

บทที่ 2

วรรณคดีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบท ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง

เลวิน (Levin, 1976) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาในระดับสาธารณสุขขั้นต้น (Primary care level) ของระบบบริการสาธารณสุข

โอเรม (Orem, 1985) ให้ความหมายการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจัง มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2533) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจัง มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล แต่ละวัย ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นของมนุษย์ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของประชาชนโดยตรงที่จะจัดการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนต่อครอบครัวและชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ตามแบบแผน วัฒนธรรม และความเชื่อ ได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดต่อ ๆ กันมา การดูแลตนเอง จึงมุ่งเน้นการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิต

ประจำวัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หรือแบบแผนของชีวิต (Life style behavior) ที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การพักผ่อน การจัดความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) จากความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง พอสรุปได้ดังนี้ การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีขั้นตอน ระเบียบเพื่อบำรุงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนี้ เกิดขึ้นด้วยความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมของตนเองเป็นสำคัญ

กิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ฮิลและสมิท (Hall and Smith, 1985) มีแนวคิดว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องเป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ความคม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวคนนั้นเอง หรือภายนอกบุคคลก็ได้

ดีน (Dean, 1986) ให้คำนิยามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในด้านความเจ็บป่วย ในแง่ของนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาหมายถึงแนวพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ และประเมินอาการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการนั้น ๆ ว่า จะรักษามันด้วยตนเองอย่างมีัดวินิจัย หรือจะแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น รวมถึงการปรึกษาหารือในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการของผู้มีวิชาชีพพยาบาล เครือข่ายทางเลือกบริการรักษาอื่น ๆ ตลอดจนการประเมินและตัดสินใจ เพื่อกำหนดการปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อแนะนำที่ได้รับจากการปรึกษาหารือดังกล่าว

นอร์ริส (Norris, 1979) ได้สรุปกิจกรรมการดูแลสุขภาพไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเองในลักษณะของการสังเกตอาการหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ตลอดจนจิตใจของตนเพื่อประเมินหรือวินิจฉัย ภาวะสุขภาพของตนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะดังกล่าวต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อลงความเห็นและนำไปสู่การตัดสินใจ ในการเลือกปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อบำรุงไว้ซึ่งสุขภาพของตน

2. การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นไปตามปกติในสังคมของบุคคลนั้น เช่น การแปรงฟัน อาบน้ำ ล้างมือ รับประทานอาหาร ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันที่เกิดจากการเรียนรู้ และการยอมรับที่จะปฏิบัติตามนิสัย กิจกรรมเหล่านี้ บิดา มารดา และครอบครัวมีอิทธิพลในการสร้างประสบการณ์ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพดีโดยตรง

3. การดูแลตนเองตามการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับความสามารถ สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อของตน

4. การดูแลตนเองโดยการป้องกันโรคหรือภาวะที่ไม่สมดุลทางสุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการความรู้ ที่ปรึกษา ซึ่งการให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชน หรือการตอบปัญหาสุขภาพเหล่านี้ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชน

5. การดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพ การดูแลตนเองให้ได้รับบริการที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการด้านสุขภาพนั้น บุคคลต้องได้รับรู้ถึงแหล่งบริการในชุมชนที่ควรไปรับบริการเมื่อมีความต้องการ

6. การดูแลตนเองในแง่ของการตรวจสอบและติดตามแผนการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนในการรักษาที่ตนเองจะได้รับและสามารถตรวจสอบได้ว่าถูกต้องตามนั้นหรือไม่ บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถควบคุม ตรวจสอบได้ด้วยตนเอง

7. การดูแลตนเองโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไขหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จะช่วยพัฒนาหรือส่งเสริมการดูแลตนเองอีกรูปแบบหนึ่ง

บาร์ฟสกี (Barofsky, 1978) ได้จำแนกรูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่กระทำไปล่วงหน้าก่อนการแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ ประเด็นนี้เน้นความร่วมมือบริการการรักษาแบบสามัญชนมากมายชนิดที่บุคคล ครอบครัว เครือข่ายสังคม (Social network) ตลอดจนชุมชนเป็นผู้จัดหาขึ้น ตัวอย่างรูปธรรมกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบนี้ มีดังนี้

- ปฏิกริยาตอบสนองแบบ "ไม่รักษา (no action)" หรือ "รอดูอาการ (wait and see)" อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของการประเมินอาการโดยสามัญชน

- การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (non medication self-treatment) พฤติกรรมอาจปรากฏในรูปการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานน้อยลง การรับอากาศบริสุทธิ์ การรับประทานอาหารพิเศษ และกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ต่าง ๆ

- การใช้ยารักษาตนเอง (self-medication) เป็นรูปแบบพฤติกรรมการรักษาโดยสามัญชนที่สังเกตพบได้ง่ายที่สุด ยาที่ผู้มีได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้น แต่รวมถึงยาพื้นบ้าน (เช่น น้ำผึ้ง) และยาสมุนไพรต่าง ๆ

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติบนฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในกระบวนการรักษาเพิ่มเติมบริการที่ให้บริการโดยนักวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพตนเองในการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาการเลือดออกง่ายหยุดยาก (Haemophilia) เป็นต้น กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองประเภทนี้ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับจากวิชาชีพแพทย์มากที่สุด

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่ทำได้โดยมีเจตนาดัดแปลง ปรับแก้บริการ หรือคำแนะนำของผู้วิชาชีพ นี่เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความลึกซึ้งของมิติพฤติกรรมมากที่สุด อันอาจเห็นได้ในกรณีคนไข้ซึ่งเป็นฝ่ายกระทำ (activated patients) เมื่อเผชิญกับบริการรักษาหรือคำแนะนำที่คนไข้เชื่อว่าไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยสามารถหันไปหาทางเลือกการดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เขาอาจพยายามอธิบายเพื่อชี้ให้ผู้ให้บริการเห็นถึงข้อบกพร่องนั้น ๆ หรือกระทั่งเสนอแนะถึงมาตรการรักษาที่เขาเห็นว่าจะได้ผลมากกว่า ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจดัดแปลงการรักษาเสียเองให้สอดคล้องกับความเชื่อของเขา (เช่น เปลี่ยนเวลา และจำนวนของยาที่แพทย์สั่งให้รับประทาน) เลิกการรักษาหรือใช้การรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (ซึ่งเรียกว่าการรักษาหลายวิธีหรือ multiple treatment actions) ทางเลือกแบบสุดท้ายนี้ พบได้มากใน

ประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2533) กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะ พัฒนาการ สังคมชนบทกรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสิทธิภาพในอดีต

โอเรม (Orem, 1985) กล่าวว่า เพศ เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อกองไว้ซึ่งโครงสร้าง การกำหนดหน้าที่และสวัสดิภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับอายุ โดยในวัยเด็กจะมีพัฒนาการขึ้นเพียงเล็กน้อยและจะค่อย ๆ พัฒนาจนถึงขีดสูงสุดในช่วงวัยรุ่น และลดลง เมื่อถึงวัยสูงอายุ

อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการดูแลตนเองไว้ดังนี้

1. ตัวบุคคลเองขาดความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
2. สิ่งแวดล้อมที่ทำให้สุขภาพไม่ดี เช่น ความสกปรก ความแออัด อากาศเสีย เป็นต้น
3. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น ผู้หญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าคนชรา คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น
4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี ปัจจุบันสตรีเสมอภาคบุรุษ ทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาเลี้ยงดูบุตรหรือดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีเพียงพ่อแม่ลูก การดูแลสุขภาพจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์
6. อิทธิพลจากทัศนะของนักวิชาการในเรื่องบทบาทของการเจ็บป่วยว่าเมื่อประชาชนเจ็บป่วยต้อง ไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด และแพทย์เป็นผู้มีบทบาทให้ความช่วยเหลือ การเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอาจส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสมได้ ดังที่ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) ได้เสนอกรอบแนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองในแง่มุมมองของปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เป็นไปอย่างเหมาะสม 3 ประเด็น คือ

1. การมีส่วนร่วม (Participation) การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ โดยปัจเจกบุคคลและครอบครัว บทบาทหลักของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ที่การให้ข้อมูล ข่าวสาร และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลและครอบครัวทำการตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-decision) และจัดการด้วยตัวเอง (Self-management) อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพตนเอง ระบบสาธารณสุขทุกระดับจะต้องถูกปรับเปลี่ยนให้สนับสนุนและเสริมความแข็งแกร่งให้การดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขและสถานบริการส่งต่ออย่างพอเพียงสำหรับประชาชนที่ดูแลสุขภาพตนเองแล้วไม่สำเร็จ สามารถมารับบริการได้ ส่งเสริมให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นไปอย่างเหมาะสม มีเหตุผล นำไปสู่การใช้บริการสาธารณสุข วิชาชีพอย่างสมเหตุสมผล

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง หมายถึง การรักษาแบบแผนโบราณชุมชนนั้น เช่น หมอน้ำมันดี หมอเป่า หมอดำยา ซึ่งถือเป็นวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองในประเทศที่กำลังพัฒนา ไม่อาจดำเนินการอย่างได้ผล ถ้าไม่ใช้การรักษาแบบแผนโบราณและสมุนไพร การดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องด้วยการรักษาแผนโบราณและสมุนไพร ซึ่งช่วยเพิ่มพูนการพึ่งพิงตนเองและสร้างความมั่นใจและภาคภูมิใจแก่มวลชนท้องถิ่นในทรัพยากรและภูมิปัญญาของท้องถิ่น

✓ คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ

Goffman (1981 อ้างถึงใน สัจจินดา จุฑารัตนนิช, 2536) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพว่า ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและ

นิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ จากคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนดขึ้นมีขอบเขตค่อนข้างกว้าง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพมีรากฐานมาจากทัศนคติ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงคุณสมบัติของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มต่าง ๆ สถาบันทางสังคม ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนถึงระบบวิถีชีวิตและพฤติกรรมต่าง ๆ กัน ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ จึงหมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคล ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534) กล่าวว่า กิจกรรมหรือปฏิกิริยาใดของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำอันเรื่องสุขภาพ ล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

การกำหนดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพตามแนวคิดของ Kasl และ Cobb (1966) อ้างถึงใน สุจินดา คุจาเรานิซ, 2536) ได้จำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมก่อนมีอาการป่วย หรือมีอาการป่วยที่ยังไม่ระบุเฉพาะว่าเป็นโรคอะไร รวมทั้งพฤติกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การเดิน การบริหารร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึง พฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การตรวจมะเร็ง หรือ ตรวจฟัน ซึ่งอาจจะไม่ป้องกันความเจ็บป่วย แต่ช่วยให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น จะได้ทำการรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ ทำให้บุคคลนั้นได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยลดน้อยลง

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วย

วิธีการต่าง ๆ นานา ๆ เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไปก่อนที่จะบุคคลนั้นจะมาพบแพทย์

3. พฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เป็นการกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะต้องเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติได้ชั่วคราว การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย

(Self care in health and self care in illness)

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้กล่าวไว้ในแนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำงานขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่าง ๆ การตรวจสุขภาพพันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

ก. การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

ข. การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น

การตรวจ และเฝ้าระวังเบื้องต้นรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคและแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

ค. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมาย ต้องการยับยั้ง การแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care illness) ✓

หมายถึง ความรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตัวเขาเองจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหาร แล้ง การใช้สมุนไพร การบีบขนาด การซื้อยากินเอง และการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย ๆ 4 ระดับด้วยกัน กล่าวคือ (Dean, 1986)

1. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)
2. การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่ม หรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ self help group)

การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนัก และประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการกระทำสิ่งใด ๆ นั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติ ด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชนจากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข การดูแลตนเองยังครอบคลุมถึง การประเมินผล และการตัดสินใจในการกระทำที่เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้มา

ดังนั้นเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบคือ

1. การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การเข้ารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยากินเอง การเข้ากลางบ้าน
3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่เข้ารับการเข้า เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก เป็นต้น
4. การตัดสินใจจะไปหาบุคลากรสาธารณสุข จนกระบวนของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษ และคำแนะนำจากบุคลากรนี้ แม้ว่าผู้ป่วยจะให้การยอมรับในบทบาทผู้ป่วย โดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษา ตลอดจนแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่าง ๆ แต่บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจที่จะ เลือกทำตามคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของแพทย์หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาได้ เช่น การรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ หรือเลือกที่จะกินยาอื่นแทน และหยุดยาที่แพทย์ให้ก็ได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินผลการรักษาของแพทย์ว่า ทำให้อาการหายป่วยแล้วหรือไม่ และอาจจะหยุดการรักษาเมื่อใด

ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จึงเกิดขึ้นตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วย คือ ตั้งแต่เกิดเจ็บป่วยไปจนกระทั่งถึงเมื่อบุคคลหายจากความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเอง เปรียบเสมือนเป็นรูปแบบของพฤติกรรมการเจ็บป่วย

สำหรับบุคคลที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่เรื้อรัง และสร้างความวิตกกังวลให้เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เช่น คนชราที่พิการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น ในหลาย ๆ ประเทศบุคคลเหล่านี้ ได้รวมตัวกันขึ้นเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ขึ้นภายใต้โครงสร้างสังคมที่เื้อื้อต่อการแสวงหา สิ่งที่ทำให้บรรลุความต้องการของพวกเขาได้ ทั้งจากเครือข่ายสังคมที่ตนสัมพันธ์อยู่ ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ กลุ่มช่วยเหลือตนเองเหล่านี้ จึงเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มบุคคล ซึ่งประสบปัญหาเดียวกัน มารวมตัวกัน เพื่อการช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ และจิตใจ

ซีซิล จี. เฮลแมน (Cecil G. Helman, 1990) ได้กล่าวถึงข้อคิดเห็นของ คลายแมน (Kleinman, A., 1980) ว่า ในสังคมที่สลับซับซ้อน การดูแลสุขภาพมีความ

เกี่ยวพันกันอยู่ 3 ส่วน คือ ส่วนของสามัญชน (The popular sector) ส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน (The folk sector) และส่วนของบุคลากรวิชาชีพ (The professional sector) ซึ่งได้อธิบายไว้ดังนี้

1. ส่วนของสามัญชน (The popular sector)

การดูแลสุขภาพอนามัยโดยสามัญชนเอง ซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาไม่ใช่บุคลากรวิชาชีพ เป็นการเน้นการดูแลตนเอง การรักษาตนเอง หรือการช่วยตัวเอง บุคคลที่เจ็บป่วยจะมีลำดับของการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการหายาด้วยตนเอง การขอคำปรึกษาจากคนอื่น ได้แก่ เพื่อน ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) หรือขอคำปรึกษาซึ่งกันและกันในกลุ่มที่มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ได้รับการรักษาที่คล้ายกัน

การรักษาตนเองนี้จะขึ้นอยู่กับพื้นฐานของความเชื่อเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย และลักษณะของการเจ็บป่วย การรักษาตนเองจะรวมทั้งการเยียวยาแผนปัจจุบัน ยาพื้นบ้าน การเปลี่ยนแปลงเรื่องอาหาร และพฤติกรรม อาหารอาจจะถูกนำมาเป็นยารักษาก็ได้ เช่น ความเชื่อว่าอาหารบางชนิดจะลดความดันโลหิตได้ อาหารบางอย่างเป็นของร้อนและของเย็นซึ่งมีผลต่อร่างกาย สามารถทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุลย์ คนบางกลุ่มในประเทศอังกฤษ และอเมริกา จะรับประทานวิตามินด้วยตนเอง เมื่อมีความรู้สึกว่าสุขภาพทรุดโทรม ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในภาวะที่เจ็บป่วย เริ่มจากการสวดมนต์ การมีพิธีกรรมต่าง ๆ การสวดภาวนา การพักผ่อน การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย สำหรับกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น กลุ่มนี้จะมีประโยชน์แก่สมาชิก เพราะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดำเนินชีวิต หรือในกรณีที่มีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ เช่น ปัญหาอ้วน ปัญหาติดสุรา หรือปัญหาการร่วมเพศ

การดูแลสุขภาพในส่วนนี้ เน้นที่ครอบครัว ในครอบครัวนั้น บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพอนามัยก็คือ สตรี ได้แก่ แม่ ย่า หรือยาย ซึ่งจะเป็นผู้ทำการวินิจฉัยการเจ็บป่วยที่ง่าย ๆ และให้การรักษาด้วยยาเท่าที่มี การดูแลรักษาในส่วนนี้ของประชาชนนี้ บางครั้งก็มีผลทางลบต่อสุขภาพจิตของประชาชนและสุขภาพร่างกาย เพราะการเจ็บป่วยนั้นอาจมีเรื่องของปัญหาลังคม เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และเกี่ยวข้องมาถึงครอบครัว

โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ประชาชนที่เจ็บป่วย มีอิสระระหว่างการรักษาด้วยตนเอง และการรักษาอื่นอีก 2 ส่วน ซึ่งจะเป็นการรักษาแบบกลับไปกลับมา เช่นเมื่อรักษาในส่วนใด ส่วนหนึ่งแล้วไม่หาย ก็จะไปรักษาส่วนอื่น หรือใช้การดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนไปพร้อม ๆ กัน

2. ส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน (The folk sector)

ในส่วนนี้จะพบได้มากในสังคมที่มาจากสังคมตะวันตก ผู้ให้การรักษามักจะไม่ใช่ว่าจะอยู่ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นส่วนที่อยู่กึ่งกลางระหว่างส่วนของการรักษาโดยประชาชน และส่วนของบุคลากรวิชาชีพ ผู้ให้การรักษานั้นเรียกกันตามวิธีการรักษาที่ใช้ เช่น หมอโบราณ จั๊บเส้น หมอกอนฟัน หมอสมุนไพร หมอมนต์ หมอรากไม้ หมอทรง หรือผู้ให้การรักษาโดยการทรงเจ้า การเรียกวิญญาณ เพราะในบางเผ่าหรือบางวัฒนธรรมนั้น เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ โดยวิญญาณ

วิธีการรักษาที่ใช้ อาจจะโดยการรักษาด้วยตนเอง หรือได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน หรือใช้การรักษาโดยสมุนไพร หรือแล้วแต่ผู้ที่เจ็บป่วยเลือกใช้บริการของหมอประเภทใด ในบางวัฒนธรรม ผู้รักษาแบบพื้นบ้านคล้ายกับเป็นพ่อมด มีอำนาจในการวินิจฉัย และทำนายโรค ทำนายโชคชะตา และมีความเชื่อทางจิตวิญญาณ ผู้ให้การรักษาก็จะเป็นผู้สูงอายุ บางวัฒนธรรมผู้ให้การรักษามีทั้งหญิงและชาย

การรักษาแบบพื้นบ้านจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งความเชื่อที่มีต่อสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ หลังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ให้การรักษามีกรรมวิธีในการรักษาหลายอย่าง บางคนใช้การทำนายไฟ การนับกระดูก การใช้หินเสี่ยงทำนายโรค บางคนใช้การทำนายโรคโดยนก บางคนมีกรรมวิธีแปลก ๆ ทางไสยศาสตร์ บางคนใช้วิธีเชิญวิญญาณ หรือคนทรง เพื่อที่จะหาสาเหตุของการเจ็บป่วย การรักษาแบบพื้นบ้านนี้ เป็นการรักษาทั้งฝ่ายกาย และฝ่ายจิต

ผู้ให้การรักษาแบบพื้นบ้าน มีความใกล้ชิด มีความเป็นกันเองต่อผู้เจ็บป่วยและครอบครัว ทำให้มีความอบอุ่น ข้อดีของส่วนนี้ก็คือได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวได้ช่วยเหลือกันและทุกคนมีส่วนร่วมในพิธีกรรม การรักษาแบบพื้นบ้านจะได้เปรียบกว่าการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งแบ่งแยกบุคคลโดยฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ เพศ ทางการศึกษา ในขณะที่การรักษาแบบพื้นบ้านทำได้ในทุกชนชั้น ไม่มีการ

แบ่งแยก มีความเสมอภาคในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการรักษาแบบนี้จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม และชนบธรรมเนียมประเพณี

การรักษาแบบพื้นบ้าน ผู้รักษาไม่ได้รับการฝึกอบรมโดยหลักการทางวิทยาศาสตร์ แต่ใช้การจดจำทักษะต่าง ๆ จากผู้สูงอายุ จากประสบการณ์ หรือได้รับการถ่ายทอดการฝึกมาจากผู้มีพลังอำนาจ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาแบบพื้นบ้าน และผู้ให้การรักษาโดยวิชาชีพ มักสวนทางกัน ผู้ให้การรักษาโดยวิชาชีพ ไม่ไว้วางใจและรับรู้ว่าคุณรักษาแบบพื้นบ้าน มีการรักษาที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย แต่ผู้ให้การรักษาแบบพื้นบ้านกลับเป็นที่นิยม สำหรับประเทศในโลกลำดับที่สามนั้น ได้ถูกยอมรับโดยองค์การอนามัยโลก ในปี 1978 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้นำการรักษาแบบพื้นบ้านเข้ามาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในที่ ๆ จะเป็นไปได้ และเน้นว่าจะต้องเป็นที่ยอมรับ และได้รับความร่วมมือจากผู้นับถือและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งบุคคลที่องค์การอนามัยโลกหวังที่จะให้เข้าร่วมการผสมผสานนี้ ได้แก่ ผดุงครรภ์แผนโบราณ ผู้ปฏิบัติโยคะ (yoga practitioners) ผู้ให้การรักษาแบบแผนโบราณของจีน (Chinese traditional healers) เช่น การฝังเข็ม และอื่น ๆ อีกหลายอย่าง

3. ส่วนของบุคลากรวิชาชีพ (The professional sector)

การดูแลสุขภาพอนามัยในส่วนของบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ บุคคลที่ทำการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่เพียงแต่แพทย์ทั่ว ๆ ไป และแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคลากรอื่น ๆ ด้วย เช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด ในหลาย ๆ ประเทศแพทย์เท่านั้นที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ แต่หลายแห่ง ได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์แผนโบราณ อาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพในบางลักษณะ เช่น ในอินเดีย ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนและเป็นที่ยอมรับ แพทย์แผนปัจจุบันมีส่วนในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อย ทั้งนี้เพราะแพทย์แผนปัจจุบันยังขาดแคลน ดังนั้นการดูแลสุขภาพอนามัยยังคงอยู่ในส่วนของประชาชนและส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน

ในประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ แพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษาเพียงกลุ่มเดียว ที่ได้รับการรองรับโดยกฎหมาย แพทย์มักจะอยู่ในสถานะภาพทางสังคมที่สูงกว่า ราย

ได้สูงกว่า มีสิทธิพิเศษมากกว่าผู้ให้การรักษาในกลุ่มอื่น ๆ แพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจในการซักถาม และตรวจผู้ป่วย เป็นผู้ให้การวินิจฉัยโรค ำการรักษา และทำการส่งเข้ารักษาในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล แพทย์สามารถควบคุมผู้ป่วยทั้งด้านอาหาร พฤติกรรม แบบแผน การนอน การอาบน้ำ การเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบ การตรวจชิ้นเนื้อ เอ็กซเรย์ เป็นต้น แพทย์มักประทับตราผู้ป่วยโดยการวินิจฉัยโรค เช่น โรคที่รักษาไม่ได้ โรคแก่งัดทำ โรคอุปทาน การวินิจฉัยโรคนี้ บางครั้งมีความขัดแย้งกับการรับรู้ของผู้ป่วย การวินิจฉัยนี้มีผลกระทบที่สำคัญต่อด้านสังคม เศรษฐกิจ ของผู้ป่วย คือ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในบทบาทของผู้ป่วยและด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มาริสา ไกรฤกษ์ และคณะ (2534) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติ มีดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำและการใช้น้ำพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลา รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ใน 1 วัน ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ไม่มีข้อปฏิบัติเฉพาะในการรับประทานอาหาร มีแหล่งน้ำที่เหมาะสมสำหรับการดื่มและใช้ แต่น้ำดื่มไม่ได้ผ่านการกรองหรือต้มก่อน และมีน้ำใช้เพียงพอดื่มน้ำ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาบน้ำ 1-2 ครั้งต่อวัน และทำความสะอาดช่องปาก โดยการแปรงฟันด้วยแปรงและยาสีฟัน

พฤติกรรมการขยับกายออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขยับกายออกกำลังกายลงลิ้น ขยับกายออกกำลังกายทุกวัน และไม่มีข้อปฏิบัติในการช่วยขยับกายออกกำลังกาย แต่ในกลุ่มที่มีวิธีช่วยขยับกายออกกำลังกายวิธีรับประทานยาถ่ายหรือยาระบายมากที่สุด

พฤติกรรมการพักผ่อน นอนหลับ และการทำกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่มีปัญหาในการนอนหลับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานที่ต้องใช้แรงงาน โดยไม่มีการออกกำลังกายเป็นพิเศษ แต่มีการพักผ่อนหรือสันทนาการทุกคน

พฤติกรรมการใช้ยาหรือสิ่งเสพติด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาหรือสิ่งเสพติด ซึ่งยาและสิ่งเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือบุหรี่ รองลงมาคือยาแก้ปวด

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตสังคมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมีความเครียดหรือความไม่สบายใจจะปล่อยให้ความเครียดหายไปเองโดยไม่แก้ไขอะไร และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติศาสนกิจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ โดยติดตามข่าวจากคำบอกเล่าของผู้นำหมู่บ้าน หรือเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี และไม่เคยพบทันตแพทย์ ด้านการสูบบุหรี่และสิ่งเสพติดนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการกำจัดขยะมูลฝอยโดยวิธีเผา มีการกำจัดหรือป้องกันแมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ซึ่งวิธีการทำซ้ำมากที่สุดคือ การกำจัดสารเคมีฉีดพ่น ส่วนการกำจัดมูลสัตว์นั้น ส่วนใหญ่มีการกำจัดโดยนำไปทำปุ๋ย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่วนใหญ่ไปปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วยแน่นอนแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไปตรวจรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น การตัดสินใจเจ็บป่วยครั้งนี้ ตัดสินด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่บำบัดด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ใช้ยาแผนปัจจุบัน

* พิมพ์ลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรุณภา บุรณัน (2530) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน พบว่ารูปแบบของพฤติกรรมการรักษาเยียวยาของชาวชนบท มีดังนี้

1. ในระดับครอบครัว พฤติกรรมการรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามเหตุผลที่พ่อบ้านและแม่บ้านได้ปรึกษาและตกลงร่วมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นการเลือกซื้อยาตามร้านค้าในหมู่บ้าน และการดูแลด้วยตนเอง เช่น การเช็ดตัว การนอนพัก เป็นต้น

2. ในระดับเครือญาติ พฤติกรรมการรักษาเยียวยา จะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ได้แก่ แม่ใหญ่ พ่อใหญ่ ย่า ยาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีการที่ผู้อาวุโส

เคยปฏิบัติกันมา เช่น การใช้ยากลางบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น

3. ในระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันค่อนข้างสูง พฤติกรรมการรักษาเยี่ยงยาจะเป็นการรักษาตนเอง โดยใช้หมอพื้นบ้าน ใช้ยาสมุนไพร การเป่า การให้หมอทายเลขดูเหตุการณ์ (คล้ายจับยามสามตา) ว่าจะหายจากการเจ็บป่วยหรือไม่

นอกจากนี้ เกี่ยวกับพฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วย ถ้ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ชาวบ้านจะเริ่มด้วยการช่วยเหลือตนเองก่อน เนื่องจากอยู่ไกลจากสถานบริการของรัฐ และไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา พฤติกรรมการช่วยเหลือตนเองในหมู่บ้าน ยามเจ็บป่วย ได้แก่ การซื้อยากินเองจากร้านค้าของหมู่บ้าน การใช้สมุนไพรในครัวเรือน การซื้อยาที่มารับขายในหมู่บ้านทั้งยาชุดและสมุนไพร การรักษากับหมอพื้นบ้านในหมู่บ้าน เป็นต้น เมื่ออาการไม่หายหรือไม่ทุเลา ก็จะแสวงหาแหล่งบริการอื่นภายนอกหมู่บ้าน ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาล หมอจิดยา หมอสมุนไพร และหมอน้ำมนต์ในเขตอำเภอ แต่ถ้าอาการของโรคเริ่มต้นรุนแรงเฉียบพลัน ชาวบ้านมักจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลทันที

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, เกียรติรัตน์ คุณารัตนพลกุล และนางลักขณ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2531) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตรกร ผลการศึกษาพบว่า

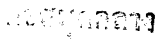
1. อาการเจ็บป่วยที่พบในครัวเรือนเกษตรกร รวบรวมตามความชุกของอาการ แล้วจัดกลุ่มอาการเจ็บป่วยตามลำดับดังนี้

ลำดับที่ 1 ระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องร่วง และโรคแผลในกระเพาะอาหาร

ลำดับที่ 2 อาการไข้

ลำดับที่ 3 อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการไอ เจ็บคอ ไข้หวัด ปอดบวม หลอดลมอักเสบ

ลำดับที่ 4 อาการปวดตามร่างกาย ที่สำคัญคือ ปวดเอว ปวดหลัง ขา ข้อ ปวดกล้ามเนื้อ



21

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลำดับที่ 5 อาการปวดศีรษะ

ลำดับที่ 6 อาการป่วยทั่วไป ใจเวียน

ลำดับที่ 7 อาการผิดปกติทางผิวหนัง เช่น ผื่นแดงตามร่างกาย กลากเกลื้อน

ลำดับที่ 8 อุบัติเหตุ ซึ่งส่วนมากเป็นอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น หนามตำ ไฟ
ลวก ดกยุงกัด ข้าง เบ็ดน้ำมือ และอุบัติเหตุทางรถยนต์

ลำดับที่ 9 อากาณัฏฐกถิตทางหู คอ จมูก และประสาทสัมผัส เช่น ตาแดง ปวดตา เจ็บหู เป็นต้น

2. การเลือกใช้แหล่งรักษาพยาบาลของครัวเรือนเกษตรกร

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เกษตรกรส่วนใหญ่จะพยายามรักษาอาการด้วยตนเอง โดยการซื้อยามารับประทาน หรือใช้ยาเดิมที่มีอยู่รวมทั้งนอนพักรักษาตัว หากไม่บรรเทา ก็แสวงหาการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 73.5 ของจำนวนครั้งที่ รักษาทั้งหมด จะเลือกใช้วิธีรักษาด้วยตนเอง รองลงมาการรักษาโดยหมอมกลางบ้าน ร้อยละ 7.7 ไปรับการรักษาที่สถานอนามัย ร้อยละ 5.9 ที่โรงพยาบาลร้อยละ 4.6 รักษาโดย แพทย์แผนโบราณร้อยละ 2.8 และรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 2.5

คณะนักวิจัยกลุ่มศึกษาปัญหาฯ (2526) ได้ศึกษาเรื่อง การค้าขายของชุมชน โดยนักวิจัยของกลุ่มศึกษาปัญหาที่หมู่บ้านนอกเขตเทศบาล ของอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ได้ข้อสรุปว่า ชาวชนบทซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร หรือแรงงานรับจ้าง มีปัญหาสุขภาพที่พบมากและเสมอ ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย จะนิยมมาใช้บริการร้านขายยามาก ด้วยเหตุผลของความสะดวก และราคาถูกในขณะที่การรับบริการสุขภาพของรัฐ ต้องเสียเวลารอคอยและเดินทาง บริการไม่ทั่วถึงและค่าบริการแพงกว่าการซื้อยาจากร้านขายยา และชาวบ้านยังนิยมเก็บยาแก้ปวดลดไข้ไว้ที่บ้านมากที่สุด ตลอดจนมักเก็บยาที่แพทย์ให้ไว้เป็นตัวอย่าง เพื่อซื้อมาใช้เองในภายหลัง โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะต่างบุคคลหรืออาจไม่ช้โรคเดียวกัน เพียงแต่มีอาการคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้มีฟ้าชัวยาบิ๊วชัวยะแทนยาแก้ปวดลดไข้เป็นจำนวนมากโดยทั่วไป ชาวบ้านชอบการฉินดยามากเป็นพิเศษกว่าการรับประทาน ซึ่งฟ้าให้บริการฉินดยา ได้แก่ หมอกลางบ้าน ญาติ เพื่อนบ้าน และฉินดยาตนเอง การไปใช้บริการร้านขายยาส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.0 จะเป็นลักษณะปรึกษาอาการกับคนขายยา แล้ว



คนขายยา จัดยาให้ ซึ่งมักเป็นยาชุด อีกร้อยละ 20.0 จะบอกซื้อขายกับคนขายยา ซึ่งมักได้ซื้อยาจากเพื่อนบ้าน ญาติ วิชาเฉพาะทางวิทยุ และจากร้านขายยา หรือนำยาเก่าไปซื้อมารักษาตนเอง ทั้งนี้กว่าร้อยละ 80.0 ของผู้ซื้อยาเหล่านี้จะไม่ได้คำแนะนำ และเหตุผลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องจากคนขายยา จึงปรากฏว่าเทคนิคการใช้ยาของชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานผิดเวลา กะตวงปริมาณยาผิด

จริยาวัตร คมพัญญ์ และคณะ (2527) ได้ศึกษาเรื่องระดับวิทยาการการใช้ยาระดับปวดและลดไข้ของผู้ประกอบอาชีพเก็บสามล้อในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 630 คน ในเรื่องชนิด ขนาด วิธีการใช้ยา แหล่งขายยา วิธีการซื้อ และปัจจัยที่ทำให้ต้องซื้อยาประเภทนี้ รวมทั้งอาการแทรกซ้อนทางกระเพาะอาหารที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ด้วย พบว่า ร้อยละ 75.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การใช้ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดต่าง ๆ โดยซื้อจากร้านขายยาทุกรูปแบบในชุมชน โดยเฉพาะจากร้านขายของชำ ร้านขายยา และร้านขายสุรา มีร้อยละ 75.2 ซื้อโดยการระบุชื่อยาที่ต้องการ ส่วนร้อยละ 20.9 จะบอกอาการแล้วคนขายยาจัดยาให้ ส่วนใหญ่จะซื้อยาประเภทนี้มาแล้วติดต่อกันเป็นปี ๆ และมักซื้ออย่างไม่ถูกต้อง คือ รับประทานเมื่อปวดแม้จะเป็นระหว่างท้องว่างก็ตาม อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาที่มีอันตราย ดังนั้น เมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางกระเพาะอาหาร จึงปรากฏว่าผู้ใช้เกือบทั้งหมดที่มีอาการผิดปกติทางกระเพาะอาหารเหล่านี้ ร้อยละ 90.0 จะไม่ไปตรวจรักษาที่แหล่งบริการสุขภาพใด ๆ เลย

ชื่นชม เจริญพร (2522) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท ได้ทำการศึกษาที่จังหวัดชัยภูมิ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครอบครัว ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะรักษากันเองมากที่สุด รองลงมาก็ใช้บริการของรัฐ และเอกชนอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน และใช้แผนโบราณน้อยที่สุด สำหรับปัจจัยที่สำคัญที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการ คือ ลักษณะโรค และระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐในท้องถิ่นกล่าวคือ สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะรักษากันเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีอาการรุนแรง การรักษาดังกล่าวจะลดลง หันไปใช้บริการของรัฐหรือบริการประเภทอื่นแทน ส่วนผู้ที่ใช้แผนโบราณส่วนใหญ่ จะเป็นผู้ป่วย

ด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาตามระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐในท้องถิ่น พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้กับสถานบริการของรัฐจะเลือกใช้บริการของรัฐมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ไกลออกไป ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการของรัฐ จะเลือกใช้บริการรักษาตนเอง หรือใช้บริการของเอกชนมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ใกล้

เฟรดเดอริก เอ. เด. และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (Federick A. Day and Boonlert Leoprapi; 1977) ได้ทำการศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยทั่วไป และการวางแผนครอบครัว ประชาชนนิยมใช้บริการการรักษาจากร้านขายยามากที่สุด สำหรับสถานบริการของรัฐ พบว่า ในระดับสถานบริการในตัวจังหวัด คือ โรงพยาบาลจังหวัดมีผู้ป่วยใช้บริการมาก ในขณะที่แหล่งบริการระดับท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ มีอัตราการให้บริการจากประชาชนในอัตราต่ำมาก ทั้งนี้อุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการของรัฐ อุปสรรคอื่น ๆ ได้แก่ ขี้อาย ความสามารถของบุคลากร คุณภาพของเวชภัณฑ์ ตลอดจนอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้การประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเองของผู้ป่วย ก็มีส่วนทำให้ชาวบ้านใช้บริการของรัฐในอัตราต่ำ เนื่องจากชาวบ้านประเมินว่า อาการที่ป่วยนั้นไม่รุนแรง จึงเลือกวิธีที่สะดวกสบาย และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือ การซื้อยาใช้เองจากร้านขายยา ซึ่งรวมทั้งร้านขายของที่มียาจำหน่ายด้วย ต่อเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น จึงจะไปใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และในกรณีเช่นนี้ ประชาชนก็นิยมไปใช้บริการของรัฐ ในระดับจังหวัด หรือกรุงเทพฯ มากกว่าจะไปใช้บริการของรัฐในท้องถิ่น ประชาชนนิยมการข้ามขั้นตอนการบริการในระดับท้องถิ่น การบริการสาธารณสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับความสนใจและใช้ประโยชน์จากประชาชนน้อย ด้วยเหตุผลคือ ไม่ค่อยยอมรับ ความสามารถของอาสาสมัครเหล่านั้น แต่กลับนิยมใช้บริการของหมอผีที่มีชื่อเสียงว่ารักษาเก่ง หายเร็ว มากกว่า และหมอแผนโบราณ หมอตำแยก็ยังคงมีบทบาทให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตชนบทห่างไกลความเจริญมาก

การศึกษาของสมทรง ณ นคร และคณะ (2536) เรื่องการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุข ของชาวชนบท จังหวัดขอนแก่น ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้องกับความพึงพอใจต่อบริการและต่อตัวเจ้าหน้าที่ของสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ได้ผลตรงกันประเด็น ความสะดวก ที่ได้จากสถานีนอนามัย มีมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาคอยนาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .002 กล่าวคือชาวชนบทกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.3 ของกลุ่มที่เคยไปสถานีนอนามัย ได้รับความสะดวกเมื่อไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 36.2 ของกลุ่มที่เคยไปโรงพยาบาลชุมชน ได้รับความสะดวกจากโรงพยาบาลชุมชน สำหรับความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ด้านอัยยาศัย การต้อนรับนั้น ผลการสนทนากลุ่มให้เสียงเดียวกันว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (ยกเว้นแพทย์) มักจะดูผู้ป่วยและญาติเสมอ ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่วิเคราะห์ได้ว่า ร้อยละ 28.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการจากโรงพยาบาลชุมชน ไม่ค่อยพึงพอใจต่ออัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ในภาพรวมของความพึงพอใจต่อบริการ ซึ่งรวมถึงตัวเจ้าหน้าที่ด้วยนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้ตัวเลขที่อธิบายได้ว่า ชาวชนบทที่เคยใช้บริการจากสถานีนอนามัย มีความพึงพอใจในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับชาวชนบท ที่เคยใช้บริการจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 54.6 และ 55.6 ตามลำดับ ส่วนความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบท พบว่า ผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่มชาวชนบทต้องการให้สถานีนอนามัย มีบริการที่เพียงพอ ทดเทียมบริการของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในด้านบุคลากร ซึ่งต้องการให้มีแพทย์มาประจำด้วย ต้องการให้เจ้าหน้าที่อนามัยออกเยี่ยมเยียนชาวชนบทในหมู่บ้านบ่อยครั้งขึ้น ต้องการให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถด้านการรักษามากขึ้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสัมภาษณ์ชาวชนบท จำนวน 402 คน ได้ผลตรงกันดังนี้ ความต้องการอันดับหนึ่งของชาวชนบทคือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่อนามัยออกเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งขึ้น ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่อนามัยมีความรู้มากขึ้น ร้อยละ 37.8 เอาใจใส่หน้าที่การงานมากขึ้นร้อยละ 24.4 มีมารยาทดี ไม่ดูผู้ป่วย และให้ความสนใจผู้ป่วยมากกว่าเดิม ร้อยละ 22.0 และต้องการให้เจ้าหน้าที่อนามัยทำงานในวัน เสาร์ อาทิตย์ด้วย

สำหรับความคิดเห็นต่อการปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชน ชาวชนบทส่วนใหญ่คิดว่า การปรับปรุงมารยาทการพูดจาของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 44.0

ในด้านความต้องการ ด้านการให้ศึกษาแก่ชาวชนบทนั้น วิธีการให้ศึกษาที่ชาวชนบทคิดว่าจะได้ผลมากที่สุดคือ การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว การให้ความรู้เป็นกลุ่ม การประชุมมีเอกสารแจก และการอบรม พสส/อสม ให้นำความรู้มาถ่ายทอดสู่เพื่อนบ้าน

บุญเลิศ เลี้ยงประไพ และบุปผา ศิริรัมย์ (2531) ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท โดยศึกษาข้อมูลจากหมู่บ้านในชนบทจำนวน 36 แห่งจากทุกเขตราชการ ส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2571ครัวเรือน และผู้นำชุมชนจำนวน 184 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตผลการศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาและการใช้บริการสุขภาพอนามัยพบว่า สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนนิยมไปขอรับบริการเมื่อเกิดเจ็บป่วยคือ สถานีอนามัยโรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชน เหตุผลที่ประชาชนเลือกไปใช้สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ นั้น เพราะเดินทางไปยังสถานบริการสะดวก เชื่อกันว่าปลอดภัย เชื่อกันสถานบริการ และมีบัตรส่งเคราะห์หรือบัตรสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยย้ายสถานที่รักษา ส่วนที่เคยย้ายสถานที่รักษา ส่วนใหญ่จะย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดมากเป็นอันดับหนึ่งและสอง ตามลำดับ รองลงมาคือ คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน เหตุผลที่ย้ายสถานรักษาส่งส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าสถานรักษาเดิมรักษาแล้วไม่หาย เหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ ไม่พอใจบริการ เดินทางไม่สะดวก และค่ารักษาแพง ในด้านสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ต้องอาศัยน้ำจากบ่อน้ำเป็นน้ำดื่ม และมีครัวเรือนกว่าครึ่ง เล็กน้อยมีน้ำดื่มสะอาดไม่พอใช้ตลอดปี ส่วนการกำจัดขยะในครัวเรือนส่วนใหญ่ใช้วิธีเผา รองลงมาคือนำขยะไปทำปุ๋ยหมัก

การศึกษาของธรา วิริยะพานิช และคณะ (2527) เรื่องพฤติกรรมการกินของหญิงตั้งครรภ์ ให้หมอบุตร และการเลี้ยงทารกในชนบท จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อาหารที่หญิงมีครรภ์ได้รับประทานระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ อาหารที่มีไขมัน ส้มตำ มะละกอ ไข่ ปลาตาก เนื้อคาวๆ ด้วยเหตุผลสำคัญคือ จะทำให้คลอดยาก และเป็นไข้ไม่สบาย ในขณะที่การศึกษานักคนไทยภาคเหนือตอนล่าง (จังหวัดพิษณุโลก) โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ (2528) พบว่า การงดอาหารแสดงในขณะที่ตั้งครรภ์ แม้จะมีน้อยแต่ก็ด้วยเหตุผลเหมือนกัน คือ คลอดยาก และจะทำให้เด็กผิดปกติ เช่นหัวล้าน หัวดื้อ ฯลฯ ชนิดของแสงก็ไม่เหมือนกัน คือ

ได้แก่ กล้วยสุก อาหารเม็ด ไข่ เพือก มัน ปลากระดี และพฤติกรรมการกินของมารดา หลังคลอด โดยทั่วไปชาวชนบทไทยทุกภาค หญิงหลังคลอดบุตรจะอยู่ไฟ หรืออยู่กรรม เป็นเวลา 7-15 วัน การอยู่ไฟนี้ กำหนดให้นอนผิงไฟบนกระดานไม้แผ่นเดียว ให้อุ้มน้ำร้อน รับประทานแต่ข้าวกับเกลือ หรือข้าวกับเกลือและปลาเล็ก งดอาหารแสลงบางประเภท เช่น ปลาตัวใหญ่ไม่มีเกล็ด เนื้อควายเพือกเขาทุ้ม ผักพวกชะอม สะเดา เห็ด หน่อไม้ กระหล่ำปลี ถั่วฝักยาว เป็ด อาหารทะเล ด้วยเหตุผลว่า อาหารเหล่านี้จะทำให้ปวดศีรษะ และป่วยถึงตายได้ จึงป้องกันไว้ก่อนโดยงดอาหารประเภทนี้ ส่วนอาหารบำรุงสำหรับหญิงหลังคลอดเพื่อขับเลือดลม ได้แก่ ยาตองสมุนไพร อาหารเพื่อช่วยให้นมดลูกเข้าอู่เร็ว เช่น ปลาแห้ง ปลาเค็ม ปลาย่าง อาหารบำรุงนํ้านมเช่น ตำลึง หัวปลี ผักดัมกะทิ น้ำเกลือต้ม ใส่เปลือกกระท้อน ผัดขิงเผา

หลังจากหมดระยะอยู่ไฟแล้ว ในระหว่างการให้นมบุตร มารดา ยังคงต้องงดอาหารบางอย่าง เพื่อป้องกันไม่ให้ลูกซึ่งดื่มนํ้านมมารดาเสียสุขภาพ เนื่องจากเชื่อว่า อาหารบางชนิดที่แม่รับประทานเข้าไปจะลงนํ้านม เช่น มารดาต้องงดอาหารเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ของดอง ถั่วลิสงต้ม เพราะจะทำให้ท้องอืด ปวดท้อง หรือท้องเสียได้

การศึกษาในเขตอีสานตอนล่าง ของ ธรา วิริยะพานิช และคณะ (2527) เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคของทารกและเด็ก พบว่า เกือบร้อยละ 50.0 ของมารดา ยังเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของคนแก่ที่ให้นํ้านมมาทั้งนี้ โดยเชื่อว่าเป็นนํ้านมเสียจะทำให้เด็กท้องเดินได้ จะให้เด็กกินข้าวยากกับกล้วย ตั้งแต่ 2-3 วันหลังคลอด จนกระทั่งอายุเกือบ 1 ปี เพื่อเด็กจะได้มีท้อง ไม่กวน ส่วนข้อห้ามในการกิน ได้แก่ ผลไม้จำพวก ฝรั่ง มะพร้าว มะขาม กระถิน อาหารพวกปลาร้า ปลาจ่อม ของดอง เพราะทำให้เด็กปวดฟัน และท้องเสียและยึดถือหลักว่า ทารกแรกเกิดถึง 8 เดือน จะห้ามอาหารทุกชนิดยกเว้นนมแม่ กล้วย และข้าวต้ม มิฉะนั้นเด็กจะติดคอ หรือผิดซาง เจ็บป่วย

โดยส่วนรวมแล้ว จะพบว่า การให้อาหารนอกเหนือจากนมแก่เด็กทารกนั้นไวเร็วเกินไป และมีการให้อาหารโปรตีนช้าเกินควรนั้น นับเป็นการดูแลสุขภาพที่เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กเล็ก

เครือวัลย์ หุดานวัตร (2533) ได้ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหาร
 ธรรมชาติในชนบทอีสาน พบว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอาหารที่มีและบริโภคในชุมชน
 นั้น รูปแบบการบริโภคอาหารขึ้นอยู่กับชนิดของอาหารที่ชาวบ้านมีและหามาได้ในแต่ละท้อง
 ถิ่น และขึ้นอยู่กับปริมาณอาหารที่หาได้ในแต่ละครั้ง สำหรับวิธีการเตรียมและประกอบ
 อาหารเป็นแบบง่าย ๆ และเป็นวิธีที่ชาวบ้านได้ปฏิบัติกันมาช้านาน อาหารที่ชอบและทำกิน
 เป็นประจำ ได้แก่ ลาบ ต้มแกง หรืออ่อม บึง หมก ชุป กั่ว บ่น แจ่ว วิธีการเป็นแบบง่าย ๆ
 ไม่พิถีพิถัน อาหารเกือบทุกชนิดจะมีส่วนผสมของปลาร้า อาหารที่กินได้เป็นประจำพิเศษ
 (งานบุญ งานพิธีต่าง ๆ งานรับรองแขก) ได้แก่ ลาบ ก้อย ขนมจีน แกงอ่อม อาหารที่
 บริโภคแล้ว และคนส่วนใหญ่ชอบได้แก่ ลาบ ก้อย ต้มปลา ต้มไก่ ต้มเนื้อ อาหารประเภทบึง
 ส้มตำ ผักลาวก และแจ่ว

โพบูลย์ สิทธิถาวร, วิจิต พิพิธกุล และสมาน เทศนา (2526) ได้ทำการศึกษา
 เบื้องต้น เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจ การสุขาภิบาล อุนิสัย
 การกินอาหารและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของบ้านโนนม่วง
 จังหวัดขอนแก่น ได้ทำการตรวจสอบจรรยาเพื่อหาอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่
 บ้านโนนม่วง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า จากตัวอย่างจำนวน 258 คน มีอัตรา
 ความชุกชุมของโรคพยาธิใบไม้ตับ 21.3 โดยส่วนใหญ่มีความหนาแน่นของพยาธิใบไม้ตับปานกลาง
 การศึกษาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ ไม่มีความ
 สัมพันธ์กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ หรืออุปนิสัยในการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แต่เป็นตัว
 แปรสำคัญที่กำหนดความสามารถในการมีสำม กล่าวคือ ผู้มีรายได้มากมักจะมีสำมไว้ใช้ใน
 ครอบครัวในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยมักจะไม่ค่อยมีสำม ส่วนอุปนิสัยในการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
 นั้น ปรากฏว่าเป็นที่นิยมกันทั่วไป โดยเมื่ออายุมากขึ้นจะกินอาหารดิบ ๆ สุก ๆ มากขึ้น
 เพศมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเพศหญิงเป็นโรคนี้มากกว่าเพศชาย
 ผู้หญิงชอบอาหารประเภทนี้มากกว่าผู้ชาย นอกจากนั้นยังพบว่าระดับความรู้ทางด้านสุขวิทยา
 เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลทำให้ชาวบ้านเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยในการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
 ได้อย่างดี

จิราภรณ์ เจริญวัฒน์ และเพ็ญลักษณ์ สิทธิถาวร (2525) ได้ศึกษาการตรวจหา
 บาราสิตาน้ำลายในผักสดน้ำและอุจจาระของผู้ประกอบการร้านอาหารในมหาวิทยาลัย
 ขอนแก่น จำนวน 101 ราย ผลการตรวจพบว่า มีทั้งหมด 10 ชนิด คือ O.Viverini
 พบได้มากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมาคือพยาธิปากขอร้อยละ 31.7 เนื่องจากก๊วยปลา
 เป็นอาหารที่ชาวขอนแก่นชอบรับประทานมากจึงเป็นสาเหตุของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

วงเดือน บันดี (2530) ทำการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาและพฤติกรรมอนามัย กับ
 การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านดอนบม ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงหรือต่ำ มีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตก
 ต่างกัน แสดงว่าการศึกษายังไม่ได้มีผลต่อการบริโภคปลาดิบหรือดิบ ๆ สุก ๆ แต่อย่างใด
 รายได้ตามระดับต่าง ๆ มีโอกาสเป็นโรคได้เท่า ๆ กัน ส่วนความรู้ด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับ
 การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านนี้น้อยมาก ประชาชนเพียงทราบ
 ว่าการกินปลาดิบ ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการติดต่อ
 การป้องกัน วงจรชีวิตจะไม่ค่อยทราบ

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก
 วัยเรียนและวัยรุ่นในโรงเรียน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่า จากจำนวนเด็ก
 777 คน มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 33.2 ต่ำกว่าปกติร้อยละ 10.6 และสูงกว่าปกติ
 ร้อยละ 56.2 กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 83.0 รับประทานอาหารข้าว
 และกับข้าวเป็นประจำร้อยละ 71.7 ไม่รับประทานอาหารผักร้อยละ 56.0 ดื่มนมร้อยละ 10.6
 ดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 32.4 ดื่มน้ำเปล่าร้อยละ 42.5 โดยดื่มวันละ 1-5 แก้ว กลุ่มตัวอย่าง
 มีโรคประจำตัวร้อยละ 22.8 โดยเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจมากที่สุด สำหรับด้าน
 การรักษานั้น กลุ่มตัวอย่างรักษาด้วยการซื้อยารับประทานเองร้อยละ 46.5 ไปหาแพทย์
 ร้อยละ 39.4 และเมื่อได้รับอุบัติเหตุทันทีจะไปหาแพทย์ร้อยละ 54.5 ศึกษารักษาแผลเอง
 ร้อยละ 42.9

พรณวดี พยัคฆ์ ทรศดารม เดชมาลา และสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์ (2536) ได้
 ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า
 1 ปี ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า บิดา มารดา และผู้ปกครองที่ไม่นำ

เด็กมารับวัคซีน หรือรับวัคซีนไม่ครบชุด มีทัศนคติในทางบวกต่อการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาล สาเหตุที่ไม่นำเด็กมารับวัคซีนหรือรับวัคซีนไม่ครบชุด ประการสำคัญที่สุดคือ ไม่มีเวลา รองลงมาคือ หลังรับวัคซีนแล้วเด็กเป็นไข้ ร้องกานและไม่มีเงินซื้อยาแก้ไข้

สมพนธ์ หัตถนิยม และคณะ (2531) ซึ่งศึกษาการศึกษานำร่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปีและหญิงมีครรภ์ของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน DPT/OPV ครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 56.0 ปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนได้แก่ ความรู้ของมารดา เรื่องจำนวนครั้งของการได้รับวัคซีน DPT/OPV การที่มารดาได้รับคำแนะนำให้พาบุตรไปฉีดวัคซีน ฤดูหนาวไม่สามารถพาเด็กไปฉีดวัคซีนได้ การเดินทางไม่สะดวก เสียเวลามาก การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เรื่องการดูแลบุตรถ้าป่วยหลังฉีดวัคซีนและการที่เคยได้รับการปฏิเสธการฉีดวัคซีนเมื่อไปตามนัด การได้รับวัคซีนทอกซอยด์ บาดทะยักขณะตั้งครรภ์ เด็กเป้าหมาย พบว่า มารดาได้รับครบสองครั้ง ร้อยละ 48.0 ได้หนึ่งครั้ง กระตุ้น ร้อยละ 4.0 ได้รับหนึ่งครั้ง ร้อยละ 23.0 ไม่ได้รับ ร้อยละ 21.0 และจำไม่ได้ ร้อยละ 4.0 ปัญหาในเรื่องความเชื่อถือได้ของคำตอบ เพราะมารดาบางคนตอบว่าได้รับทอกซอยด์มากกว่าสองครั้ง และบางคนตอบว่าได้รับถึงหกครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดาไม่ทราบว่าได้รับการฉีดอะไรขณะไปฝากครรภ์ จึงตอบรวมไปหมด

อนงค์นาฏ เจริญสมบัติ และคณะ (2524) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนทางด้านอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว รวมทั้งปัจจัยการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้อยู่อาศัย อาคารสงเคราะห์ดินแดง เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การวางแผนครอบครัวนั้น ร้อยละ 71.0 ของมารดาไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป แต่มีเพียง ร้อยละ 59.4 เท่านั้น ที่กำลังคุมกำเนิดอยู่ ร้อยละ 39.9 ของผู้ที่มิได้คุมกำเนิดมีสาเหตุจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการตั้งครรภ์ และวิธีคุมกำเนิด การทำหมันหญิง ร้อยละ 37.4 ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 30.5 เป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุด ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ในหญิง 112 คน ที่มีปัจจัยการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกพบว่า

หญิง 2 คน ร้อยละ 1.78 เป็นมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยนี้ได้รับการยืนยันโดยการตัดเนื้อตรวจ ผลการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกจากหญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกนี้สูงกว่าในหญิงทั่วไปที่มารับบริการตรวจมะเร็งในโรงพยาบาล ร้อยละ 0.4 ถึงเกือบ 5 เท่า ปัจจัยการเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งปากมดลูกอย่างเด่นชัดคือ อายุ เมื่อมีการร่วมเพศครั้งแรกต่ำกว่า 24 ปี และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด (3 ครั้งและมากกว่า)

อรอนงค์ พุมภาภรณ์ และคณะ (2523) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเว้นระยะการมีบุตรระหว่างคนที่หนึ่งและคนที่สองของสตรีไทยในชนบท ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือการเว้นระยะการมีบุตรระหว่างคนที่หนึ่งและคนที่สอง คือการเจริญคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ และเข้าชั้นระยะเวลานาน ปัจจัยที่มีผลรองลงมาคือ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งช่วยให้ระยะการไม่มีประจำเดือนภายหลังคลอดนานออกไปเป็นผลให้ช่วงเว้นระยะการมีบุตรนานออกไปด้วย การคลอดมีชีวิตและยังมีชีวิตอยู่ของบุตรคนแรกนั้นมีผลต่อการเว้นระยะการมีบุตรด้วย แต่เพศของบุตรคนแรกและการแท้งไม่มีผลต่อการเว้นระยะการมีบุตร

การศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ และวรัชย์ ทองไทย (2532) เรื่องภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดในประเทศไทย ผลของการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์และอัตราคุมกำเนิดของประเทศไทย โดยอาศัยข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่องตัวกำหนด และผลของแบบแผนการเจริญคุมกำเนิดในประเทศไทยพบว่า อยู่ ณ สภาพที่น่าพอใจ ภาวะเจริญพันธุ์ในเขตชนบทยังคงสูงกว่าในเขตเมือง และยังคงมีความแตกต่างกันระหว่างภาคอยู่ แต่อัตราคุมกำเนิดในเขตเมืองและชนบทกลับพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของแหล่งบริการคุมกำเนิดของรัฐในเขตชนบทได้แก่ สถานีอนามัยตำบล และโรงพยาบาลชุมชน สำหรับอัตราคุมกำเนิดระหว่างภาคยังแตกต่างกันอยู่ หมันหญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่คู่สมรสนิยมใช้มากที่สุด รองลงไปคือ ยาเม็ด และยาฉีด วิธีธรรมชาติและพื้นบ้านมีผู้ใช้น้อยมาก คู่สมรสส่วนใหญ่ยังคงนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรี ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการคุมกำเนิดประมาณครึ่งหนึ่งของผู้กำลังคุมกำเนิดในเขตเมือง วิธีที่นิยมใช้คือ กุญแจ และยาเม็ด โดยรับบริการจากร้านขายยา ส่วนในเขตชนบท มีผู้รับบริการจากภาคเอกชนน้อยมาก

สุดาพรรณ ควสกาพรทวี และคณะ (2535) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้จากการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา หรือการตรวจด้วยการส่องกล้อง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มาขอรับบริการจากหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคทางเดินอาหาร โรงพยาบาลเลมมาธิบัติ จำนวน 150 คน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องที่พบได้แก่การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การดื่มเหล้า การใช้น้ำแก๊ว และ การไม่ได้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ผู้วิจัยเสนอแนะว่า การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคนี้ ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำต้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงจะเป็นประโยชน์สูงสุด