่ได้วัดเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ถูกสร้างขึ้นโดย วอลสตันและคณะ (โกสุม นัยรุ่งเรือง. 2533 : 12-14; อ้างอิงจาก Wallston, et.al. 1976 : 580-585) ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดของรอตเตอร์(Rotter) มีชื่อว่าแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (Health Locus of Control Scale) ซึ่งตามมโนทัศน์แล้วเชื่อว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่ในการวัดนั้นเป็นสิ่งวัดค่อนข้างยาก เพราะจากเครื่องมือที่ วอลสตัน (Wallston) ได้พัฒนาขึ้นใหม่นั้น เมื่อนำไปหาความเชื่อมั่นในครั้งแรกได้ 0.72 และในการวิจัยครั้งหลังๆ พบว่าความเชื่อมั่นลดลงระหว่าง 0.40-0.54 จากปัญหาดังกล่าวจึงเกิดแนวคิดใหม่ ซึ่งตามหลักการและเหตุผลแล้ว การควบคุม สุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพของตนได้และเกี่ยวข้องกับการควบคุมของสิ่งอื่นๆ ที่มีต่อสุขภาพของบุคคล ดังนั้น วอลสตัน และคณะ (โกสุม นัยรุ่งเรือง. 2533 : 12-14; อ้างอิงจาก Wallston; & Devellis. 1978 : 160-170) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพขึ้นใหม่ ซึ่งเป็นแบบวัดที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่จำนวนมากปรับปรุงจนได้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimension Health Locus of Control Scale - MHCL) ซึ่งการวัดประกอบไปด้วยความเชื่อ 3 มิติ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง เช่นเชื่อว่า "ฉันมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตนเอง"
2. ความเชื่ออำนาจของผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้บุคคลสุขภาพดี หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพ และเชื่อว่าการพบเจ้าหน้าที่โดยสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Change Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตา บุคคลไม่สามารถควบคุมได้

เครื่องมือวัดดังกล่าว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ลำดับ จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นความเชื่อด้านละ 6 ข้อ และมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบ A และ B ซึ่งจากการนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น

ของข้อคำถามในแต่ละด้าน พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.859(I), 0.830 (P) และ 0.841(C) (โกสุม นัยรุ่งเรือง. 2533 : 13 ; อ้างอิงจาก Wallston, et.al. 1978 : 160-170 :)

ในปี ค.ศ. 1981 วอลสตัน และวอลสตัน (พรรณี ปานเทวีญ. 2533 : 15 ; อ้างอิงจาก Wallston and Wallston. 1981 : 227-234) ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพว่า สามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปทั้งในภาวะปกติ และเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่อนี้มาทำนาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค และการใช้เข็มขัดนิรภัย และพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสิ่งเหล่านั้น

จากเอกสารที่ศึกษา ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาความสัมพันธ์และการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

5.1 ความเชื่ออำนาจภายใน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สุวารีวรรณ กิจสมัค (2539 :145) ได้ศึกษาความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ที่มารับบริการที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดทั้ง 4 ตึกของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับทรรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ภาคที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับพรรณี ปานเทวีญ (2533 : 57) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

สมุทรปราการ จำนวน 615 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตอนที่สร้างโดย วอลสตัน และคณะ (Wallston. et al.1978) และใช้แบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตของเพนเดอร์ (Pender. 1987) แบ่งออกเป็นรายด้าน เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับ การปฏิบัติทางโภชนาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของอังสุมา วิทย์วีรศักดิ์ (2534 : 33) ได้ทำการศึกษาการแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 60 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นความเชื่ออำนาจภายใน อาจทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้

5.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยของพรณี ปานเทวัญ (2533 : 57) และทรรชนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวมของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .001 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของอังสุมา วิทย์วีรศักดิ์ (2534 : 33) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการควบคุมตนเอง และฮาลลอล (Hallal 1982 : 137-142) ที่ได้ทำการศึกษาคความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการจำนวน 204 คน และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์จากแบบวัดความเชื่อทางสุขภาพของสติลแมน (1977) และวอลสตัน (1978) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลงานวิจัยที่พบว่าแตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจาก ในเรื่องของความเชื่ออำนาจผู้อื่นนั้น สามารถคิดได้ใน 2 แง่มุม คือ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถควบคุมสุขภาพ หรือทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ บุคคลนั้นก็จะมีความวิตกกังวลตนเองน้อย คอยฟังแต่บุคคลอื่น กับอีกแง่มุมคือความเชื่อที่ว่า การทำตามคำแนะนำของแพทย์จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นก็จะมีความวิตกกังวลตนเองมากขึ้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพผิวพรรณซึ่งเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค ในทัศนะของผู้วิจัยมีความเห็นว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่น น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการที่บุคคลมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมาก คือ เชื่อว่าผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้อง เป็นบุคคลที่สามารถช่วยให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีได้ บุคคลนั้นก็จะมี การดูแลสุขภาพด้วยตนเองน้อยลง ดังนั้นความเชื่ออำนาจผู้อื่น อาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

5.3 ความเชื่ออำนาจโชคละตา กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยของสุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 :145) และทรงศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) และอังศุมมา วิทย์วิรศักดิ์ (2534 : 34) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก และการควบคุมตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ.01 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 :30-45) ที่ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่มาบำบัดโดยการดื่มเมธาโดนที่โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลตากสิน พบว่า ความเชื่ออำนาจบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจโชคละตา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นความเชื่ออำนาจโชคละตา อาจทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรนี้เข้ามาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมและนำเสนอเป็นตารางเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยจะอยู่ในส่วนของภาคผนวก ก. (หน้า 131-134)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนว่าส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัย ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องดังกล่าวโดยตรง แต่พบงานวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการในการแปลหรือตีความการรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาจจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวเราเองหรือภายในตัวเราเอง ให้ออกมามีความหมายหรือให้เรารู้จักและเข้าใจในสิ่งนั้น

ฉะนั้นงานวิจัยดังกล่าวจึงน่าจะสามารถอธิบายการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอได้ ซึ่งจากการศึกษาของ นีร์นุช เทพหัสติน ณ อยุธยา (2542 : 68) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในภาวะอานาจภายใน-ภายนอกแห่งตนกับการรับรู้ความสามารถของตนในการตัดสินใจเลือกอาชีพ ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 จำนวน 200 คน พบว่าความเชื่อในภาวะอานาจภายใน-ภายนอกแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนในการตัดสินใจเลือกอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทัศนากักดี (2539 : 101) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออานาจภายในกับความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ของเด็กในเมืองและชนบท ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมปีที่ 3 ภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2531 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาประเภทสหศึกษา ในสังกัดกรมสามัญศึกษาที่อยู่ในเมือง 4 โรงเรียน จำนวน 173 คน และในชนบท 4 โรงเรียน จำนวน 176 คน พบว่า ความเชื่ออานาจภายในตนของเด็กทั้งในเมืองและชนบท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่แตกต่างกัน ความเชื่ออานาจภายใน-ภายนอกตนจะแตกต่างกันด้วย

จากงานวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความเชื่ออานาจภายใน จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ได้ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ผู้ที่มีความเชื่ออานาจภายใน จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออานาจภายนอก

6. การสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

จากการที่ผู้วิจัยได้ประมวลงานวิจัยมาทั้งหมด จะพบงานวิจัยอยู่ 2 กลุ่มหลัก กลุ่มแรก คือ การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ ความเชื่ออานาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อภายในตน ความเชื่ออานาจผู้อื่น ความเชื่ออานาจโชคชะตา ซึ่งได้นำมาศึกษาอานาจการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เข้ามาศึกษาโดยแยกศึกษาตัวแปร ซึ่งอาจจะแตกต่างจากโมเดลของโรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974) ที่ได้ศึกษาตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค "X" แต่จากการประมวลงานวิจัย พบว่าไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาตัวแปรนี้โดยตรง แต่จะแยกศึกษาเป็นตัวแปรย่อย 4 ตัวดังกล่าว ซึ่งผลพบว่าตัวแปรทั้ง 4 ด้าน สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ส่วนตัวแปรความเชื่อภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งในตัวแปรบุคลิกภาพ

ซึ่งเป็นตัวแทนในปัจจัยร่วม และยังเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาด้วย ผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรดังกล่าวมาศึกษาหาอำนาจการทำนาย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสนใจต่อไปว่าการรับรู้ทั้ง 4 ด้านเกี่ยวข้องกับปัจจัยร่วมในโมเดลอย่างไร กล่าวคือ การรับรู้ทั้ง 4 ด้านสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผิวได้ ก็จะทำให้ทราบต่อไปว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดการรับรู้ดังกล่าว ซึ่งผลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้มากขึ้น อันจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผิวพรรณต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยร่วมมาศึกษาเพิ่มเติมด้วย โดยการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพตามตัวแปรในปัจจัยร่วม คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางจิตสังคม คือ บุคลิกภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณ สรุปผลในการศึกษาครั้งนี้ แสดงอยู่ในกรอบแนวคิด หน้า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ที่มีอายุ 13-24 ปี จำนวนโดยเฉลี่ย 15,000 คนต่อปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ที่มีอายุ 13-24 ปี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณจากสูตรของยามานะ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้จำนวน 390 คน
2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยวิธีการสุ่มเวลา (Time Random Sampling) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 กับผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว หรือปัจจัยด้านชีวสังคม ของผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตัวอย่าง

1. เพศ

 หญิง

 ชาย

2. ท่านเคยได้รับข้อมูลที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

แหล่งข้อมูล	ไม่เคยได้รับ	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
โทรทัศน์				
นิตยสาร				
หนังสือพิมพ์				
วิทยุ				
แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง				

เกณฑ์ในการแบ่งระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณ ดังนี้

ต่ำกว่า 12.69 คะแนน หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย

สูงกว่า 12.69 คะแนน หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยปรับปรุงจากแบบสอบถามโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพของ วีระชาติ รมณีย์ธรรมคุณ (2543 : 58 - 62) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจาก เป็นไปไม่ได้ ไม่น่าจะเป็นไปได้ ไม่น่าเชื่อ เป็นไปได้ และเป็นไปได้อย่างมาก ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (เป็นไปไม่ได้) ถึง 5 คะแนน(เป็นไปได้อย่างมาก) จำนวน 11 ข้อ

ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ

เป็นไปได้ หรือ ไม่ว่า...	เป็นไปได้ ไม่ได้	ไม่น่าจะ เป็นไปได้	ไม่แน่ใจ	เป็นไปได้	เป็นไปได้ อย่างมาก
0. การถูกแสงแดดเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิด ริ้วรอยเหี่ยวย่นก่อนวัย					
00. การเปลี่ยนสีผม เป็นการทำลายเนื้อผม ภายใน ทำให้ผมเสีย และแตกปลาย					

2. การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มีลักษณะเป็นมาตร-
ประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจาก ไม่กังวลเลย ไม่น่ากังวล ไม่แน่ใจ ค่อนข้างกังวล กังวลอย่างมาก
ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่กังวลเลย) ถึง 5 คะแนน (กังวลอย่างมาก) จำนวน 12 ข้อ

ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ

ท่านรู้สึกกังวลเพียงใด กับผลเสียต่อไปนี้	ไม่กังวล เลย	ไม่น่า กังวล	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้าง กังวล	กังวล อย่างมาก
0. การมีริ้วรอยเหี่ยวย่นก่อนวัย					
00. ผมเสีย และแตกปลาย					

3. การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4
ระดับ เริ่มจาก น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) ถึง 4 คะแนน
(มากที่สุด) จำนวน 12 ข้อ

ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ท่านเห็นด้วยมากหรือน้อยเพียงใด กับข้อความต่อไปนี้	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
0. การทาครีมกันแดดที่มีค่า SPF ที่เหมาะสม ช่วย ปกป้องผิวหนังจากแสงแดด				
00. การใช้ครีมนวดผมเป็นประจำหลังการสระ ทำให้ ผมนุ่มสลวย จัดทรงง่าย				

4. การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจาก น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) ถึง 4 คะแนน (มากที่สุด) จำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องที่ <u>ยุ่งยาก</u> <u>ไม่สะดวก</u> หรือเป็นอุปสรรค สำหรับท่านมากหรือน้อยเพียงใด	ยุ่งยาก น้อยที่สุด	ยุ่งยาก น้อย	ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก มากที่สุด
0. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ				
00. การทาครีมกันแดดก่อนออกจากบ้าน				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 1. ความเชื่ออำนาจภายในตน 2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่น 3. ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของ วอลสตัน และคณะ (Wallston et al. 1978) ที่แปลเป็นไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527. 160-161) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณและปรับให้เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อความทางบวกมีคะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และข้อความทางลบ มีคะแนนจาก 5 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 1 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ตัวอย่าง แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

ท่านเห็นด้วยเพียงใด กับข้อความต่อไปนี้	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ความเชื่ออำนาจภายในตน					
0. ฉันดูแลสุขภาพผิวพรรณด้วยตัวฉันเอง					
00. ถ้าเรารับประทานแต่อาหารที่มีประโยชน์ เราก็จะมีผิวพรรณเปล่งปลั่ง สดใส					

ท่านเห็นด้วยเพียงใด กับข้อความต่อไปนี้	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น 0. ในเรื่องของคุณภาพผิวพรรณ ฉันจะปฏิบัติ ทุกอย่างตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น					
00. แพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนัง สามารถ ดลบันดาลให้ผิวของฉันเป็น อย่างไรก็ได้					
ความเชื่ออำนาจโชคชะตา 0. คนที่มีคุณภาพผิวพรรณดี เป็นเพราะ เขาโชคดี					
00. คนที่ผิวพรรณเปล่งปลั่ง ก็เพราะชาติก่อน เขาทำบุญมาดี					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย เป็นประจำ ในข้อความทางบวกมีคะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 4 คะแนน (เป็นประจำ) และข้อความทางลบ มีคะแนนจาก 4 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 1 คะแนน (เป็นประจำ)

ตัวอย่าง แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่เคย ปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	เป็น ประจำ
0. รับประทานผัก และผลไม้				
00. ล้างหน้าอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง				

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด ที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ตลอดจนการดูแลสุขภาพผิวพรรณจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ โดยทำการสร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ 1.) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ จำนวน 11 ข้อ 2.) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ จำนวน 12 ข้อ 3.) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำนวน 12 ข้อ 4.) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ 20 ข้อ และแบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ 18 ข้อ

4. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ดร. นิยะดา จิตต์จรัส, รศ.นพ. มนตรี อุดมเพทายกุล และรศ. นภาพร มัชฌิมางกูร (ดูภาคผนวก ค หน้า 145-146) เพื่อตรวจพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(Content Validity) พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ และตรวจสอบความถูกต้องกับภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงแก้ไข และนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลจริง เพื่อนำมาตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

6. หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Analysis) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปลองใช้ (Try Out) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ตอน เก็บกับผู้มาตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ตอนละ 60 คน รวมจำนวน 180 คน แล้วนำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม เลือกข้อคำถามที่มีค่าความสัมพันธ์มากกว่า .211(ดูตารางในภาคผนวก ง หน้า 147-150)

7. หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค(Cronbach)

- แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ จำนวน 11 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

- แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82
- แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78
- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน จำนวน 7 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72
- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71
- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .44
- แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำนวน 18 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมจากผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A จำนวน 390 คน
2. นำข้อมูลที่เก็บได้ ตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ ในการตอบคำถามวิจัยตามสมมติฐาน

การจัดกระทำ การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

- ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC+ มีวิธีในการวิเคราะห์ดังนี้
1. การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1
 2. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ตามปัจจัยร่วมทางชีวสังคม ปัจจัยชกน้าภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ t-test ทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 18 – 21 ใช้สถิติ F-test ทดสอบสมมติฐานข้อ 6 - 17

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้ค่าที (t- Distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาความแตกต่างของความแปรปรวนโดยใช้ค่าเอฟ (F-Distribution)
P	แทน	ระดับความมีนัยสำคัญ
df	แทน	ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลบวกของค่าความแปรปรวนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	คะแนนเฉลี่ยของผลรวมกำลังสองของค่าเบี่ยงเบน (Mean Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
a	แทน	ค่าคงที่
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
R ² _{change}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนแปลงไปในการเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
F _{change}	แทน	ค่าสถิติเอฟ ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของการเพิ่มตัวทำนายเข้าไปครั้งละ 1 ตัว
b	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ
β	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน
*	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาเป็นตัวแปรพยากรณ์

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ตามปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และปัจจัยชกนภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ กับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย การดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาเป็นตัวทำนาย เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า "ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่

อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้" ผลการวิเคราะห์ห้ข้อมูล นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย และระหว่างตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรทำนาย ปรากฏดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย และระหว่างตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรทำนาย

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	Y
X1	-	.594***	.497***	-.306***	.358***	-.038	-.074	.354***
X2		-	.479***	-.413***	.269***	.023	-.077	.429***
X3			-	-.337***	.371***	-.001	-.112*	.421***
X4				-	-.337***	.056	.190***	-.604***
X5					-	-.310***	-.311***	.534***
X6						-	.421***	-.105*
X7							-	-.199***
Y								-

หมายเหตุ :

Y	แทน	การดูแลสุขภาพผิวพรรณ
X1	แทน	การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ
X2	แทน	การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ
X3	แทน	การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ
X4	แทน	การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ
X5	แทน	ความเชื่ออำนาจภายในตน
X6	แทน	ความเชื่ออำนาจผู้อื่น
X7	แทน	ความเชื่ออำนาจโชคชะตา

จากตาราง 1 พบว่า ตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มี 3 ตัว คือ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจ โชคชะตา กับความเชื่ออำนาจผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกับ .05 ตามลำดับ

1.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับ บริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา เป็นตัวแปร พยากรณ์ และการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นตัวแปรเกณฑ์ เพื่อตอบสนองมติฐานข้อ 1 ปรากฏผล ดังตาราง 2

ตาราง 2 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็นตัวแปรพยากรณ์ และการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็น ตัวแปรเกณฑ์

ลำดับ	ตัวทำนาย	b	β	R	R ²	R ² change	Fchange
1	X4	-.756	-.408	.604	.364	.364	222.365***
2	X5	.721	.324	.698	.487	.123	92.827***
3	X2	.132	.123	.713	.508	.021	16.640***
4	X3	.186	.104	.718	.516	.008	6.073**

ค่าคงที่ (a) = 33.966

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว พบว่า มีตัวทำนาย 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรงในการ

มีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 51.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 โดยมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นตัวทำนายตัวแรกที่มีอิทธิพลสูงสุด เข้าไปการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -.408 (หมายถึง หากการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การดูแลสุขภาพผิวพรรณลดลง .408 หน่วย) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นตัวทำนายลำดับที่สอง มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .324 (หมายถึง หากความเชื่ออำนาจภายในตนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การดูแลสุขภาพผิวพรรณเพิ่มขึ้น .324 หน่วย) โดยสามารถร่วมกันกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 48.7 มีอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทำนายตัวเดียวได้ร้อยละ 12.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ เป็นตัวทำนายลำดับที่สาม มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .123 (หมายถึง หากการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การดูแลสุขภาพผิวพรรณเพิ่มขึ้น .123 หน่วย) สามารถร่วมกันกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายในตนทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ ร้อยละ 50.8 มีอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทำนาย 2 ตัวแรก ร้อยละ 2.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นตัวทำนายลำดับที่สี่ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .104 (หมายถึง หากการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การดูแลสุขภาพผิวพรรณเพิ่มขึ้น .104 หน่วย) สามารถร่วมกันกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ความเชื่ออำนาจภายในตน และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 51.6 มีอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทำนาย 3 ตัวแรก ร้อยละ 0.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผลการวิเคราะห์สามารถเขียนเป็นสมการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 33.966 - .756X_4 + .721X_5 + .132X_2 + .186X_3$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Y' = -.408X_4 + .324X_5 + .123X_2 + .104X_3$$

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ตามปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และปัจจัยชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

2.1 เปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามเพศ เพื่อทดสอบ

สมมติฐานข้อ 2 ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ชาย

สมมติฐานข้อ 3 ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ชาย

สมมติฐานข้อ 4 ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ชาย

สมมติฐานข้อ 5 ผู้ชายที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้หญิง

ปรากฏผลดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามเพศ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	เพศ	N	\bar{X}	SD	t	P
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	หญิง	297	46.12	4.86	6.05**	.00
	ชาย	93	42.47	5.72		
การรับรู้ความรุนแรง	หญิง	297	47.61	7.13	6.17**	.00
	ชาย	93	42.32	7.45		
การรับรู้ประโยชน์	หญิง	297	39.28	4.21	4.14**	.00
	ชาย	93	36.87	5.10		
การรับรู้อุปสรรค	หญิง	297	19.58	4.21	-4.41**	.00
	ชาย	93	21.82	4.47		

** P < .01

จากตาราง 3 พบว่า ผู้หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ชาย ส่วนผู้ชายที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้หญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2-5 ที่ตั้งไว้

2.2 เปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามระดับอายุ เพื่อทดสอบ

สมมติฐานข้อ 6 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน

สมมติฐานข้อ 7 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน

สมมติฐานข้อ 8 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน

สมมติฐานข้อ 9 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน

ปรากฏผลดังตาราง 4, 5, 6, 7, 8 และ 9

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามระดับอายุ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	อายุ	N	\bar{X}	SD
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	13 - 15 ปี	89	42.51	5.56
	16 - 18 ปี	114	44.48	4.39
	19 - 21 ปี	129	46.99	4.44
	22 ปีขึ้นไป	58	47.10	6.19
การรับรู้ความรุนแรง	13 - 15 ปี	89	42.47	7.35
	16 - 18 ปี	114	45.28	7.17
	19 - 21 ปี	129	48.53	6.50
	22 ปีขึ้นไป	58	49.55	7.84
การรับรู้ประโยชน์	13 - 15 ปี	89	36.45	4.64
	16 - 18 ปี	114	37.99	3.99
	19 - 21 ปี	129	40.17	4.31
	22 ปีขึ้นไป	58	40.33	4.25
การรับรู้อุปสรรค	13 - 15 ปี	89	21.99	4.49
	16 - 18 ปี	114	21.03	3.85
	19 - 21 ปี	129	18.92	3.91
	22 ปีขึ้นไป	58	18.07	4.58

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณสูงที่สุด สำหรับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ผู้ที่มีอายุ 13-15 ปี และเพื่อตรวจสอบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 4 กลุ่มนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ จึงได้ตรวจสอบต่อไปโดยใช้ F-test ดังปรากฏในตาราง 5

ตาราง 5 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามระดับอายุ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ระหว่างกลุ่ม	3	1328.29	442.76	17.77**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	9613.08	24.90		
	รวม	389	10941.37			
การรับรู้ความรุนแรง	ระหว่างกลุ่ม	3	2679.24	893.08	17.71**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	19457.63	50.40		
	รวม	389	22136.87			
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	3	940.64	313.55	17.03**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	7104.04	18.40		
	รวม	389	8044.68			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	3	833.40	277.80	16.23**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	6604.86	17.11		
	รวม	389	7438.26			

**P < .01

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้

ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 6 - 9 และเพื่อต้องการทราบว่ามิใช่ใคร่ใดมีความแตกต่างมากกว่ากันจึงได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ่ ปรากฏผลดังตาราง 6, 7, 8 และ 9 ดังนี้

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		13 - 15 ปี	16-18 ปี	19 - 21 ปี	22 ปี ขึ้นไป
	\bar{X}	42.51	44.48	46.99	47.10
13 - 15 ปี	42.51	-	1.98	4.49**	4.60**
16 - 18 ปี	44.48		-	2.51**	2.62*
19 - 21 ปี	46.99			-	.11
22 ปี ขึ้นไป	47.10				-

*, ** P < .05, .01

จากตาราง 6 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 19 - 21 ปี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		13 - 15 ปี	16-18 ปี	19 - 21 ปี	22 ปี ขึ้นไป
	\bar{X}	42.47	45.28	48.53	49.55
13 - 15 ปี	42.47	-	2.81	6.06**	7.08**
16 - 18 ปี	45.28		-	3.25**	4.27**
19 - 21 ปี	48.53			-	1.02
22 ปี ขึ้นไป	49.55				-

** P < .01

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 19 - 21 ปี มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		13 - 15 ปี	16-18 ปี	19 - 21 ปี	22 ปี ขึ้นไป
	\bar{X}	36.45	37.99	40.17	40.33
13 - 15 ปี	36.45	-	1.54	3.72**	3.88**
16 - 18 ปี	37.99		-	2.18**	2.34*
19 - 21 ปี	40.17			-	.16
22 ปี ขึ้นไป	40.33				-

*, ** P < .05, .01

จากตาราง 8 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 19 - 21 ปี มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 9 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		22 ปี ขึ้นไป	19 - 21 ปี	16-18 ปี	13 - 15 ปี
	\bar{X}	18.07	18.92	21.03	21.99
22 ปี ขึ้นไป	18.07	-	.85	2.96**	3.92**
19 - 21 ปี	18.92		-	2.10**	3.07**
16 - 18 ปี	21.03			-	.96
13 - 15 ปี	21.99				-

** P < .01

จากตาราง 9 พบว่า ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13 - 15 ปี มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 19 - 21 ปี และ 22 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 16 - 18 ปี มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 19 - 21 ปี และ 22 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 เปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามระดับการศึกษา เพื่อทดสอบ

สมมติฐานข้อ 10 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

สมมติฐานข้อ 11 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

สมมติฐานข้อ 12 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

สมมติฐานข้อ 13 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

ปรากฏผลดังตาราง 10, 11, 12, 13, 14 และ 15

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามระดับการศึกษา

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับการศึกษา	N	\bar{X}	SD
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	มัธยมตอนต้น	76	43.50	4.82
	มัธยมตอนปลาย	98	43.64	4.92
	ปวช./ปวส.	55	46.05	4.20
	ปริญญาตรี	161	46.78	5.58
การรับรู้ความรุนแรง	มัธยมตอนต้น	76	43.42	6.99
	มัธยมตอนปลาย	98	44.14	7.40
	ปวช./ปวส.	55	47.05	6.01
	ปริญญาตรี	161	48.84	7.53
การรับรู้ประโยชน์	มัธยมตอนต้น	76	36.82	4.76
	มัธยมตอนปลาย	98	38.08	3.65
	ปวช./ปวส.	55	39.45	4.20
	ปริญญาตรี	161	39.73	4.74
การรับรู้อุปสรรค	มัธยมตอนต้น	76	21.51	4.36
	มัธยมตอนปลาย	98	21.01	4.25
	ปวช./ปวส.	55	19.35	3.93
	ปริญญาตรี	161	19.16	4.34

จากตาราง 10 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณสูงที่สุด สำหรับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และเพื่อตรวจสอบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 4 กลุ่มนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ จึงได้ตรวจสอบต่อไปโดยใช้ F-test ดังปรากฏในตาราง 11

ตาราง 11 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามระดับการศึกษา

ความเชื่อด้านสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ระหว่างกลุ่ม	3	899.64	299.88	11.52**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	10041.73	26.01		
	รวม	389	10941.37			
การรับรู้ความรุนแรง	ระหว่างกลุ่ม	3	2153.71	717.90	13.86**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	19983.16	51.77		
	รวม	389	22136.87			
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	3	508.28	169.43	8.67**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	7536.38	19.52		
	รวม	389	8044.67			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	3	406.05	135.35	7.43**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	7032.21	18.22		
	รวม	389	7438.26			

** P < .01

จากตาราง 11 พบว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ่ ปรากฏผลดังตาราง 12, 13, 14 และ 15 ดังนี้

ตาราง 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		มัธยมต้น	มัธยมปลาย	ปวช./ปวส.	ปริญญาตรี
	\bar{X}	43.50	43.64	46.05	46.78
มัธยมต้น	43.50	-	.14	2.55*	3.28**
มัธยมปลาย	43.64		-	2.41	3.14**
ปวช./ปวส.	46.05			-	.73
ปริญญาตรี	46.78				-

*,** P < .05, .01

จากตาราง 12 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และมัธยมปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปวช./ปวส. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		มัธยมต้น	มัธยมปลาย	ปวช./ปวส.	ปริญญาตรี
	\bar{X}	43.42	44.14	47.05	48.84
มัธยมต้น	43.42	-	.72	3.63*	5.42**
มัธยมปลาย	44.14		-	2.91	4.70**
ปวช./ปวส.	47.05			-	1.78
ปริญญาตรี	48.84				-

*,** P < .05, .01

จากตาราง 13 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และมัธยมปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปวช./ปวส. มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		มัธยมต้น	มัธยมปลาย	ปวช./ปวส.	ปริญญาตรี
	\bar{X}	36.82	38.08	39.45	39.73
มัธยมต้น	36.82	-	1.27	2.64*	2.91**
มัธยมปลาย	38.08		-	1.37	1.65*
ปวช./ปวส.	39.45			-	.27
ปริญญาตรี	39.73				-

*,** P < .05, .01

จากตาราง 14 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และมัธยมปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ.05 ตามลำดับ และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปวช./ปวส. มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ปริญญาตรี	ปวช./ปวส.	มัธยมปลาย	มัธยมต้น
	\bar{X}	19.16	19.35	21.01	21.51
ปริญญาตรี	19.16	-	.18	1.85*	2.35**
ปวช./ปวส.	19.35		-	1.66	2.17*
มัธยมปลาย	21.01			-	.50
มัธยมต้น	21.51				-

*,** P < .05, .01

จากตาราง 15 พบว่า ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และปวช./ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 ตามลำดับ และผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

2.3 เปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว เพื่อทดสอบ

สมมติฐานข้อ 14 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอกว่า ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า

สมมติฐานข้อ 15 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอกว่า ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า

สมมติฐานข้อ 16 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณมากกว่า ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า

สมมติฐานข้อ 17 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณมากกว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า

ปรากฏผลดังตาราง 16, 17, 18, 19, 20 และ 21 ดังนี้

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

ความเชื่อด้านสุขภาพ	รายได้ของครอบครัว	N	\bar{X}	SD
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงมา	80	42.24	5.77
	20,001 - 30,000 บาท	117	43.28	4.58
	30,001 - 40,000 บาท	121	45.91	5.00
	ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป	72	47.44	4.96
การรับรู้ความรุนแรง	ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงมา	80	41.28	7.45
	20,001 - 30,000 บาท	117	45.95	6.86
	30,001 - 40,000 บาท	121	47.83	6.34
	ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป	72	50.17	7.58
การรับรู้ประโยชน์	ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงมา	80	35.90	4.24
	20,001 - 30,000 บาท	117	38.39	4.40
	30,001 - 40,000 บาท	121	39.74	3.99
	ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป	72	40.60	4.50
การรับรู้อุปสรรค	ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงมา	80	22.79	3.60
	20,001 - 30,000 บาท	117	20.65	4.05
	30,001 - 40,000 บาท	121	19.18	4.15
	ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป	72	17.82	4.38

จากตาราง 16 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณสูงที่สุด สำหรับการ

รับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว ตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา และเพื่อตรวจสอบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 4 กลุ่มนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ จึงได้ตรวจสอบต่อไปโดยใช้ F-test ดังปรากฏในตาราง 17

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

ความเชื่อด้านสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ระหว่างกลุ่ม	3	1125.41	375.13	14.75**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	9815.96	25.43		
	รวม	389	10941.37			
การรับรู้ความรุนแรง	ระหว่างกลุ่ม	3	3391.88	1130.62	23.28**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	18744.99	48.56		
	รวม	389	22136.87			
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	3	1029.18	343.06	18.87**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	7015.49	18.17		
	รวม	389	8044.67			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	3	1089.59	363.19	22.08**	.00
	ภายในกลุ่ม	386	6348.67	16.44		
	รวม	389	7438.26			

** P < .01

จากตาราง 17 พบว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเซฟเฟ่ ปรากฏผลดังตาราง 18, 19, 20 และ 21 ดังนี้

ตาราง 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่รับ
บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่

รายได้ของครอบครัว		ตั้งแต่20,000	20,001-	30,001 -	40,001 บ.
		บ. ลงมา	30,000 บ.	40,000 บ.	ขึ้นไป
	\bar{X}	42.24	45.28	45.91	47.44
ตั้งแต่20,000 บ.ลงมา	42.24	-	3.04**	3.67**	5.21**
20,001-30,000	45.28		-	.63	2.16*
30,001 - 40,000 บ.	45.91			-	1.54
40,001 บ.	47.44				-

*,** P < .05, .01

จากตาราง 18 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป, 30,001 - 40,000 บาท และ 20,001 - 30,000 บาท มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,001 - 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่รับ
บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่

รายได้ของครอบครัว		ตั้งแต่20,000	20,001-	30,001 -	40,001 บ.
		บ. ลงมา	30,000 บ.	40,000 บ.	ขึ้นไป
	\bar{X}	41.28	45.95	47.83	50.17
ตั้งแต่20,000 บ.ลงมา	41.28	-	4.67**	6.55**	8.89**
20,001-30,000	45.95		-	1.88	4.22**
30,001 - 40,000 บ.	47.83			-	2.34
40,001 บ.	50.17				-

** P < .01

จากตาราง 19 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป 30,001 - 40,000 บาท และ 20,001 - 30,000 บาท มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,001 - 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ตาราง 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่

รายได้ของครอบครัว	ตั้งแต่ 20,000 บ. ลงมา	20,001 - 30,000 บ.	30,001 - 40,000 บ.	40,001 บ. ขึ้นไป
\bar{X}	35.90	38.39	39.74	40.60
ตั้งแต่ 20,000 บ. ลงมา	35.90	-	2.49**	3.84**
20,001-30,000	38.39	-	1.35	2.20**
30,001 - 40,000 บ.	39.74		-	.85
40,001 บ.	40.60			-

** P < .01

จากตาราง 20 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป 30,001 - 40,000 บาท และ 20,001 - 30,000 บาท มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาท ขึ้นไป มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณมากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่

รายได้ของครอบครัว	40,001 บ. ขึ้นไป	30,001 - 40,000 บ.	20,001- 30,000 บ.	ตั้งแต่20,000 บ. ลงมา
\bar{X}	17.82	19.18	20.65	22.79
40,001 บ.	17.82	-	1.36	2.83**
30,001 - 40,000 บ.	19.18	-	1.47	3.61**
20,001-30,000	20.65	-	-	2.14**
ตั้งแต่20,000 บ.ลงมา	22.79	-	-	-

** $P < .01$

จากตาราง 21 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท, 30,001 - 40,000 บาท และ40,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

2.5 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวแตกต่างกัน เพื่อทดสอบ

สมมติฐานข้อ 18 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย

สมมติฐานข้อ 19 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย

ปรากฏผลดังตาราง 22

ตาราง 22 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวแตกต่างกัน

การได้รับข้อมูล ข่าวสาร		N	\bar{X}	SD	t	P
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	น้อย	184	44.41	5.60	2.99**	.00
	มาก	206	46.00	4.91		
การรับรู้ความรุนแรง	น้อย	184	44.88	7.75	3.69**	.00
	มาก	206	47.67	7.12		

** P < .01

จากตาราง 22 พบว่า ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ระหว่างผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายใน และผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน เพื่อทดสอบ

สมมติฐานข้อ 20 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

สมมติฐานข้อ 21 ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ปรากฏผลดังตาราง 23

ตาราง 23 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ระหว่างผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

	ความเชื่ออำนาจ	N	\bar{X}	SD	t	P
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ภายในตน	190	46.06	4.98	-2.95**	.00
	ภายนอกตน	200	44.49	5.50		
การรับรู้ความรุนแรง	ภายในตน	190	47.38	7.11	-2.65**	.00
	ภายนอกตน	200	45.37	7.83		

** P < .01

จากตาราง 23 พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาคู่ขนานที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ซึ่งสรุปลำดับขั้นตอน และผลวิจัยดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับ การดูแลสุขภาพผิวพรรณ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีปัจจัยด้านชีวิตสังคมแตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีปัจจัยด้านชีวิตสังคมแตกต่างกัน
4. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน
5. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ระหว่างผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจภายนอกตน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้

16. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะมีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า
17. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า จะมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า
18. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย
19. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณมาก จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณน้อย
20. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
21. ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ที่มีอายุ 13-24 ปี จำนวนโดยเฉลี่ย 15,000 คนต่อปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13-24 ปี จำนวน 390 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเวลา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว หรือปัจจัยด้านชีวสังคม ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่
 - การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจาก เป็นไปไม่ได้ ไม่น่าจะเป็นไปไม่ได้ ไม่น่าจะเป็นไปไม่ได้ และเป็นไปได้อย่างมาก จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

- การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจาก ไม่กังวลเลย ไม่น่ากังวล ไม่แน่ใจ ค่อนข้างกังวล กังวลอย่างมาก จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

- การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจาก น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

- การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจากน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น

- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .44

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจาก ไม่เคยปฏิบัติ นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และเป็นประจำ จำนวน 18 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากนั้นเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 390 ชุด มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC+ มีวิธีในการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

2. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านชีวิตสังคม และปัจจัยชกน้าภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณและการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณโดยใช้สถิติ t-test ทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 18 – 21 ใช้สถิติ F-test ทดสอบสมมติฐานข้อ 6 – 17

สรุปผลการวิจัย

1. การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวพรรณ โดยใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา พบว่า มี 4 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($\beta = -.408, P < .001$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = .324, P < .001$) การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ($\beta = .123, P < .01$) การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($\beta = .104, P < .05$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 51.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การเปรียบเทียบตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ตามปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และปัจจัยชักนำภายนอก คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า

2.1 หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าชาย

2.2 หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าชาย

2.3 หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าชาย

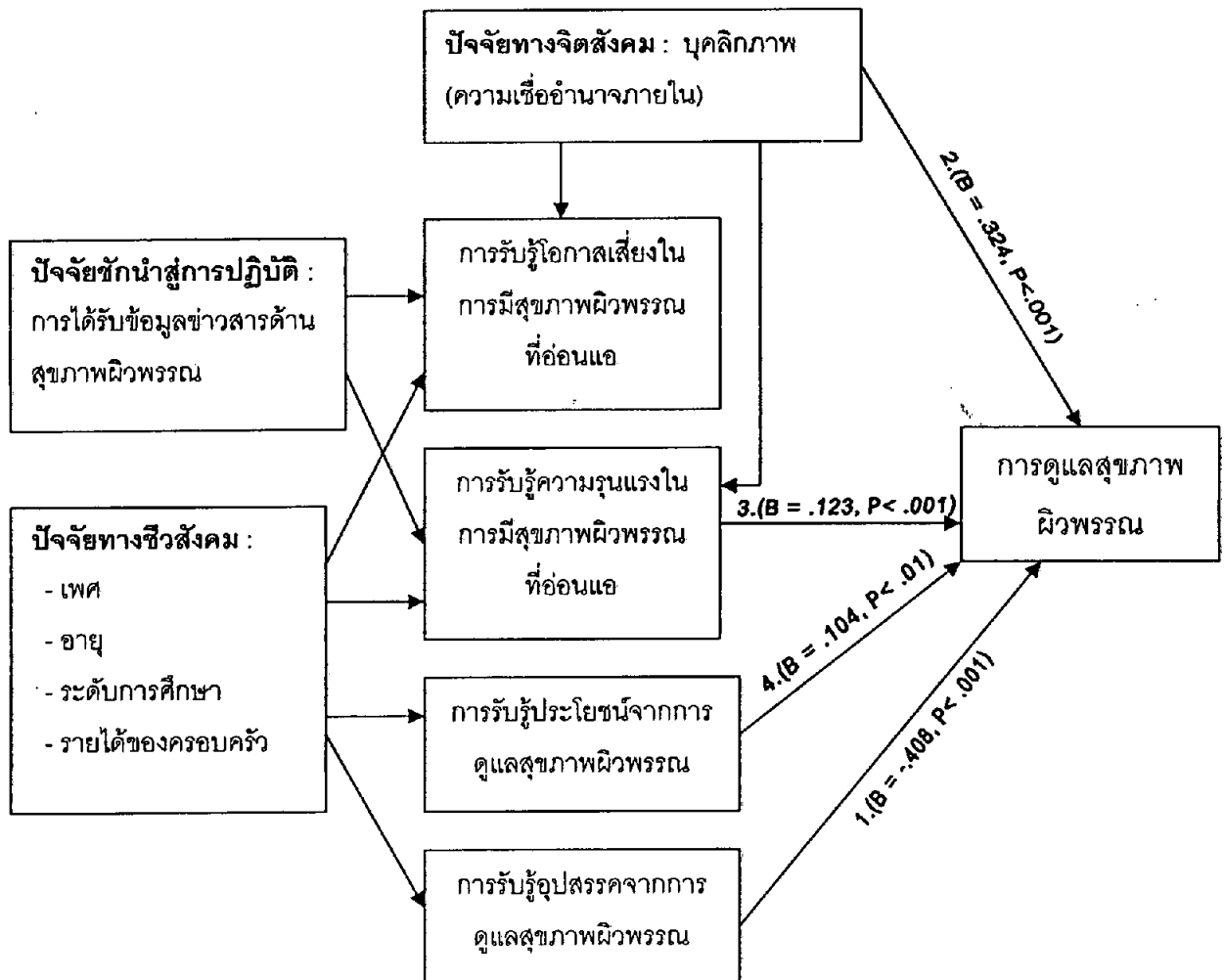
2.4 ชายที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าหญิง

2.5 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน

2.6 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน

2.7 ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน

ก่อนจะอภิปรายผล ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอผลการศึกษากจากการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งนำมาประมวล เพื่อให้เห็นภาพรวม และสามารถเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4 สรุปผลการศึกษาคือความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-กายตนด้านสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A (วรินทร์ ยุทธสิทธิ์โยธิน. 2547)

จากภาพแสดงข้างต้น สรุปได้ว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวหนังได้ มี 4 ตัวแปร เรียงลำดับตามความสำคัญดังนี้ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวหนัง ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวหนังที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวหนัง(สรุปจากผลการวิจัยตามจุดมุ่งหมายข้อที่ 1) สำหรับปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวหนังที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวหนัง และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวหนัง (สรุปจากผลการวิจัยตามจุดมุ่งหมายข้อที่ 2 และ3) ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวหนังที่อ่อนแอ(สรุปจากผลการวิจัยตามจุดมุ่งหมายข้อที่ 4 และ5)

การอภิปรายผล

การศึกษาตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว ที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A ผู้วิจัยได้ศึกษาหาอำนาจการทำนายการดูแลสุขภาพผิวหนัง และศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวหนังที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวหนังที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวหนัง และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวหนัง ตามปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และปัจจัยชักนำภายนอก คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

1. การทำนายการดูแลสุขภาพผิวหนัง โดยใช้ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ตัวแปร ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ 3 ตัวแปร

ผลการศึกษาที่พบ สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 โดยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวหนัง มี 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวหนัง ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวหนังที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวหนัง ได้ร้อยละ 51.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวทำนายตัวแรกที่มีความสำคัญมากที่สุดที่เข้าสมการทำนาย ($\beta = -.408, P < .001$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวหนังได้ร้อยละ 36.4 ทั้งนี้เป็น

เพราะว่า การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพ ผิวพรรณเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ ผิวพรรณมากที่สุด ($r = -.604, P < .001$) โดยเป็นความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณมาก หมายถึง บุคคลนั้นให้ความสำคัญกับปัญหาต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เช่น มองว่ามีความยุ่งยากและเสียเวลามาก หรือเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จะทำให้มีการดูแลสุขภาพผิวพรรณน้อยลง ในทางกลับกันหากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณน้อย หมายถึง บุคคลนั้นไม่สนใจว่าการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นปัญหา หรือเพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือไม่ได้มองว่าการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นความยุ่งยากและเสียเวลามาก บุคคลนั้นจะดูแลสุขภาพผิวพรรณเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ยังอยู่ในวัยรุ่นที่ยังเรียนหนังสืออยู่แม้ไม่มีรายได้เป็นของตนเองแต่เรื่องการดูแลสุขภาพผิวพรรณ วัยรุ่นจะให้ความสนใจมากถึงแม้ว่าจะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นก็ตาม เช่น การซื้อผลิตภัณฑ์กันแดด เพื่อป้องกันผิวจากแสงแดด หรือบำรุงผิวให้เปล่งปลั่ง สดใสด้วยครีมบำรุงผิวชนิดต่างๆ หรือการเสียเวลาและยุ่งยากในการบำรุงเส้นผม เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจได้มาจากการโฆษณาที่พบว่ามีอยู่มากมาย ไม่ว่าจะเป็นทางโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือแผ่นโบปลิวดต่างๆ เป็นต้น เนื่องจากอิทธิพลของการเลียนแบบเป็นสิ่งสำคัญที่จะเหนี่ยวนำพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างง่ายดาย ตามทฤษฎีของแบนดูรา (สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2546 : 52-55 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1977) นอกเหนือจากการให้ความสนใจเฉพาะเรื่องการเรียนรู้ จากข้อความที่กล่าวมาทำให้พอสรุปได้ว่าการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแจนซ์ และเบคเคอร์ (Janz; & Becker. 1987 :1) ที่ได้ประมวญผลการวิจัยที่ผ่านมา 29 เรื่อง (ตั้งแต่ปี 1974 - 1984) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลที่สุด ที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของเยป (Yep. 1993 : 199-205) ที่ศึกษาการยอมรับการป้องกันโรคติดเชื้อ เอชไอวีของนักเรียน เอเชีย และนักเรียนอเมริกันในวิทยาลัย จำนวน 141 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อ สามารถทำนายการยอมรับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรณทิพา เหมแหวน (2543 : 144) ที่ศึกษาตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 216 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยพฤติกรรมด้านอื่น ที่นอกเหนือจากการป้องกันโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคไขมันโนเส้นเลือดสูง และโรคไวรัสตับ บี ดังมีงานวิจัยของนักสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 65) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน

โรคชิลิโคซิส ของคนงานชายโรงโม่หิน ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 210 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคชิลิโคซิสได้ สอดคล้องกับ สตรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 48-50) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 - 40 สัปดาห์ เป็นหญิงที่มีสามีมาฝากครรภ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลกลาง จำนวน 252 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับมยุรี นิรัตธราคร (2539 : 74-75) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ 13-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลละ 80 ราย รวมเป็นจำนวน 240 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นตัวแปรที่สำคัญลำดับที่สอง ($\beta = .324, P < .001$) ที่เข้าสมการทำนาย สามารถร่วมกันกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 48.7 มีอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้การรับรู้อุปสรรคตัวเดียวได้ร้อยละ 12.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($r = .534, P < .001$) กล่าวคือ หากบุคคลมีความเชื่อในตนเองมาก จะมีการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นอย่างดี เพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มาหาคำปรึกษาที่ศูนย์บริการอยู่แล้ว และประกอบกับกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเชื่อในตนเองมาก ซึ่งพวกเขาจะมีความเชื่อว่าการที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถหรือการกระทำของตนเอง มิใช่โชคชะตา ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่น จะชวนขวย และแสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ อีกทั้งยังแสวงหาบริการทางด้านสุขภาพอนามัย และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล (Strickland, 1978 : 1192-1211) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรรณี ปานเทวัญ (2533 : 46) ที่ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิต รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 93) ศึกษาการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง ในบริษัทรับเหมาก่อสร้างเขตโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 200 คน และดวงกมล อัครอนุสรณ์ (2527 : 88) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ เป็นตัวแปรที่สำคัญลำดับที่สาม ($\beta = .123, P < .01$) ที่เข้าสมการทำนาย สามารถร่วมกันกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และความเชื่ออำนาจภายในตน อธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ได้ร้อยละ 50.8 มีอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทำนาย 2 ตัวแรก ร้อยละ 2.1 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นลำดับที่สาม ($r = .429, P < .001$) กล่าวคือ หากบุคคลนั้นรับรู้ถึงความรุนแรงหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับผิวพรรณของตนเองมาก เช่น กังวลกับความมันบนใบหน้า หรือการมีสิ่ว หรือใบหน้าหมองคล้ำ เป็นต้น จะทำให้มีการดูแลผิวของตนเองมากขึ้น แต่ถ้าไม่รู้สึกกังวลกับผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับผิว การดูแลผิวพรรณก็จะมีน้อย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษากับกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งมีความสนใจในเรื่องของรูปร่างหน้าตาที่สมส่วน การแต่งกาย การไว้ทรงผม ไว้เล็บ และผิวพรรณ เป็นต้น (พรพิมล เจียมนครินทร์. 2539 : 120-121) การมีรูปร่างหน้าตา ผิวพรรณที่ดี เป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับวัยรุ่น เพราะช่วยดึงดูดความสนใจและสร้างความประทับใจให้กับผู้อื่นได้ดี ฉะนั้น วัยรุ่นจะมีความกังวลมาก หากมีสิ่วบนใบหน้า มีความหมองคล้ำ มีแผลเป็นหรือรอยด่างดำ เป็นต้น จึงทำให้มีการดูแลสุขภาพผิวพรรณของตนเองมากขึ้น จากข้อความดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มีความสำคัญและสามารถทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ผลการศึกษาที่พบสอดคล้องกับงานวิจัยของเยป (Yep. 1993 : 199-205) ศึกษาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สุวาริวรรณ กิจสมักร (2539 : 46) ศึกษาพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และนภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 58) ที่ศึกษาพฤติกรรมปฏิบัติป้องกันโรคซิฟิลิโคซีส

สำหรับการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นตัวแปรสุดท้ายที่สำคัญลำดับที่สี่ ($\beta = .104, P < .05$) ที่เข้าสมการทำนายได้ สามารถร่วมกันกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ความเชื่ออำนาจภายในตน และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ อธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 51.6 มีอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวแปร 3 ตัวแรก ร้อยละ 0.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นอันดับสี่ ($r = .421, P < .001$) กล่าวคือ หากบุคคลมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นว่ามีผลดีมากกับผิวพรรณ จะทำให้มีการดูแลผิวพรรณมาก แต่ถ้าเห็นว่าประโยชน์ที่จะได้รับมีน้อย ก็จะดูแลผิวพรรณน้อย ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าเป็นไปตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974 :330-332) ที่ได้เสนอว่า พฤติกรรมของบุคคลจะถูกกำหนดขึ้นโดยรับรู้ว่าจะเลือกเพื่อแสดงการกระทำต่างๆเหล่านั้น มีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขาในการลดความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวได้รับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหากเขาดูแล

สุขภาพผิวพรรณ จึงได้มาปรึกษาปัญหาผิวพรรณที่ศูนย์ ซึ่งทำให้เขาได้รับทราบข้อมูลต่างๆ อันจะเป็นผลดีหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายของเขาเอง ทำให้เกิดความมั่นใจ ต่อบุคลิกภาพ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ จึงเป็นตัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ทำให้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ ผลการศึกษาที่พบนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยา เตชะไพโรจน์ (2533 : 83) ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวัง และควบคุมการติดเชื้อของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 272 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคติดเชื้อ สามารถทำนายการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวัง และควบคุมการติดเชื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณทิพา เหมแหวน(2543 : 143-144) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ฮาลาล (Hallal. 1982 : 137-142) ศึกษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง มยุรี นีรัตธราดร (2539 : 74-75) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และนภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 58) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิโคซีส

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว พบว่า การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพผิวพรรณได้ร้อยละ 51.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพผิวพรรณสามารถพิจารณาได้จาก 1.) การที่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพผิวคาดคะเนถึงอุปสรรคหรือผลเสียของการดูแลสุขภาพผิวพรรณเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับพวกเขา การดูแลผิวพรรณจะน้อย แต่หากรับรู้บ่อย คือ รู้สึกว่าไม่ยุ่งยากสำหรับตน การดูแลก็จะมากขึ้น 2.) การมีความเชื่ออำนาจภายในตน ถ้ามีสูงย่อมส่งผลให้เกิดความมั่นใจ ว่าการมีสุขภาพผิวที่ดีนั้นเกิดจากการกระทำของตนเอง ฉะนั้นผู้รับบริการตรวจสุขภาพผิวจะดูแลสุขภาพผิวของตนเป็นอย่างดี 3.) การที่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพผิวรับรู้ถึงความรุนแรงของผลที่เกิดขึ้นหากไม่ดูแลสุขภาพผิวพรรณ เพราะผลเสียที่เกิดขึ้นกับผิวพรรณ จะสร้างความกังวลใจให้กับผู้รับบริการตรวจสุขภาพผิว ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่สนใจในเรื่องของรูปร่างหน้าตา และความสวยงาม ส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพผิวพรรณมากขึ้น และ4.) การคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณของผู้รับบริการตรวจสุขภาพผิวว่ามีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขา ถ้าสิ่งที่ทำเป็นสิ่งที่มีความหมายมาก จะกระตุ้นให้มีการดูแลมากขึ้น แต่ถ้ารู้สึกว่าการดูแลที่ได้รับมีน้อย การดูแลก็จะน้อยด้วย ซึ่งผลการวิจัยข้างต้นต่างจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และโรคเอดส์ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้เป็นครั้งแรก เนื่องจากโรคมะเร็ง และโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกคน แต่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นได้ในบางคนเท่านั้น จึงเป็น

ปัจจัยแรกที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ซึ่งบุคคลจะรับรู้อยู่แล้วว่า โดยธรรมชาติผิวของทุกคนย่อมเสื่อมโทรมไปตามกาลเวลา ฉะนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มากำหนดการดูแลผิว แต่เป็นการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณที่เข้ามามีอิทธิพล เนื่องจากการมีผิวที่เสื่อมโทรมไม่ได้แสดงให้เห็นอย่างรวดเร็ว ต้องใช้เวลานานถึงจะเห็นผลเสียอย่างชัดเจน และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตหากเราไม่ดูแล ดังนั้นบุคคลจึงพิจารณาถึงอุปสรรคในการดูแลผิวเป็นอันดับแรกว่ามีความยุ่งยากมากน้อยแค่ไหนในการดูแลผิวให้แข็งแรง

สำหรับตัวแปรพยากรณ์ ที่ไม่สามารถเข้าสู่สมการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ถึงจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($r = .354, P < .001, r = -.105, P < .05, r = -.199, P < .001$) ก็ตาม แต่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ต่างก็มีความสัมพันธ์กับตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสู่สมการด้วย โดยที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ($r = .594, P < .001$) การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($r = .497, P < .001$) การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($r = -.306, P < .001$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($r = .358, P < .001$) ในระดับสูง สำหรับความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตน ($r = -.310, P < .001$) เพียงตัวเดียว ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีความสัมพันธ์ และตัวแปรสุดท้าย คือ ความเชื่ออำนาจโชคชะตา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($r = .190, P < .05$) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ($r = .421, P < .001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ($r = .112, P < .05$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($r = -.311, P < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่บุคคลมีความเชื่อในโชคชะตามากหรือน้อย ไม่มีผลต่อการประเมินความเป็นไปได้ หรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับการมีสุขภาพผิวที่ไม่แข็งแรง นอกจากนี้ โดยหลักการแล้วการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตัวพยากรณ์แต่ละต้องเป็นอิสระจากกัน แต่ตัวแปรทั้ง 3 ต่างมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ซึ่งถือว่าไม่เป็นอิสระจากกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถเข้าสู่สมการการทำนายได้ ทำให้ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผิวพรรณสูงกว่า เป็นตัวแทนในการเข้าสู่สมการการทำนาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนักสวรรณ

อินประสิทธิ์ (2536 : 65) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคซิกาโคซีส ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคซิกาโคซีส

2. การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ตามปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า หญิงที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าชาย แต่ชายที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณ การมี ผิวเปล่งปลั่ง ดูสดใสตลอดเวลา เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้หญิง โดยธรรมชาติมนุษย์เพศชายมีจุดเด่นที่ความแข็งแรง ส่วนมนุษย์เพศหญิงมีจุดเด่นในเรื่องของความสวยงาม ความอ่อนโยน จึงทำให้เป็นผู้รักความสวยงามเพื่อสร้างความประทับใจและดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ดังสุภาษิต ไบรอนที่กล่าวว่า "ไก่องามเพราะขน คนงามเพราะแต่ง" เป็นเหตุให้ผู้หญิง มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้การศึกษานี้ได้ศึกษากับกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มหันมาสนใจในรูปร่างหน้าตา การแต่งกาย การไว้ทรงผม ผิวพรรณ (พรพิมล เจียมนครินทร์. 2539 : 120-121) โดยวัยรุ่นหญิง มีความสนใจในส่วนตัวต่างๆ ของร่างกาย มากกว่าวัยรุ่นชาย (ปราณี รามสูตร. 2522 : 59) จากสาเหตุดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า เพศหญิงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าเพศชาย แต่เพศชายที่รับบริการตรวจสุขภาพผิว มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าเพศหญิง เพราะวัยรุ่นชายจะสนใจกิจกรรมที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับร่างกาย การดูแลผิวพรรณจึงมิใช่กิจกรรมที่เพศชายควรปฏิบัติ ทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องที่เสียเวลา และยุ่งยากสำหรับตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรวิทย์ วิภาตะวณิช (2544 : 84) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษา และสอดคล้องกับ พอร์เตอร์ (พรรณทิพา เหมแหวน. 2543 : 81 ; อ้างอิงจาก Porter; et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาความระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์

สำหรับอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13-15 ปี และ 16-18 ปี และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 19-21 ปี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13-15 ปี 16-18 ปี สำหรับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 13-15 ปี มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่อายุ 19-21 ปี และ 22 ปีขึ้นไป และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีอายุ 16-18 ปี มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่อายุ 19-21 ปี และ 22 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6-9 บางส่วน ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจุบันนี้การมีผิวเหี่ยวแห้ง เป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของคนไทย โดยเฉพาะวัยหนุ่มสาว (เรณู โคตรจรัส. 2543 : 57) ในเรื่องของผิวพรรณ อายุมีส่วนสำคัญอย่างมากที่ทำให้ ผิวพรรณเปลี่ยนแปลงสภาพไปจากเปล่งปลั่ง สดใส กลายเป็นเหี่ยวแห้งและหมองคล้ำได้ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ ทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และมีการรับรู้ความรุนแรงในการมีผิวพรรณที่ไม่ สดใส หมองคล้ำ เหี่ยวแห้ง เป็นต้นแตกต่างกัน อายุมากขึ้น การคาดคะเนความเป็นไปได้ และความกังวลจะมีมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า เพราะอายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายจะเสื่อมถอยลง สำหรับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคก็เช่นเดียวกัน คนที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะที่ดีกว่า มีประสบการณ์ที่สุ่มรอบคอบกว่าคนที่อายุน้อยกว่า ทำให้สามารถรับรู้ถึงทางเลือกที่มีทั้งผลดี และผลเสีย ซึ่งจะต้องตัดสินใจเลือกที่จะกระทำวิธีที่ดี และเหมาะสม หากพบว่า มีผลดีมากกว่าผลเสีย บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวพรรณของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของถนอมวรรณ อยู่ช้า (2536 : 98-99) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมทางด้านเจตคติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และสอดคล้องกับกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 76-82) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเจตคติในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเจตคติในการดูแลสุขภาพ ถึงจะไม่ใช้การศึกษาโดยตรง เนื่องจากความเชื่อเป็นค่านิยม และเจตคติที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง(สุรเดช สํารานจิตต์. 2527 : 8 อ้างอิงจาก ; Whiting and Child. 1972 : 36) สำหรับการเปรียบเทียบรายคู่ของผู้ที่มีอายุ 13-15 ปี กับ 16-18 ปี และผู้ที่มีอายุ 19-21 ปีกับ 22 ปีขึ้นไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพ ผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้

ประโยชน์จากการ ดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ6-9 ในบางส่วน อาจเนื่องมาจากการมีช่วงอายุ และวัยที่ใกล้เคียงกัน โดยที่อายุ 13-15 ปีกับ 16-18 ปี จัดว่าเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้น ส่วนผู้ที่มีอายุ 19-21 ปีกับ 22 ปีขึ้นไป อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย จึงทำให้การรับรู้ ความเชื่อ หรือความสนใจในเรื่องผิวพรรณที่คล้ายคลึงกัน

ผลการศึกษาดัชนีการศึกษาระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิว มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมต้น และมัธยมปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ.01 และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับปวช.หรือปวส. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และปวช/ปวส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ.05 ตามลำดับ และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10-13 ที่ตั้งไว้บางส่วน ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาเป็นตัวแปรสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงเจตคติหรือความเชื่อ คนที่มีการศึกษาสูงและประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เจตคติที่กว้างไกล รอบรู้ในสิ่งต่างๆได้มาก และรวดเร็ว (เป็นทิพย์ บุญชาติ. 2536 : 87 ; อ้างอิงจากสุโท เจริญสุข. 2520 : 40-41) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องสุขภาพของตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามาจากการใช้สติปัญญา และประสบการณ์ การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าคนมีการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน ก็จะมีโอกาสเกิดความเชื่อ เจตคติ หรือการรับรู้ที่คล้ายกันได้ และในทางตรงกันข้าม คนที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน ก็ย่อมมีความคิดเห็น การรับรู้ เจตคติ ความเชื่อแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการ

มีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 88-90) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี พงษ์ทอง ป่องภัย (2528 : 83) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ปิ่นทิพย์ บุญชาติ (2536 : 71-72) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และโสพรรณ โพทะยะ (2532 : 90-92) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สำหรับการเปรียบเทียบรายคู่ของผู้ที่มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมต้น กับมัธยมปลาย ปวช./ปวส กับมัธยมปลาย และปวช./ปวส. กับปริญญาตรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10-13 บางส่วน อาจเนื่องมาจากแต่ละคู่มิระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยที่นักเรียนชั้นมัธยมจะมีระเบียบกฎเกณฑ์ ลักษณะการเรียนการสอนคล้ายคลึงกัน ส่วนนักเรียนปวช./ปวส. เป็นกลุ่มที่มีการศึกษากำกั้ระหว่างนักเรียนมัธยมปลาย กับ นิสิตปริญญาตรี จึงทำให้การรับรู้ หรือความเชื่อไม่แตกต่างกัน

ส่วนผลการศึกษาของรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป 30,001- 40,000 บาท และ 20,001 - 30,000 บาท มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 40,001 บาทขึ้นไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 20,001 - 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัว ตั้งแต่ 20,000 บาทลงมา มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท 30,001-40,000 บาท และ 40,001 บาทขึ้นไป และผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท

มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ 40,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อ 14-17 บางส่วน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต รายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่จะมีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น ทั้งในด้านการศึกษาคหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem. 1988 : 175) นอกจากนี้รายได้ที่สูงก็สามารถผิวพรรณสุขภาพได้คล่องตัว มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเวช โชติกวนิชย์ (2539 : 119) ที่ได้กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพนักงานโรงงาน โดยพนักงานที่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 - 20,000 บาท มีความเชื่อทางสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ถ้ามีรายได้น้อย ก็ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ยุ่งไปในการทำมาหากินเลี้ยงชีพ ขาดโอกาสในการรับรู้ รับฟังข่าวสาร หรือแสวงหาความรู้ต่างๆ จึงอาจทำให้ความเชื่อ และการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการป้องกันโรค ซึ่งต่างจากผู้ที่มีรายได้สูง จากที่กล่าวมาเป็นเหตุทำให้ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า และผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า มีการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับปิ่นทิพย์ บุญยชาติ (2536 : 73-75) ที่ศึกษาผู้ป่วยหญิงที่มีรายได้ 7,500 บาทขึ้นไป มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าผู้ป่วยหญิงที่มีรายได้น้อยกว่า 2,490 บาท และสอดคล้องกับพวงทอง ป้องภัย (2528 : 84) ที่ศึกษาบรรดาไทยพุทธที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีความเชื่อด้านการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ และกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง มีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ สำหรับการเปรียบเทียบรายค่าของผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 20,001-30,000 บาท กับ 30,001-40,000 บาท และ 30,001 - 40,000 บาท กับ 40,001 บาทขึ้นไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14-17 บางส่วน อาจเนื่องมาจากแต่ละคู่มิระดับรายได้ของครอบครัวที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้การรับรู้ ความเชื่อในการดูแลผิวพรรณไม่แตกต่างกัน

ส่วนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลสุขภาพผิวพรรณมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพน้อย อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 และ 19 ทั้งนี้เพราะปัจจุบันนี้เป็นโลกแห่งยุคข่าวสาร เทคโนโลยี สารสนเทศทำให้การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่สาธารณชนได้อย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นจากสื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวิทยุ เป็นต้น ที่มีเนื้อหาหลากหลายเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพความงาม และผิวพรรณ กำลังได้รับความสนใจ สื่อต่างๆพยายามนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผิวพรรณแก่ประชาชน ทำให้บุคคลมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นว่า การดูแลผิวมีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อตัวเองมากขึ้น เล็งเห็นถึงผลเสียที่เกิดขึ้นหากไม่ดูแลผิว ประกอบกับผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวเองก็มีความเป็นห่วงกังวลรูปร่างหน้าตาของตนเอง และเกิดความรู้สึกต้องการมีสุขภาพผิวพรรณที่สมบูรณ์ แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของปิ่นทิพย์ บุญชาติ (2536 : 86) ได้กล่าวว่าการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบเกี่ยวกับโรคเอดส์ จากหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน เร่งรัดรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ในกลุ่มประชาชน ทั้งในการควบคุมป้องกันและการแพร่ของเชื้อโรคเอดส์ ย่อมก่อให้เกิดความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ จากข้อความดังกล่าวพอสรุปได้ว่าผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ได้รับข้อมูลสุขภาพผิวพรรณแตกต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับกาญจณี หวังถิรอำนวย (2531 : ก) ศึกษาการเปิดรับข่าวสารความรู้ และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ และชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การเปิดรับข่าวสารทั่วไป และข่าวสารโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง ตามสื่อต่างๆ เช่นหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อจากบุคคล เช่นบุคคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ สอดคล้องกับโสพิณ อมรจิตรานนท์ (2534 : 73) พบว่า กลุ่มทดลองที่ให้ดูวีดิทัศน์เรื่องการเสนอความน่ากลัวของโรคมะเร็งเต้านม และให้คำแนะนำอย่างละเอียด แล้วแจกเอกสารแผ่นพับ มีการรับรู้ความร้ายแรงของโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับแต่เอกสารแผ่นพับ และกลุ่มที่ไม่ได้ชมภาพยนตร์ หรือรับเอกสารแผ่นพับเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสิณี จงพิพัฒน์วณิชย์ (2541 : ง) ที่ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ที่ศึกษาเพิ่มเติมว่าส่งผลต่อการเรียนรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอหรือไม่นั้น พบว่า ผู้ที่รับบริการตรวจสุขภาพผิวที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 และ 21 ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มคนที่มีความเชื่อภายในตน กับภายนอกตน

มีลักษณะของแนวคิดต่างกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือผู้ที่มีความเชื่อภายในตน จะเชื่อว่าการมีสุขภาพผิวที่ดีเกิดขึ้นจากการกระทำของตน มั่นใจว่าตนสามารถควบคุมสุขภาพผิวของตนเองได้ จึงทำให้ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความกระตือรือร้น และมีแรงจูงใจสามารถปรับหรือควบคุมสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี (Rotter, 1966 : 1) ส่งผลให้มีการคาดคะเนความเป็นไปได้หรือโอกาสเสี่ยงในการมีผิวที่เสื่อมโทรม และรู้สึกกังวลกับการมีผิวที่เสื่อมโทรม แตกต่างจากผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอก ที่เชื่อว่าโชคชะตา ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่น มีอิทธิพลต่อสุขภาพผิวพรรณ ไม่สามารถควบคุมสุขภาพผิวพรรณของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นีรนุช เทพหัสติน ณ อยุธยา (2542 : 68) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนในการตัดสินใจเลือกอาชีพ และทัศนคติ (2539 : 101) ที่ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับตน ถึงแม้ไม่ใช่การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอโดยตรง แต่เป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับการรับรู้ ซึ่งในทัศนะของผู้วิจัยการรับรู้ดังกล่าว เป็นกระบวนการในการแปล และตีความการรับรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ให้รู้จักและเข้าใจในสิ่งนั้น ซึ่งน่าจะอธิบายการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอได้ โดยผลพบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนในการตัดสินใจเลือกอาชีพ (นีรนุช เทพหัสติน ณ อยุธยา, 2542 : 68) และมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับตน (ทัศนคติ, 2539 : 101) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ซึ่งผลในครั้งนี้อาจใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพผิวพรรณ สิ่งที่สำคัญเป็นอันดับแรกที่จะทำให้บุคคลหันมาสนใจดูแลผิวด้วยตนเองได้นั้น คือ การทำให้บุคคลรับรู้ถึงอุปสรรค เช่น การเสียค่าใช้จ่าย หรือความยุ่งยาก เป็นต้น ให้เกิดน้อยที่สุด โดยผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันหาแนวทางปรับเปลี่ยนความคิดเห็นที่เห็นว่า การดูแลผิวเป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับตน โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่า หน่วยงานภาคเอกชนที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มวัยรุ่น ควรปรับลดราคาสินค้าลงให้เหมาะสมกับวัยเรียนซึ่งยังไม่มีรายได้เป็นของตนเอง สำหรับหน่วยงานภาครัฐ ควรพิจารณาเนื้อหาในวิชาสุขศึกษา หรือเนื้อหาในการนำเสนอความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณด้วยตนเอง

โดยให้มองเห็นว่าการดูแลผิวพรรณไม่ใช่เรื่องที่ย่างยาก การเสนอเนื้อหาควรแสดงให้เห็นถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากไม่ดูแลผิวพรรณว่าไม่ส่งผลดีต่อบุคลิกภาพ และการเข้าสังคม และเน้นให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณว่าส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายประกอบกันไปด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง จึงควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างให้กลุ่มวัยรุ่นมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากขึ้น โดยผู้วิจัยเห็นว่าควรจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ได้เสนอความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น เป็นตัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการดูแลผิวพรรณอีกทางหนึ่ง

2. จากผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ และการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ดังนั้นผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น วิธีการทำความสะอาดที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น กับกลุ่มเป้าหมายเพศชาย ที่มีอายุน้อย มีระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่ำ เพื่อให้มีการรับรู้ในด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เพราะการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนอกจากจะส่งผลทำให้มีผิวพรรณที่ดีแล้ว ก็ยังทำให้มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงด้วย โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่า

2.1 ควรมีการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบของสื่อสิ่งพิมพ์ ส่งกระจายไปตามโรงเรียน หรือมหาวิทยาลัยต่างๆ และจัดรายการกระจายเสียงให้ข้อมูล และตอบปัญหาเกี่ยวกับผิวพรรณ ควรจัดให้มีการอบรมแก่ผู้ปกครอง เพื่อนำไปถ่ายทอดให้แก่บุตรหลาน เพราะในเรื่องของการดูแลผิวควรเริ่มปฏิบัติตั้งแต่เยาว์วัย จึงส่งผลที่ดีในระยะยาว หากมีการรับรู้ในด้านต่างๆ เมื่อสูงอายุแล้ว อาจจะทำให้ช้าเกินไป สำหรับการมีสุขภาพผิวพรรณที่ดี

2.2 ควรจัดกิจกรรมนอกสถานที่ โดยมีรูปแบบของการแนะนำเป็นรายบุคคล สำหรับผู้ที่สนใจ ตามสถานที่ที่เป็นแหล่งรวมตัวของกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้ถึงเป้าหมายอย่างแท้จริง

3. ผลการวิจัย พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณที่แตกต่างกัน มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเป็นไปได้และผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากไม่ดูแลสุขภาพผิวพรรณ โดยผู้วิจัยเห็นว่า ควรเผยแพร่ให้ครอบคลุมสื่อต่างๆ ตั้งแต่สื่อบุคคล วิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร และหนังสือพิมพ์ นอกจากนั้นควรพิจารณาเนื้อหาให้เหมาะสม การใช้เทคนิค และวิธีการเผยแพร่ที่แปลกใหม่ เช่น การใช้สีส้นให้

สะดวกตา หรือใช้สัญลักษณ์ที่กำลังอยู่ในความสนใจของวัยรุ่น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้มากยิ่งขึ้น

4. ผลการวิจัย พบว่า การมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ และการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณ ดังนั้น ควรเสริมสร้างความเชื่ออำนาจภายในตนให้มีการพัฒนาตั้งแต่ยังเยาว์วัย ด้วยวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ให้อิสระในการเสนอความคิดเห็น ในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการรับรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเรื่องนี้กับกลุ่มตัวอย่างทั่วไป ไม่เจาะจงเฉพาะผู้ที่มาตรวจสุขภาพผิวพรรณที่ศูนย์ และเก็บกับกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุกว้างขึ้น ไม่เฉพาะแต่กลุ่มวัยรุ่นเท่านั้น เพราะกลุ่มวัยทำงาน หรือกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่น่าสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพผิว ซึ่งอาจจะได้ผลเหมือนหรือต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ภายในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยทางครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลิกภาพ ความรู้เรื่องโรค กับการรับรู้ในด้านต่างๆ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผิวพรรณ และรูปแบบในการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

4. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลอง โดยการสร้างโปรแกรมหรือแบบทดลอง เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผิวพรรณของบุคคลให้มีมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผลดุจวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- กรองแก้ว สุขแสง. (2540). พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- กาญจณี หวังถิรอำนาจ. (2531). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ถ่ายเอกสาร.
- กิตติยา เตชะไพโรจน์. (2533). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลมาตรฐาน การระวัง และควบคุมการติดต่อเชื้อเอดส์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- แก้วตา. (2532). แต่งสวยให้ผิวงาม. กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.
- โกสม นัยรุ่งเรือง. (2533). การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(ชีวสถิติ) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังโดยเฉพาะจากพญาศลิณี. (2545). ใน การดูแลด้วยตนเอง. ชุตติมา ศรีทอง(เรียบเรียง). กรุงเทพฯ: อิมเมจพับลิชชิง.
- จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. (2541). การดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพ. ใน สุขภาพเพื่อชีวิต โครงการศึกษานุเคราะห์การหมวดศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. สุชาติ โสมประยูร (บรรณาธิการ). หน้า 61-91. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ดวงกมล อัครอนุสรณ์. (2527). *การศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- นภัศวรณ อินประสิทธิ์. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคซึลโคซิส ของคนงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- นිරุช เทพหัสดิน ณ อยุธยา. (2542). *การศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนและ ภาวะอำนาจภายใน-ภายนอกที่มีต่อการตัดสินใจเลือกอาชีพที่เป็นและไม่เป็นวัฒนธรรม ทางอาชีพตามเพศของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม.(จิตวิทยาการให้ คำปรึกษา) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร
- ณอมวรรณ อยู่ขำ. (2536). *พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรม พลศึกษาในสวนกลาง*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- ทรรศนีย์ วงศ์บา. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพ และการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของ ทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนาก ทอภักดี. (2528). *ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลกับความเชื่ออำนาจ ภายในตนของเด็กวัยรุ่นไทย*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- _____ (2539). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดู ความเชื่ออำนาจภายใน ตน และความคิดเห็นเกี่ยวกับตนของเด็กในเมืองและชนบท*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปราณี รามสูตร. (2522). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: รุ่งวัฒนา.
- ปิติ พลังวชิรา. (2543). *ผิวดีมีสุข*. กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.

- ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. (2536). *ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิง ที่มาตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี*.
 ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- พรพิมล เจียมนครินทร์. (2539). *พัฒนาการวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ต้นอ่อนแถมมี.
- พรณี ปานเทวีญ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ออมาัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงาน อุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ_วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.*
- พรรณทิพา เหมแหวน. (2543). *ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*.
 ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- พรรณวิภา กฤษฎาพงษ์. (2537). *ผิวหนัง ปรากฏการณ์แรกของร่างกาย*. ใน *สูตรลับสำหรับคนกลัวแก่*. กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิง. 7-16.
- พวงทอง ป็องภัย. (2528). *การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ มารดาไทยพุทธ และไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. (2531). *รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549. (2544, กรกฎาคม-ธันวาคม). *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข*. 4(3-4) : 100-102.

- ภิญโญ จิตต์ธรรม. (2518, กรกฎาคม). ความเชื่อ. วารสารรวมคำแหง. กรุงเทพฯ: 2(2) : 54.
- มนตรี อนันต์รักษ์. (2517). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติแบบควบคุมจากภายใน-ภายนอกตน
ความคิดทางวิทยาศาสตร์ และความเชื่อโชคลางในกลุ่มผู้มีอาชีพครู. วิทยานิพนธ์
กศ.ม.กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี นีวัตรราตร. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มัตติโก. (2530). แนวความคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน การดูแลสุขภาพ
ตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์ด้วย ปริดาวัลย์ และคณะ(บรรณาธิการ).
ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา: นครปฐม.
- รัตนา วงษ์พิทักษ์รัตน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโรงพยาบาล
นครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- รัชนี วรจินดา. (2532). การเสริมสร้างความงาม. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. (2534 : 30-45). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้
เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดติดทางเส้นเลือด เพื่อ
ป้องกันโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งศรี ศศิธร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุม
ทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง
ในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งศรี ยิ่งทอง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ กับพฤติกรรม
ในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในเขตจังหวัดราชบุรี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- รัฐบาลไทย. (2545, มกราคม-มีนาคม). คำประกาศนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์ "ปีแห่งการ
สร้างสุขภาพ" ทั่วไทย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน 3(1) : 1-47
- เรณู โคตรจรัส. (2543). คู่มือคนรักผิว. ใน ชุดความรู้เพื่อชุมชน เล่มที่ 35. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ณ เทพา. (2540). วิธีเสริมสวยมือและเล็บมือ. ใน สวยนึ่ง ทั่วเรือนร่าง. หน้า 66-76. กรุงเทพฯ:
เยอร์บีร่า

- วรวิทย์ วิภาตะวงษ์. (2544). *ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาภาควิชาการโรงแรมและการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยสยาม*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- วาสนี จงพิพัฒน์วณิชย์. (2541). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม.(ประชากรศึกษา) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- วิจิตรา ทองสง่า. (2540). *ผู้หญิงสวยและเก่ง*. กรุงเทพฯ: ทิวลิป.
- วัฒนา พัชรานิช. (2534). *เอกสารคำสอนจิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครูบ้านสมเด็จ.
- ศิริเชษฐ์ โชติกวณิชย์. (2539). *การศึกษาความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ของพนักงานในโรงงานนิคมอุตสาหกรรม มาบตาพุด จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2532). *การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- ศิริลักษณ์ พิมพ์รเมธากุล. (2540). *คู่มือดูแลสุขภาพเล็บ ขน และผิวหนัง*. กรุงเทพฯ: สมิต.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพฯ: วีเจพรีนติ้ง.
- (2537). *ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลตนเอง*. ใน *นิตยสารเพื่อสุขภาพ (Health)*. 3(31) : 46-49.
- สมนึก อมรสิริพานิชย์. (2545). *ผมมงกุฎแห่งความสง่างาม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอ็น.จี. จำกัด
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2546). *จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- สุนีย์ ละกำปิ่น. (2541). *การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่5*. วิทยานิพนธ์ กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- สุรเดช สำราญจิตต์. (2527). *ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา 12*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.

- สุรี โอภาสศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- สุวารีวรรณ กิจสมัค. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดใน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล เรียงวัฒนสุข. (2540). มนุษย์กับสังคม. ใน จิตวิทยาทั่วไป. 373-404. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- โสพรรณ โพทะยะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษา ต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- โสพิน อมรจิตรานนท์. (2534). ผลการเสนอความน่ากลัว การให้คำแนะนำอย่างละเอียดโดยใช้ วิดีทัศน์ และการให้คำแนะนำ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ และความรู้ เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ถ่ายเอกสาร.
- อรทัย รวยอาจิม. (2531). ความเชื่อและพฤติกรรมการตรวจปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแผน ควบคุมโรคมะเร็งในเขตชนบทของประเทศอินเดีย. วิทยานิพนธ์ ส.ด. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัย สุดสุข. (2535, มิถุนายน-กรกฎาคม). โครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองกับนโยบายพัฒนา สาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. 9-10.
- อังคณา วิทยวีรศักดิ์. (2534). การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.
- เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ขณะ เข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ถ่ายเอกสาร.

- เอี่ยมพร ทองกระจ่าง. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธี เพื่อการพัฒนา
 สาธารณสุข. ใน *ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพตนเอง*. ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง
 หงษ์วิวัฒน์(บรรณาธิการ). ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา:
 นครปฐม.
- Becker, M.H.; & Maiman, L.A. (1975, January). Sociobehavioral Determinants of
 Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 8(1)
 : 10-24.
- Cumming, K.M.; et al. (1979, June). Psychosocial Determinants of Immunization Behavior
 in a Swine Influenza Campaign. *Medical Care*. 17(6) : 639-649.
- Gall, Y.; & Chappius JP. (1994). Skin Care Products for Normal, Dry and Greasy Skin. in
Cosmetic Dermatology. Baren, R.; & Maibach, Hl. editors. pp. 89-110.
- Gast, H.; et al. (1989). Self-Care Agency ; Conceptualizations and Operationalizations.
Advances in Nursing Science. 12(1) : 26-38.
- Ginsberg Mitchell. (1972). *Mind and Belife : Psychological Ascription and the Concept of
 Belief*. Humanities Press, USA : 267.
- George, J. Hruza; & Jessica, L Fewkes. (1993). Demartologic Surgery. In *Dermatology in
 General Medicine*. Fitzpatrick, TB.; et al. editors.
- Haefner, D.P.; & Kirscht, J.P. (1970). Motivational and Behavioral Effects of Modifying
 Health Beliefs. *Public Health Replublication_85* : 478-484.
- Hallal, J.C. (1982, May-June). The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control,
 and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Woman.
Nursing Research. 31(3) : 137-142.
- Hayes, Diane; & Ross, C.E. (1987, June). Concern with appearance, Health Belief and
 Eating Habits. *Journal of Health and Social Behavior*. 28 : 120-130.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. (1984, Spring). The Health Belief Model : A Decade Later.
Health Education Quarterly_11(1) :1-47.
- Lakin, J.A. (1988, March). Self-Care, Health Resources and Preventive Health Behavior :
 Patterns and Predictions. *Public Health Nursing*. 5 : 37-44.
- Langlie, J.K. (1977, September). Social Networks, Health Belief, and Preventive Health
 Behavior. *Journal of health and Social Behavior_18* : 244-260 .

- Lefcourt, H.M. (1983). *Research with the Locus of Control*. Vol.2, Newyork : Academic Press.
- Lipsan, J.G.; & Steiger, N.J. (1996). *Self- Care Nursing in a Multiculltural Context*. Housand Oaks, California : SAGE Publication.
- Maiman,L.M.; & Becker, M.H. (1974, Winter). "The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory," *Health Education Monographs_2(4)* : 336-353.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concept of Practice*. New York : Mcgraw-Hill Book.
- _____ (1995). *Nursing : Concept of Practice*. 5th ed. St. Louis : Mosby-Year Book.
- Robinson, J.P.; & Shaver, P.R. (1980). *Measures of Social Phychological Attitudes*. 6 Michigan : The University of Michigan : 171-173.
- Roelandts, R. (1994). Aging and Photojoaging. in *Cosmetic Dermatology*. Baren, R.; & Maibach, HI. editors. pp. 321-332.
- Rosenstock, I.M. (1974, Winter). Historical Origin of the Health Belief Model. *Health Education Monographs_2(4)* : 328-353.
- _____ (1974, Winter). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs_2(4)* : 355-383.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs : General and Applied*. 80 : 1-25.
- Strickland, B.R. (1977). Internal-External control of Rainforcement . in Tomas Blass(ed.). *Personality Variable in Social Behavior*. New york, John Wiley and Sons, 219-280.
- _____ (1978)."The Prediction of Social Action from a Dimension of Internal-External control. *Journal of Psychology*. 60 : 353-358.
- Wallston, B.S. et al. (1976). Development and Validition of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44 : 580-585.
- Yep, Gust A. (1993, March). HIV Preventive among Asian-American College Student : Does the Health Belief Model Work?. *Journal of American College Health*. 4(5) : 199-205.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
ตารางสรุปรงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตาราง 1 สรุปงานวิจัยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ (Pearson Correlations) ของความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค) และความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ(ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา) กับพฤติกรรมการสุขภาพต่างๆ

ชื่อผู้วิจัย	พฤติกรรมสุขภาพ / กลุ่มตัวอย่าง	รับรู้โอกาสเสี่ยง	รับรู้ความรุนแรง	รับรู้ประโยชน์	รับรู้อุปสรรค	เชื่ออำนาจภายในตน	เชื่ออำนาจผู้อื่น	เชื่ออำนาจโชคชะตา
ฮาลอล (Hallal, 1982 : 137-142)	ป้องกันมะเร็งเต้านม / หญิงอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 207 คน	+ .149 (P<.05)	—	+ .286 (P<.01)	—	ไม่สัมพันธ์	-.172 (P<.05)	ไม่สัมพันธ์
พรณี ปานทวีญ (2533 : 57)	แบบแผนการดำเนินชีวิต / คนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 615 คน	—	—	—	—	+ .194 (P<.001)	+ .146 (P<.001)	ไม่สัมพันธ์
อังศุมา วิริยะวิรัตน์ (2534 : 33-34)	การควบคุมตนเอง / ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 60 คน	—	—	—	—	+ .29 (P<.01)	-.21 (P<.05)	-.31 (P<.01)
รัศมีเช วิโรจน์รัตน์ (2534 : 30-45) และ	ความสามารถในการดูแลตนเอง / ผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่มาบำบัดโดยการดื่มเมทาโดนที่โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาล	—	—	—	—	ไม่สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์	-.163 (P<.05)

ตาราง 2 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	พฤติกรรมสุขภาพ / กลุ่มตัวอย่าง	รับรู้โอกาสเสี่ยง	รับรู้ความรุนแรง	รับรู้ประโยชน์	รับรู้อุปสรรค	เชื่ออำนาจภายในตน	เชื่ออำนาจผู้อื่น	เชื่ออำนาจโชคชะตา
ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 52-53)	ป้องกันโรคเอดส์ / ทหารเกณฑ์ที่เข้ามาเป็นไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 300 คน	+ .863 (P < .001)	—	—	—	+ .721 (P < .001)	+ .583 (P < .001)	-.312 (P < .001)
สุภาวีวรรณ กิจสมัคร์ (2539 : 135-137)	ป้องกันมะเร็งปากมดลูก / สตรีหลังคลอดอายุ 15-45 ปี จำนวน 310 คน	+ .424 (P < .001)	+ .347 (P < .001)	+ .290 (P < .001)	-.231 (P < .001)	+ .251 (P < .001)	ไม่สัมพันธ์	-.276 (P < .001)
เพชรรัตน์ อมรชีวัน (2541 : 91)	ป้องกันมะเร็งเต้านม / สตรีที่มีมารับบริการ ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน	ไม่สัมพันธ์	+ .244 (P < .05)	+ .239 (P < .05)	+ .336 (P < .05)	—	—	—
รัตนา วงศ์พิทักษ์โรจน์ (2543 : 119)	ป้องกันโรคเอดส์ / หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 75 คน	ไม่สัมพันธ์	+ .292 (P < .05)	+ .236 (P < .05)	+ .458 (P < .05)	—	—	—

หมายเหตุ : งานวิจัยที่สรุปงานนี้ ได้มีการศึกษาดังตัวแปรอื่นๆ ด้วย แต่ผู้วิจัยนำเสนอเพียงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยฉบับนี้เท่านั้น
— ไม่มีการนำตัวแปรมาศึกษา

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับบางพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกทั้งหมด และไม่พบความสัมพันธ์ 2 พฤติกรรม แต่การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกพฤติกรรมสุขภาพที่นำมาศึกษา ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ในเชิงทฤษฎีควรพบความสัมพันธ์เชิงลบ กล่าวคือ หากรับรู้อุปสรรคมาก การดูแลสุขภาพจะลดน้อยลง สำหรับงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและพบว่างานวิจัยฉบับดังกล่าว ได้มีการปรับมาตรวจวัดโดยมีการให้คะแนนในทางกลับกัน จึงทำให้พบผลในทางบวก ฉะนั้นผลในส่วนนี้ ถือว่ายังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆอยู่ ไม่ได้ขัดแย้งกับทฤษฎีแต่อย่างใด สำหรับความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับบางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ก็จะเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกทั้งหมด และไม่พบความสัมพันธ์ 2 พฤติกรรม ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีทั้งความสัมพันธ์เชิงบวก และลบ รวมทั้งไม่มีความสัมพันธ์ด้วย ส่วนความเชื่ออำนาจโชคชะตามีความสัมพันธ์กับบางพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะเป็นความสัมพันธ์เชิงลบทั้งหมด และไม่พบความสัมพันธ์ 2 พฤติกรรม

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ศึกษานั้น เป็นพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องใด

ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลสุขภาพภาพผิวพรรณ

แบบสอบถามการดูแลสุขภาพภาพผิวพรรณ

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภาพผิวพรรณของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำสารนิพนธ์ระดับปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และกรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความคิดเห็น และพฤติกรรมของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด ดีหรือไม่ดี คำตอบที่ดีที่สุด คือ คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงสำหรับท่านมากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่ง ที่ทุกท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ซึ่งคำตอบนั้นจะไม่ส่งผลเสียใดๆ ต่อท่าน แต่จะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อทางด้านวิชาการดังที่ได้กล่าวมาแล้วเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

น.ส. วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ

หญิง ชาย

2. อายุ

13 – 15 ปี
 16 – 18 ปี
 19 – 21 ปี
 22 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา (กำลังศึกษาอยู่)

มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ปวช./ปวส.
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้ของครอบครัว/เดือน (ตนเองหรือบิดามารดารวมกัน)

ตั้งแต่ 20,000 บาท ลงไป
 20,001 - 30,000 บาท
 30,001 - 40,000 บาท
 ตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป

5. ท่านเคยได้รับข้อมูลที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผิวหนัง จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด

แหล่งข้อมูล	ไม่เคยได้รับ	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
โทรทัศน์				
นิตยสาร				
หนังสือพิมพ์				
วิทยุ				
แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง				

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ : ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านว่ามีความเป็นไปได้ มากหรือน้อยเพียงใดในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ เนื่องจากการไม่ดูแลสุขภาพผิวพรรณ หรือการดูแลสุขภาพผิวพรรณอย่างไม่ถูกวิธี

เป็นไปได้ หรือ ไม่ว่า...	เป็นไปได้	ไม่น่าจะเป็นไปได้	ไม่แน่ใจ	เป็นไปได้	เป็นไปได้อย่างมาก
1. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง ทำให้ผิวหมองคล้ำ					
2. การนอนดึกเป็นประจำ ทำให้ใบหน้าไม่สดใส					
3. การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดสิวได้ง่าย					
4. การถูกแสงแดดเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดริ้วรอยเหี่ยวย่นก่อนวัย					
5. การปล่อยให้ผมตาดกแดด ทำให้เส้นผมแห้งกรอบ					
6. การเปลี่ยนสีผม เป็นการทำลายเนื้อผมภายใน ทำให้ผมเสีย และแตกปลาย					
7. การถูกความร้อนจากไดร์เป่าผมเป็นประจำ ทำให้เส้นผมแข็งและหยาบกระด้าง					
8. การหวีผมอย่างรุนแรง ทำให้เส้นผมหักขาด					
9. การขาดวิตามินและแร่ธาตุบางชนิด ทำให้เล็บเปราะบาง ฉีกขาดได้ง่าย					
10. การใช้มือจับถือของหยาบ หนัก หรือ ร้อนๆ อยู่ เสมอ ทำให้มือแข็งและหยาบกร้าน					
11. หากทาเล็บเป็นประจำ สารเคมีจากน้ำยาทาเล็บ ทำลายความชุ่มชื้นของเล็บ ทำให้เล็บกลายเป็นสีเหลืองขุ่น					

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ : ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านว่า ท่านกังวลหรือคิดว่าเป็นปัญหากับผลเสียในการมี สุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอเนื่องจากการไม่ดูแลสุขภาพผิวพรรณ หรือการดูแลสุขภาพผิวพรรณอย่างไม่ถูกวิธีมากหรือน้อยเพียงใด

ท่านรู้สึกกังวลเพียงใด กับผลเสียต่อไปนี้	ไม่กังวล เลย	ไม่น่า กังวล	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้าง กังวล	กังวล อย่างมาก
1. การมีผิวที่หมองคล้ำ					
2. กล้ามเนื้อ และผิวหนังหย่อนยานได้ง่าย					
3. การมีใบหน้าที่ไม่สดใส					
4. การมีริ้วรอยเหี่ยวย่นก่อนวัย					
5. การมีเส้นผมแห้งกรอบ					
6. การมีเส้นผมเสีย และแตกปลาย					
7. การมีเส้นผมที่แข็ง และหยาบกระด้าง					
8. เส้นผมหักขาดได้ง่าย					
9. เล็บเปราะบาง ฉีกขาดได้ง่าย					
10. ผิวหนังที่มือแข็ง และหยาบกร้าน					
11. การที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย					
12. เล็บสูญเสียความชุ่มชื้น กลายเป็น สีเหลือง ขุ่น					

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ : ให้ท่านใส่เครื่องหมาย
 ✓ ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านว่าเห็นด้วยมากหรือน้อยเพียงใด กับประโยชน์ที่จะ
 ได้รับความรู้จากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ท่านเห็นด้วยมากหรือน้อยเพียงใด กับข้อความต่อไปนี้	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
1. การดื่มน้ำมากๆ ช่วยทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่งสดใส				
2. การรับประทานผักและผลไม้ ช่วยชะลอริ้วรอยก่อนวัยได้				
3. การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยทำให้ผิวพรรณ ดูสดใส ไม่หมองคล้ำ				
4. การทาครีมกันแดดที่มีค่า SPF ที่เหมาะสม ช่วยปกป้อง ผิวหนังจากแสงแดด				
5. การใช้ครีมนวดผมเป็นประจำหลังการสระ ทำให้ผม นุ่มสลวย จัดทรงง่าย				
6. การอาบน้ำอุ่น ทำให้ผมนุ่มสลวย เงางาม				
7. การกดนวดศีรษะเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยกระตุ้น เลือดให้ไหลเวียนหล่อเลี้ยงหนังศีรษะได้ดี มีส่วนทำให้ เส้นผมมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น				
8. การหมักผมด้วยสารบำรุงเส้นผมชนิดต่างๆ เป็นการบำรุง ผมเสียให้เงางาม และมีน้ำหนัก				
9. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีสัดส่วน พอเหมาะ ทำให้เล็บมีสุขภาพดี				
10. การทำความสะอาดและตัดเล็บ เป็นการช่วยขจัด สิ่งสกปรก ป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย				
11. การทาครีมบำรุงมือ และเล็บเป็นประจำ ช่วยลดความ หยابกร้านที่เกิดจากการสัมผัสได้				
12. การนวดมือและเล็บเบาๆ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียน ของโลหิต				

2.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ : ให้อ่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านว่าเห็นด้วยมากหรือน้อยเพียงใด กับผลเสียที่เกิดขึ้นจากการมี พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ข้อความต่อไปนี้ เป็นเรื่องที่ <u>ยุ่งยาก</u> <u>ไม่สะดวก</u> หรือเป็นอุปสรรค สำหรับท่านมากหรือน้อยเพียงใด	ยุ่งยาก น้อยที่สุด	ยุ่งยาก น้อย	ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก มากที่สุด
1. การรับประทานผักและผลไม้				
2. การดื่มน้ำมากๆ				
3. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ				
4. การนอนหลับอย่างน้อย วันละ 8 ชั่วโมง				
5. การทำความสะอาดใบหน้าให้สะอาดหมดจด				
6. การทาครีมกันแดดก่อนออกจากบ้าน				
7. การบำรุงบำรุงผิวหน้า				
8. การกางร่ม หรือเลือกใส่เฉพาะเสื้อแขนยาว และ กางเกงขายาว เพื่อป้องกันแสงแดด				
9. การบำรุงเส้นผมด้วยวิตามินชนิดต่างๆ				
10. การตัด และทำความสะอาดเล็บ				

3. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ : ให้ท่านใส่เครื่องหมาย

✓ ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านว่าเห็นด้วยกับข้อความมากหรือน้อยเพียงใด

ท่านเห็นด้วยเพียงใด กับข้อความต่อไปนี้	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การไปพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนัง อย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับฉัน ที่จะช่วยให้ฉันมีผิวพรรณที่ดี					
2. เมื่อใดผิวพรรณของฉันหมองคล้ำ ฉันควรจะไป ปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนัง					
3. ฉันดูแลสุขภาพผิวพรรณด้วยตัวฉันเอง					
4. โชคชะตาจะเป็นตัวกำหนดว่า ฉันจะมีผิวพรรณ ที่ดีได้เร็วหรือช้า					
5. แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนัง จะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพผิวพรรณของฉัน					
6. คนที่มีสุขภาพผิวพรรณดี เป็นเพราะเขาโชคดี					
7. สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพผิวของฉัน คือการกระทำของฉันเอง					
8. ถ้าฉันดูแลสุขภาพผิวพรรณของฉันดีพอ ฉันก็สามารถชะลอริ้วรอยก่อนวัยได้					
9. ไม่ว่าจะดูแลผิวพรรณอย่างไรก็ตาม ก็ดูเหมือน ว่าสุขภาพผิวของฉันจะอ่อนแอลง					
10. ถ้าผิวจะต้องหมองคล้ำมันก็ต้องหมองคล้ำ ไม่มี ทางหลีกเลี่ยงได้					
11. ในเรื่องของสุขภาพผิวพรรณ ฉันจะปฏิบัติ ทุกอย่างตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น					
12. การที่ฉันมีสุขภาพผิวที่ดีขึ้นนั้น เป็นเพราะความ สามารถของแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญทางด้าน ผิวหนัง					
13. ถ้าเรารับประทานแต่อาหารที่มีประโยชน์ เราก็จะมีผิวพรรณเปล่งปลั่ง สดใส					
14. เมื่อฉันมีผิว แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้าน ผิวหนังเท่านั้นที่จะทำให้ผิวของฉันหายได้					

ท่านเห็นด้วยเพียงใด กับข้อความต่อไปนี้	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
15. คนที่ผิวพรรณเปล่งปลั่ง ก็เพราะชาติก่อนเขา ทำบุญมาดี					
16. การที่ผิวพรรณของฉันจะผุดผ่องหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับภาระกระทำของตนเอง					
17. ทันทีที่ฉันเป็นสิ่ว ฉันจะไปหาแพทย์หรือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนังทันที					
18. ถ้าฉันดูแลผิวอย่างถูกวิธี ฉันก็สามารถรักษา สภาพผิวให้ดีขึ้นได้					
19. แพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนังสามารถ ดลบันดาลให้ผิวของฉันเป็นอย่างไก็ได้					
20. ถ้าฉันแบ่งเวลาให้กับการออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ ผิวพรรณของฉันจะดีกว่านี้					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ : ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพียงช่อง
เดียวที่ตรงกับความเป็นจริงว่าท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับดูแลสุขภาพผิวพรรณ
บ่อยครั้งเพียงใด

ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่เคย ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	เป็น ประจำ
1. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว				
2. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่				
3. รับประทานผัก และผลไม้				
4. ออกกำลังกาย โดยเล่นกีฬาที่ชื่นชอบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที				
5. นอนหลับอย่างน้อย วันละ 8 ชั่วโมง				
6. ล้างหน้าอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง				
7. ทาโลชั่นกันแดด ก่อนออกจากบ้าน				
8. ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว เพื่อป้องกันแสงแดด				
9. กางร่ม หรือสวมหมวก เพื่อป้องกันแสงแดด				

ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
10. ทาโลชั่นบำรุงผิวกาย				
11. ทาครีมบำรุงผิวหน้า				
12. เลือกใช้แชมพูที่เหมาะสมกับสภาพเส้นผม				
13. ใช้ครีมนวดผม หลังจากการสระผม				
14. ใช้ผ้าขนหนูกดซับเบาๆ ขณะผมเปียก				
15. กดนวดศีรษะขณะสระผม เพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนมาหล่อเลี้ยงหนังศีรษะ				
16. การล้างทำความสะอาดมือ เล็บมือ เล็บเท้า				
17. ตัดเล็บให้เข้ารูป				
18. ระมัดระวังในการจับต้องสิ่งของต่างๆ ด้วยมือเปล่า				

ภาคผนวก ค.

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. ดร. นิยะดา จิตต์จรัส

หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มนตรี อุดมเพทายกุล

สถาบันผิวหนัง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

3. รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมานุกร

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ภาคผนวก ง.

ตารางแสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อ

ตารางแสดงค่าอำนาจจำแนก การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	.3556	7.	.3939
2.	.3002	8.	.5494
3.	.5804	9.	.5100
4.	.4787	10.	.3245
5.	.4783	11.	.3664
6.	.3704		

ค่าความเชื่อมั่น = .76

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในการมีสุขภาพผิวพรรณที่อ่อนแอ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	.6074	7.	.6873
2.	.5830	8.	.7161
3.	.6139	9.	.5658
4.	.7062	10.	.6400
5.	.6750	11.	.5249
6.	.6865	12.	.7957

ค่าความเชื่อมั่น = .91

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	.3774	7.	.4672
2.	.4938	8.	.5701
3.	.4572	9.	.4346
4.	.3993	10.	.5314
5.	.4247	11.	.4802
6.	.5178	12.	.5117

ค่าความเชื่อมั่น = .82

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการดูแลสุขภาพผิวพรรณ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	.4138	6.	.5663
2.	.2018	7.	.6377
3.	.4252	8.	.4066
4.	.5574	9.	.4350
5.	.5137	10.	.2673

ค่าความเชื่อมั่น = .78

แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ

ภายในตน		ผู้อื่น		โชคชะตา	
ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
3.	.3049	1.	.4676	4.	.2893
7.	.5073	2.	.5058	6.	.4081
8.	.5435	5.	.3701	9.	.1671
13.	.4982	11.	.4703	10.	.1483
16.	.4777	12.	.4151	15.	.2379
18.	.3167	14.	.4427		
20.	.4533	17.	.4320		
		19.	.3268		

ค่าความเชื่อมั่นความเชื่ออำนาจภายในตน = .72

ค่าความเชื่อมั่นความเชื่ออำนาจผู้อื่น = .71

ค่าความเชื่อมั่นความเชื่ออำนาจโชคชะตา = .44

แบบสอบถามการดูแลสุขภาพพิวพรรณ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1.	.2355	10.	.4484
2.	.3076	11.	.4958
3.	.2899	12.	.5134
4.	.2315	13.	.4398
5.	.2411	14.	.4893
6.	.2318	15.	.5146
7.	.4354	16.	.2623
8.	.3734	17.	.2356
9.	.3433	18.	.4066

ค่าความเชื่อมั่น = .74

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	วรินพร ยทสสิทธิ์โยธิน
วันเดือนปีเกิด	14 มกราคม 2519
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	661 ถนนทนุวัฒน์ แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	ปริญญาตรีคณะนิเทศศาสตร์ เอกการโฆษณา จากมหาวิทยาลัยกรุงเทพ
พ.ศ. 2537	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนยานนาเวศวิทยาคม
พ.ศ. 2534	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนมัธยมวัดดาวคะนอง