

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

“การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี”
มีแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมมนุษย์
 - 1.2 ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - 1.3 ความต้องการดูแลตนเอง
 - 1.4 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลตัวเอง
 - 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 1.6 ข้อมูลด้านสุขภาพและการมีโรคประจำตัว
2. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง
3. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมของมนุษย์

Pender (1987, p. 13) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมมนุษย์ว่าเป็นพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยแสดงองค์ประกอบและเป้าหมายของพฤติกรรมไว้อย่างชัดเจนว่า หมายถึงคุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวังแรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุมความรู้สึกละอาย อารมณ์และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจน เป็นที่สังเกตได้ การกระทำและ ลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพและการกระทำให้สุขภาพกลับภาวะเดิม และการส่งเสริม สุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การรักษา พยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเอง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และในชุมชน การพัฒนาและขยายแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองไปสู่ชุมชนจะเป็นวิธีที่เป็นไปได้มากที่สุด และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน อีกทั้งประชาชนเองก็มีคุณสมบัติที่ ไหมเอียงไปในทางที่จะให้การดูแลตนเอง และช่วยเหลือกันเอง ในหมู่พวกเดียวกันอยู่แล้ว การพัฒนา แนวคิดและการดูแลตนเองให้กับประชาชนจึงสามารถจัดทำ

ได้ 5 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบธรรมชาติ (Naturalistic Model) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รู้จัก การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ที่สามารถ ทำกันเองในครอบครัวและในชุมชนนั้น สอนให้ประชาชน รู้จักสาเหตุของอาการหรือโรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองให้ปราศจากความเจ็บป่วย นั้น ๆ อย่างเหมาะสมกับสภาวะความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ และแบบแผนพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่

2) รูปแบบเข้าข้างตนเอง (Egoistic Model) มนุษย์มีลักษณะที่ชอบเข้าข้างตนเองตลอดเวลา ถือตนเอง เป็นใหญ่ และมีความต้องการที่จะดูแล ตนเอง ถ้าสังคมอาศัยมูลเหตุจูงใจเชิงจิตวิทยาให้เกิด ประโยชน์ โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมใน กระบวนการสุขภาพ จะช่วยให้มนุษย์รู้จักการ ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้อง 3) รูปแบบอุดมคติ (Ideological Model) สังคม จะต้องวางรากฐานความรู้ด้านสุขภาพอนามัยถูกต้องให้กับ ประชาชนและต้องให้เหมาะสมกับขีด ความสามารถของประชาชน ตลอดจนส่งเสริมกลุ่มการช่วยเหลือ กันเองให้พัฒนามากขึ้น เพราะ กลุ่มเหล่านี้จะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรม ที่ผิด ๆ ได้ 4) รูปแบบการมีชีวิต (Existential Model) ปัจจุบันการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขไม่เพียงพอกับความ ต้องการของประชาชน และประชาชนพึงพาบริการทางการแพทย์ เกินความจำเป็น เช่น การใช้ บริการทางการแพทย์ เพื่อรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้ และบริการทาง การแพทย์ที่มีราคาแพง จึงควรมีการสร้างกฎเกณฑ์บางอย่างขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง กฎเกณฑ์ที่สร้างขึ้นก็คือ แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง 5) รูปแบบการแลกเปลี่ยน (Exchange Model) การพัฒนาการ ดูแลตนเอง จะเกิดขึ้นในลักษณะของการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองสิ่งที่ต้องการ เมื่อใดที่ประชาชน รู้สีกว่าบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้ กระบวนการ แลกเปลี่ยนจะ เกิดขึ้นทันที เพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดในการตอบสนองด้านสุขภาพ ฉะนั้น การส่งเสริม ให้ประชาชน รู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตอบสนองความจำเป็น ทางสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ (เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์, 2543, หน้า 27-28)

Bloom (1975, pp. 65-67) พฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่ สังเกตได้หรือไม่ได้ พฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ด้านพุทธิศึกษา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่าง ๆ พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับ ความรู้และการจดจำข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้ วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุ ของการเกิดโรคได้ 2) ด้านเจตคติ (Attitude Domain) ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ หมายถึง สภาพ ความพร้อมทางจิตใจ ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบในการให้ คุณค่าหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน จิตใจของคน เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาสูบกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบ

บริโศคค์ 3) ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลแสดงออกมา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมปัญญา หรือความรู้ ความคิดเห็น พฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ ซึ่งพฤติกรรมที่สามารถประเมินได้ และถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี

Zimbardo (1971 อ้างถึงใน สมชาย โตศุกลวรรณ, 2545, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม (Behavior) ไว้ว่า เป็นผลจากการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่าง ๆ

พันธุทิพย์ รามสูต (2540, หน้า 141) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิต ซึ่งสามารถสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนก็หมายถึง ปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมา ซึ่งมีทั้งพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง กิจกรรมปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม แม้ว่าพฤติกรรมภายในที่เป็นรูปธรรมจะไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่ก็สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างช่วยในการวัดได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด ฯลฯ สำหรับพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความรู้สึก นึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม โดยพฤติกรรมภายนอกนี้ไม่สามารถมองเห็นได้ และไม่สามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้ แต่อาจวัดโดยทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรอื่น พฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมา ซึ่งอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกันก็ได้ สำหรับพฤติกรรม ภายนอก (Overt Behavior) เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลา เช่น การพูด การแสดง อากัปกิริยาต่าง ๆ อาจเป็นการแสดงออกขณะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว เช่น การละเมอขณะนอนหลับ เป็นต้น การที่จะประเมินคุณภาพของคนก็สามารถดูได้จากพฤติกรรมภายนอก เช่น สุขภาพ ความคล่องแคล่วว่องไว ความตรงต่อเวลา ความก้าวร้าว ความหยาบ ความเรียบร้อย ซึ่งพฤติกรรมภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมได้ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร ทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาของมื้อ เป็นต้น การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น

การควบคุม น้ำหนักตัว การเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การพักผ่อนหย่อนใจ การงดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ เป็นต้น การปฏิบัติกิจเพื่อป้องกันอันตราย การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกของโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจหาเมะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการความช่วยเหลือในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำและตัดสินใจที่จะแสวงหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งจะเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคม และวัฒนธรรม ดังนั้น พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลย แต่จะคอยให้อาการผิดปกตินั้นหายไปเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดเห็นของตัวเองเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรค หัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543, หน้า 10) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกิริยาและกิจกรรม ทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรม ตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

อัครฤทธิ์ หอมประเสริฐ (2543, หน้า 10) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก การกระทำที่สังเกตไม่ได้ เช่น ผู้กระทำรู้ตัว ไม่รู้ตัว หรือเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก

ธันวาคม ศุภวรรณรักษ์ (2543, หน้า 27-29) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ สุขภาพครอบครัว หรือ

สุขภาพชุมชน พฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพที่ต้องการ และพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการสุขภาพอีกด้วย เพราะฉะนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงหมายถึง การแสดงออกของบุคคลในสิ่งที่มีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ทั้งที่เป็นการแสดงออก ภายนอกซึ่งสังเกตได้และที่เป็นการแสดงออกภายในซึ่งสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น โดยจำแนกลักษณะพฤติกรรมสุขภาพไว้ 4 ประการ คือ 1) มีการกระทำในสิ่งที่เป็นคุณ หรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองหรือชุมชน 2) งดเว้นต่อการกระทำในสิ่งที่เป็นโทษหรืออันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน 3) ไม่มีการกระทำในสิ่งที่เป็นโทษหรืออันตรายต่อสุขภาพตนเองหรือของชุมชน 4) ไม่ละเลยต่อการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือของชุมชน

หวานใจ ชาวพัฒนารณ (2543, หน้า 18) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเลือกใช้จ่ายให้เหมาะสมเป็นครั้งคราวเท่าที่จำเป็นจริง ๆ การงดและลดสาร เสพติด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและพอเหมาะ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น การปฏิบัติของบุคคลจะกระทำ คือ การเพิกเฉย การซักถามผู้รู้เกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เมื่อรู้ว่าตนเองเป็น โรคจะต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ของแต่ละบุคคลนั้น มีความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมที่เข้าร่วมที่สนใจ ลักษณะของกิจกรรมของการทราบข้อมูลข่าวสารอาจมีความเหมือนหรือต่างกันขึ้นอยู่กับความตั้งใจและความสนใจ การรับรู้ต่อ ภาวะสุขภาพ ความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ความเชื่อเป็นตัวทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้น ในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามจะพบว่าเกี่ยวข้องกับความเชื่อ แม้ว่า การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องระบุ ความเชื่อในทุกกรณีก็ตาม อย่างน้อยที่สุดการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อบางอย่าง อยู่เสมอ โดยทั่วไปเชื่อว่าทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เพราะการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะเป็นตัวชี้ให้เห็นการให้ความสำคัญ และความสนใจในสุขภาพตนเองที่ชัดเจนว่าที่จริงแล้วเห็นความสำคัญ และสนใจจริง ๆ หรือยัง หรือแค่เป็นไปตามกระที่ กำลังกล่าวถึงกันมากกระแสหนึ่งเท่านั้น

สุปรียา ตันสกุล (2544, หน้า 42-43) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้น ภายในบุคคล (พฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ (พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริม รักษา จัดการกับสุขภาพของตน

โสภา ชูพิกุลชัย (2547, หน้า 2) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่สิ่งมีชีวิตกระทำและบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ หรือใช้เครื่องมือวัดได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการกระทำหรือกิจกรรมในความรู้สึกก็นึกคิดอีกด้วย

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543 อ้างถึงใน วลัยพร สกุลทอง, 2551, หน้า 10) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง กิริยา อาการ บทบาท ลีลา ท่าทาง การประพฤติปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งใน 5 ทวาร คือ โสณสัมผัส จักขุสัมผัส ชิวหาสัมผัส ฆานสัมผัส และทางผิวหนัง หรือมีฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

ไพบุลย์ เทวรักษ์ (2537 อ้างถึงใน วลัยพร สกุลทอง, 2551, หน้า 10) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การแสดงอาการหรืออากัปกิริยาของอินทรีย์ (Organism) ทั้งในส่วนที่เจ้าของพฤติกรรมเองเท่านั้นที่รู้ได้และในส่วนที่บุคคลอื่นอยู่ในวิสัยที่จะรู้ได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิริยา อาการ บทบาท ลีลา ท่าทาง การประพฤติปฏิบัติ การกระทำที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งในส่วนที่เจ้าของพฤติกรรมเองรู้ได้ และในส่วนที่บุคคลอื่นจะรู้ได้

ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง

Levin (1976, p. 11 อ้างถึงใน รัชณี กลิ่นศรีสุข, 2540, หน้า 15) กล่าวถึงความหมายในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกโดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ และยังรวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ในสังคม และเน้นว่าผลจากการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรวมทั้งชุมชน เป็นพื้นฐานในการริเริ่มการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล นอกจากนี้ ปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาทางเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายของสถานบริการ สาธารณสุขหรือหน่วยงาน ก็ยังเป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย

Pender (1982, p. 150 อ้างถึงใน ถักนา อุษะอาด, 2546, หน้า 11) กล่าวว่า การดูแล ตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเอง การดูแลตนเองต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดกระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้มีประสิทธิภาพการดูแล

Orem (1985, pp. 38-41) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำ

อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี รับรู้พฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการล้มเหลวที่น้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

Hill and Smith (1985, p. 10 อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ, 2543, หน้า 19-20) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

Norris (1987, pp. 486-489 อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ, 2543, หน้า 19-20) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบต่อตนเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนได้เล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาจมีเหตุผลหลักดันมาจากความไม่พึงพอใจต่อการให้การรักษายาบาลของแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่แพง อีกทั้งตระหนักดี ว่าตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้

อารีย์ เจียมพุก (2544, หน้า 40) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและมีความเป็นอยู่ที่ดี

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องก่อน ซึ่งอาจมีปัจจัยด้านต่าง ๆ มาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของหลักความรับผิดชอบต่อตนเอง แรงจูงใจ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนการในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง ไม่เกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ความต้องการดูแลตนเอง

Orem (1991, p. 127) กล่าวว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วน

ของการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของ โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การเคี้ยว และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดพิษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการจัดการโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็น ไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

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

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา ซึ่งเป็นที่พึงของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระเบียบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

(Health Promotion & Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของ โครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ใน ชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติ หรือมีความพิการของ โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของ ตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษา ใจซึ่งอึดทนอดทนและภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพา ตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตาม ความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมี ความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง ในแง่ของการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่ จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนา การได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้อง ปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการ พัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2540 อ้างถึงใน ขนิษฐา โกเมนทร์ 2547, หน้า 16) ให้ความหมายของ การดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงไว้ ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของคน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มุ่งใจ มีระบบระเบียบ เป็น ขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาคำเนิน ไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลแต่ละวัย ดังนั้น การดูแลตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นของมนุษย์

การดูแลตนเองจึงมุ่งเน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หรือ พฤติกรรมแบบแผนของชีวิต (Life Style Behavior) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การพักผ่อน การจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย

สรุปได้ว่า ความต้องการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยพื้นฐานของการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตัวบุคคล การดูแลตนเองจึงจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกเพศ และทุกวัย ซึ่งจะต้องปรับให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพตนเองและใช้ในชีวิตประจำวันได้

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลตัวเอง

การรับรู้ข่าวสาร เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมอันนำไปสู่ความเข้าใจของพฤติกรรมมนุษย์ การรับรู้ข่าวสารของมนุษย์ไม่ใช่การลอกเลียนแบบสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวอย่างตรงไปตรงมา แต่มีความซับซ้อนยุ่งยาก ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาเล็ก ซึ่งเป็นปัญหส่วนบุคคล และปัญหาใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติ หรือระดับสากล

สุชา จันทรเฒ (2540, หน้า 119) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่มีระดับตั้งแต่ง่ายสุดถึงซับซ้อนที่สุด จึงยากแก่การเข้าใจ นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายการรับรู้แตกต่างกันออกไปดังนี้

การรับรู้ หมายถึง การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) ในการรับรู้ นั้นไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยินหรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่ต้องรับรู้ได้ว่าวัตถุหรือสิ่งที่เรารับรู้นั้นคืออะไร มีรูปร่างอย่างไร เป็นต้น

ในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองสิ่งเร้า ดังนี้

สิ่งเร้า (Stimulus) → การรับรู้ (Perception) → การตอบสนอง (Response)

ดังนั้น สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะสัมผัส

พิชา รุจินาม (2554, หน้า 14-18) ได้สรุปเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารไว้ดังนี้ ผู้รับข่าวสาร หมายถึง บุคคลเพียงคนเดียว เช่น การคุยระหว่าง 2 คน หรืออาจหมายถึงกลุ่มบุคคลก็ได้ ในการติดต่อสื่อสารนั้น บุคคลที่เป็นผู้รับสารอาจเปลี่ยนเป็นผู้ส่งสารในเวลาอื่นได้ เช่น ในการพูดคุยกันผู้รับสารอาจกลายเป็นผู้ส่งสาร ผู้รับสารมีความสำคัญต่อการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการติดต่อสื่อสาร และผู้รับสารมีอิทธิพลต่อองค์ประกอบอื่นของการสื่อสารอีกด้วย นอกจากนี้ ควรพึงพอใจในการติดต่อสื่อสารจะไม่เกิดขึ้นถ้าหากไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยของผู้รับสารหรือคุณลักษณะของผู้รับสารในฐานะที่เป็นผู้รับการติดต่อสื่อสารโดยตรง

การส่งข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องคำนึงถึงปัจจัยอันเกี่ยวข้องกับผู้รับสาร
หลายประการด้วยกันคือ

1. ความต้องการของผู้รับสาร โดยทั่วไปแล้วในการรับข่าวสารของแต่ละบุคคลนั้นจะ
เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของตน ประกอบด้วย

- 1.1 ต้องการข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับตน
- 1.2 ต้องการข่าวสารที่สอดคล้องกับความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของตน
- 1.3 ต้องการประสบการณ์ใหม่
- 1.4 ต้องการความสะดวกและรวดเร็วในการรับสาร

2. ความแตกต่างของผู้รับสาร ผู้รับสารแต่ละคนจะมีลักษณะที่แตกต่างกันในหลาย ๆ
ด้าน ได้แก่ วัย เพศ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม

3. ความตั้งใจและประสบการณ์เดิม ในขณะที่มีความต้องการจะช่วยให้บุคคลรับรู้
ข่าวสาร ได้ดีกว่า ดังกล่าวไว้ว่าเราเห็นในสิ่งที่อยากเห็นและได้ยินในสิ่งที่ต้องการได้ยิน ดังนั้น
ความตั้งใจและประสบการณ์เดิมของผู้รับสารจึงมีความสำคัญต่อผู้รับสารเช่นกัน

4. ความคาดหวังและความพึงพอใจ ความคาดหวัง เป็นความรู้สึกที่สะท้อนให้เห็นถึง
ความต้องการของคนในการที่จะดีความต่อสภาพแวดล้อมเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตนต้องการ ส่วน
ความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสาร คือ ความพึงพอใจในข่าวสารที่ได้รับ เพราะข่าวสารต่าง ๆ ที่
ได้รับนั้น ผู้รับสารสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจและการปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้ ดังนั้น
ผู้ให้ข่าวสารและบริการจึงควรศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวของบุคคล เพื่อจะได้ให้ข่าวสารและได้
บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เดโช สนวนานท์ (2521 อ้างถึงใน ตรองจิต รุ่งหิรัญ, 2546, หน้า 23) ให้ความหมายของ
การรับรู้ว่าเป็นการที่ร่างกายรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาเร้าผ่านทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง แล้ว
ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ออกมา

จำเนียร ช่างโชติ (2519 อ้างถึงใน ปภูมิมา เสนามนตรี, 2550, หน้า 6) ให้ความหมายของ
การรับรู้ว่า การรับรู้คือ การสัมผัสที่มีความหมาย การรู้เป็นการแปลหรือตีความแห่งการสัมผัสที่
ได้รับออกเป็น สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย หรือที่รู้จักเข้าใจ ซึ่งในการแปลหรือตีความนี้ จำเป็นที่
อินทรีย์จะต้องใช้ประสบการณ์เดิม หรือความรู้เดิมหรือความชัดเจนที่เคยมีมาแต่หนหลัง ถ้าไม่มี
ความรู้เดิมก็จะไม่มีการรับรู้สิ่งเร้านั้น ๆ จะมีแต่เพียงการสัมผัสสิ่งเร้าแทน

นวลศิริ เปาโรหิตน์ (2545 อ้างถึงใน ปภูมิมา เสนามนตรี, 2550, หน้า 7) ให้ความหมายของ
การรับรู้ว่า การรับรู้ คือ ขบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระทบกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ

ของเรา และการแปลความหมายเป็นอย่างอื่นนั้น ขึ้นอยู่โดยตรงกับประสบการณ์ในอดีตของเรา และสภาพจิตใจปัจจุบันเป็นการสร้างความหมายเกี่ยวกับโลกภายนอกให้กับเราเอง

สรุปได้ว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อดังต่อไปนี้ คือ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจในรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ และแรงจูงใจของบุคคล จึงทำให้บุคคลจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้พิจารณาแยกแยะถึงคุณประโยชน์ ของข่าวสารที่ได้รับ

ทฤษฎีการเลือกเปิดรับข่าวสาร (Media Exposure)

พริระ จิรโสภณ (2529 อ้างถึงใน สุภาพร อัทธกุลวัฒน์, 2541, หน้า 18) กล่าวถึง การเลือกเปิดรับข่าวสาร เปรียบเสมือนเครื่องกรองสารในการรับรู้ของมนุษย์ มีทั้งหมด 3 ขั้น ดังนี้ 1) การเลือกเปิดรับหรือเลือกสนใจ (Selective Exposure or Selective Attention) หมายถึง แนวโน้มที่ผู้รับสารจะเลือกสนใจหรือเปิดรับข่าวสารจากแหล่งหนึ่งแหล่งใดที่มีอยู่ด้วยกันหลายแหล่ง เช่น การเลือกซื้ออ่านหนังสือพิมพ์ฉบับใดฉบับหนึ่ง หรือเลือกชมโทรทัศน์ช่องใดช่องหนึ่ง การเลือกเปิดรับนี้พบว่าบุคคลมักจะแสวงหาข่าวสารเพื่อสนับสนุนทัศนคติเดิมที่มีอยู่ และหลีกเลี่ยงข่าวสารที่ขัดแย้งกับความรู้สึกนึกคิดเดิมของตน ทั้งนี้เพราะการได้รับข่าวสารใหม่ที่ไม่ลงรอยหรือสอดคล้องกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือทัศนคติที่มีอยู่แล้ว จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลหรือมีความไม่สบายใจ ดังนั้น การที่ลดหรือหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าวได้ ก็ต้องแสวงหาหรือเลือกสรรเฉพาะข่าวสารที่ลงรอยกับความคิดเดิมของตน 2) การเลือกรับรู้หรือตีความ (Selective Perception or Selective Interpretation) เป็นกระบวนการกลั่นกรองขั้นต่อมา เมื่อบุคคลเปิดรับข่าวสารจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งแล้ว ก็เชื่อว่า ข่าวสารนั้นจะถูกรับรู้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ส่งสารทั้งหมด ผู้รับสารแต่ละคนอาจจะตีความหมาย ข่าวสารขึ้นเดียวกันที่ส่งผ่านสื่อมวลชนไม่ตรงกัน เพราะความหมายของข่าวสารที่ส่งไปถึง มีไต่อยู่ที่ตัวอักษร รูปภาพหรือคำพูดเท่านั้น แต่อยู่ที่ผู้รับสารที่จะเลือกรับรู้หรือเลือกตีความหมายตามความเข้าใจของตัวเองหรือตามทัศนคติ ตามประสบการณ์ ตามความเชื่อตามความต้องการ ตามความคาดหวัง ตามแรงจูงใจ ตามสภาวะทางร่างกาย หรือสภาวะทางอารมณ์ เป็นต้น 3) กระบวนการเลือกจดจำ (Selective Retention) เป็นแนวโน้มในการเลือกจดจำข่าวสารเฉพาะส่วนที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ เป็นต้น และมักจะลืมสิ่งที่ไม่สนใจหรือไม่เห็นด้วยได้ง่ายกว่า การเลือก จดจำนั้นเปรียบเสมือนเครื่องกรองขั้นสุดท้ายที่มีผลต่อการส่งสารไปยังผู้รับสาร ในบางครั้งข่าวสารอาจจะถูกปฏิเสธตั้งแต่ขั้นแรกโดยการไม่เลือกอ่าน ฟัง หรือ ชม สื่อสารมวลชนบางฉบับหรือบางรายการ ในกรณีที่ผู้รับสารหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้รับสารก็อาจพยายามตีความข่าวสารที่ได้รับตามความเข้าใจหรือ ความต้องการของตนเอง แต่หากว่าข่าวสารนั้นไม่เปิด

โอกาสให้ตีความแตกต่างไปได้ ผู้รับสารก็ยัง มีโอกาสปฏิเสธข่าวสารนั้นได้อีกเป็นขั้นสุดท้าย กล่าวคือ เลือกจดจำเฉพาะบางส่วนของตนเองสนใจ หรือต้องการเท่านั้น

สรุปได้ว่า การเลือกเปิดรับสื่อของกลุ่มประชานั้น เริ่มต้นจากการเลือกเปิดรับหรือเลือก สื่อที่ตนเองสนใจก่อน หลังจากนั้นจึงเกิดพฤติกรรมการเลือกรับรู้และการเลือกจดจำ เช่น การที่กลุ่มประชากรเลือกรับสื่อจากสื่อทางโทรทัศน์ แล้วพบสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากรายการทางโทรทัศน์ที่กลุ่มประชากรรับชม ทั้งรูปแบบโฆษณาตรงระหว่างพักของรายการ หรือโฆษณาแฝงที่อยู่ระหว่างการดำเนินรายการ ทำให้เกิดพฤติกรรมการเปิดรับสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นจึงเกิดพฤติกรรมการเลือกรับรู้หรือการตีความสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ และเกิดการเลือกจดจำโฆษณาในเวลาต่อมา

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง และปฏิบัติเป็นประจำจนติดเป็นนิสัยทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

Kals and Cobb (1966 อ้างถึงใน สันติ ธรรมชาติ, 2545, หน้า 5) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรคหรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการชัดเจนด้วย

Harris and Guten (1975) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรม ทุกชนิดของบุคคลที่ทำตามปกติและสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถป้องกันโรคได้

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพได้ 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง

ปราศจาก การเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาด

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

Levin (1976 อ้างถึงใน อรรถ โวที, 2548, หน้า 41) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพและการวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง รวมรวมถึง การให้การช่วยเหลือของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพสาธารณสุขโดยตรง เช่น ให้การพยาบาล หรือการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคม

Langlie (1977, pp. 244-260) วัตถุประสงค์สุขภาพโดยแบ่งเป็นพฤติกรรมย่อย 11 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการเดินทาง การขับรถ การสูบบุหรี่ สุขนิสัย การรับภูมิคุ้มกันโรค การดูแลฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการทดสอบการเป็นโรคในห้องปฏิบัติการ การใช้เข็มฉีดยารักษา การกิน และการออกกำลังกาย

Fry (1980, p. 18) การดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การรักษาสุขภาพ และการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การเยียวยาตนเอง และการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้ง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ทฤษฎีของ Kleinman (1980) ได้อธิบายว่าในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้น ระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพไม่ได้แยกโดดเดี่ยว แต่เป็นการผสมผสานกัน ดังนั้น ลักษณะการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman สามารถนำมาใช้อธิบายในการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน ประชาชนจะรักษากลับไปกลับมา ระหว่าง 3 ระบบ หรือบางครั้งจะรักษาพร้อม ๆ กันตั้งแต่ 2-3 ระบบ

ระบบการแพทย์ตามแนวคิดของ Kleinman คำว่าระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) เขาเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนสามัญชน (Popular Sector of Health Care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Health Care) แต่ละส่วนจะมีการตัดสินใจและมีพฤติกรรมการรักษา ตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วย แบบแผน ความเชื่อ การตัดสินใจวิธีการรักษา แบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความแตกต่างกันในเชิงแนวคิด ความเจ็บป่วยและกระบวนการเยียวยารักษาแต่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

1. การดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน (Popular Sector of Health Care) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด จะมีการให้ความหมายหรือการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานในแต่ละสังคมและการวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกพร้อมกับกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรก ทั้งนี้ ด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดาไมใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ ในส่วนนี้ จะประกอบไปด้วยชุดของความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 4 ระดับ คือ ผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมผู้ป่วย (Social Network) ได้แก่ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

2. การดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) หมายถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพมีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ บุคคลที่ทำการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่เพียงแต่แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ด้วย เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพ และได้รับการรับรองโดยกฎหมาย แต่ Kleinman ได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนโบราณอาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพ เช่น ในอินเดีย ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนการแพทย์แผนโบราณจนเป็นที่ยอมรับ โดยที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีส่วนในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อยลง ทั้งนี้ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันยังขาดแคลน ดังนั้น การดูแลสุขภาพอนามัยยังคงอยู่ในส่วนของประชาชนและส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน

3. การดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector of Health Care) คำว่าหมอพื้นบ้านเป็นคำหนึ่งในหลายคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายถึงระบบการแพทย์ที่มีใช้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการแพทย์ที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในภาษาอังกฤษ มีคำว่า Traditional/ Folk/ Indigenous/ Local และ Ethno medicine ในภาษาไทยมีคำว่า หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอยากลางบ้าน และที่เริ่มใช้มากขึ้นคือ แพทย์ (หมอ) แผนไทย คำเหล่านี้มีการใช้ทั้งที่เป็นความหมาย รวมและความหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมอพื้นบ้านจะให้บริการรักษานอกสถาบันสถานบริการที่เป็นทางการ โดยอาจจะเป็นการรักษาที่บ้านหรือบ้านของผู้ป่วย บางส่วนให้บริการแบบนอกเวลา (Part Time) บางส่วนมีการพัฒนาความรู้และระบบการให้บริการคล้าย Walsh (1985, pp. 353-356) วัฒนธรรมสุขภาพโดยแบ่งเป็นพฤติกรรมเฉพาะ 6 ด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกาย การใช้ยาและการหลีกเลี่ยงจากการเสพยาที่ไม่มีประโยชน์ การกำจัดความเครียด การรักษาความปลอดภัย การพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

พรรณิ บัญชรหัตถกิจ (2540 อ้างถึงใน สราวุธ ขงยุทธ, 2546, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกทางด้านสุขภาพ อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพกายใจ อารมณ์ สังคมให้เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

ข้อมูลด้านสุขภาพและการมีโรคประจำตัว

ในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) เป็นยุคแห่งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารกันได้ทุกมุมโลก การพัฒนาประเทศไทยจึงเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคมโลก ผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพอนามัยคนไทย จึงมีทั้งในทางบวกและทางลบ โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน 3 องค์ประกอบ คือ (สมนึก เกษโกวิท, 2542, หน้า 71-72)

1. องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล

1.1 พฤติกรรมของประชาชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมในการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร มีเพียงแต่พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น มีการใช้บริการจากสถานบริการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งแต่ก่อนใช้บริการร้านขายยา

1.2 พันธุกรรม โรคทางพันธุกรรมเป็นโรคที่ถ่ายทอดจากบิดาหรือมารดาสู่ทารก เช่น ธาลัสซีเมีย เบาหวาน ผู้เป็นโรคเหล่านี้ ถ้าได้รับการดูแล สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข และให้ความรู้ป้องกัน ไม่ให้เกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่อไป

1.3 ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ประชาชนมีความคิดความเชื่อในเรื่องสุขภาพแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม ตลอดจนจากสื่อโฆษณา ทำให้คนทั่วไปจะสนใจ สุขภาพของตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น ขาดการให้ความสำคัญในการทำใหตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ

2. องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม

2.1 การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจของประเทศ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ด้านอุตสาหกรรมและบริการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ อุตสาหกรรมยา เคมีภัณฑ์ เครื่องสำอาง อาหาร การบริการสาธารณสุข มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีความหวังว่าจะได้รับการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ประเทศเสรีจะมีการบริการสุขภาพที่มีราคาแพงมากขึ้น

2.2 การศึกษา คนไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงขึ้น ทำให้คนไทยในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งสามารถป้องกันอันตราย อันเนื่องมาจากการทำงานได้มากขึ้น เช่น อันตรายจากการใช้สารเคมี เป็นต้น

2.3 การเมืองการปกครอง การปกครองแบบประชาธิปไตย สามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถควบคุมจำนวน และการขยายตัวของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนลงได้ โดยผ่านองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค สื่อมวลชน และอื่น ๆ

2.4 โครงสร้างพื้นฐานและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในด้านการสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุขไปโลก ทำให้พฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนไป จากเดิม การรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัยรวดเร็วเป็นประโยชน์ต่อการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ประชาชนรู้จักเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้มีวิธีการรักษาโรคแนวใหม่ที่มีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่มีราคาแพง ราคาค่าบริการสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา พยาบาลในราคาที่แพงขึ้น

2.5 ปัจจัยทางด้านสังคม การหันไปรับค่านิยมทางวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้มีความเสรีทางเพศมากขึ้น มีการบริโภคบุหรี่ สุราและใช้สารเสพติดสูงขึ้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการบั่นทอนภาวะสุขภาพของประชาชน ตลอดจนอาจทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ หากไม่รับการเฝ้าระวังที่ถูกต้อง

2.6 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ปัจจุบันประชากรไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรลดลง อายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ต้องหันมาให้ความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีโรคประจำตัวสูงขึ้น นอกจากนั้น การอพยพเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายของแรงงานต่างชาติดี อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนไทยที่อยู่ตามชายแดนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2.7 การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ ป่าไม้ลดลง ดินคุณภาพต่ำ มลพิษทางอากาศและน้ำ แมลงและสัตว์นำโรค รวมทั้งจุลชีพที่ก่อให้เกิดโรคและดื้อยา ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของประชาชนทั้งสิ้น เนื่องจากต้องเสี่ยงภัยจากการใช้สารเคมีและวัตถุอันตราย ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและต้องซื้อยาในราคาแพงในกรณีที่มีจุลชีพชนิดใหม่เกิดขึ้น เช่น วัณโรค เอดส์ เป็นต้น

3. องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข

3.1 การกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการกระจาย และมีความครอบคลุมมากขึ้น มีการสร้างหลักประกันสุขภาพ บริการส่งเสริม และป้องกันโรค อันส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

3.2 โครงสร้างองค์การการบริหารงานสาธารณสุข มีการปรับปรุง และสร้างระบบบริหารสาธารณสุขที่เป็นแบบบูรณาการ โดยยึดคนเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพของคนวัยต่าง ๆ ได้อย่างผสมผสานแบบองค์รวม เน้นการกระจายอำนาจไปสู่หน่วยงานปฏิบัติ ทำให้เกิดกระบวนการตอบสนองต่อภาวะการณ์มีสุขภาพที่ดีของประชาชน

3.3 คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ มีการพัฒนาคุณภาพของบริการไปพร้อมกับการมีอำนาจในการจ่ายค่าบริการของประชาชน แต่ยังมีปัญหาที่สำคัญในเรื่องประสิทธิภาพของบริการ เนื่องจากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขยังไม่ทัดเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของบุคลากรหรืองบประมาณ

3.4 การมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดผลดีต่อส่วนรวมในเรื่องสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และรัฐจะต้องให้การสนับสนุนในทุกรูปแบบ เพื่อให้ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง

Fry (1980, p. 18) การดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การรักษาสุขภาพ และการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การเยียวยาตนเอง และการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

Levine (1987 cited in Hill & Smith, 1985, p. 8) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

Steiger and Lipson (1985, p. 12) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

Pender (1987, p. 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001, pp. 258-265) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า

“การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐาน ความเชื่อที่นำมาอธิบายโน้ตหลักของทฤษฎี ได้แก่ บุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคล เพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนากาย และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well Being) การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน การศึกษาและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อบุคคล การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่มีความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องส่งเสริม ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น การพยาบาล เป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing System) ซึ่งในที่นี้จะพูดถึงเฉพาะทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุน จากสังคม วัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา

เทศบาลเมืองจันทบุรี ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี เส้นรุ้งที่ 12.30852778 องศาเหนือ เส้นแวงที่ 102.1039750 องศาตะวันออก โดยครอบคลุมพื้นที่ 2 ตำบล คือ ตำบลตลาด และตำบลวัดใหม่ มีพื้นที่ 10.25 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยชุมชนย่อย จำนวน 12 ชุมชน โดยมีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลท่าช้าง
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลเกาะขวาง
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลจันทนิมิต
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลบางกะจะ

พื้นที่ในเขตเทศบาลนั้นมีลักษณะเป็นเนินและที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำจันทบุรีไหลผ่านตัวเมือง โดยแม่น้ำมีความยาว 120 กิโลเมตร ส่วนที่ไหลผ่านเทศบาลเมืองจันทบุรี มีความยาว 8 กิโลเมตร และลำคลองมีน้ำไหลตลอดปี พื้นที่ที่เป็นเนินจะมีเพียงเล็กน้อยประมาณ 1 ใน 10 ของพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งจะเป็นที่ตั้งของสถานที่ราชการ สำนักงานและโรงเรียน ส่วนใหญ่พื้นที่ราบลุ่มนั้นจะเป็นที่อยู่อาศัย ทำการค้า ตลาด ธนาคาร และสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ซึ่งจัดเป็นย่านการค้าที่มีชุมชนหนาแน่น นอกจากนั้น เป็นสวนสาธารณะและอ่างเก็บน้ำ

เทศบาลเมืองจันทบุรีตั้งอยู่ในเขตที่มีอากาศร้อนชื้น มีฝนตกชุก ติดต่อกันประมาณ 6 เดือนต่อปี ประกอบด้วย 3 ฤดู คือ

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม

ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์

ประชากร ตามสถิติของงานทะเบียนราษฎร ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 มีจำนวนประชากรที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลทั้งสิ้น 24,027 คน แยกเป็นชาย 11,350 คน และหญิง 12,677 คน มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 11,212 ครัวเรือน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนทรา หิรัญวรรณ (2538, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่ฉีดอินซูลิน พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองและอุปสรรคในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความผันแปร ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 11.80

ภาวินี โภคสินจำรูญ (2540, บทคัดย่อ) มีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเอซิสเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่ แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจำนวน 93 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6114$) 2) ระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .3044$) 3)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจาก การตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจาก การตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่นกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะแนว และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพดีตลอดระยะที่ตั้งครรภ์

กรรณิกา สุวรรณ (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 361 คน พบว่า เด็กวัยเรียนร้อยละ 65.1 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 16.6 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ปัจจัยนำเข้าทั้งหมด (อาชีพ การศึกษาของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว การได้รับการบริจาคจากโรงเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ) และปัจจัยเสริมทั้งหมด (การได้รับการอบรมสั่งสอนจากบิดามารดาครู)

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดเพชรบุรีอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ อาชีพ อายุ การรับรู้ข่าว สาธารณสุข ความเชื่อการรักษาแผนปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดเพชรบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สนองพร ขาวบาง และคณะ (2543, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่า ผู้สูงอายุมียุขยืนยาวมากที่สุด 100 ปี อายุเฉลี่ย 76 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ความรู้ในเรื่องอารมณ์ อากาศ/ สิ่งแวดล้อม งานอดิเรก อาหาร การขับถ่าย อุจจาระ การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุและอนาคต และพบว่า อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การตรวจสุขภาพ และการรับรู้สุขภาพของ

ผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สิริวรรณ เกนผางศ์ (2543, บทคัดย่อ) การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 562 คน พบว่าโดยทั่วไปนักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และผลการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ทักษะคิดด้านสุขภาพ ระดับการศึกษาของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนจากผู้ปกครองในด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครูในด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากเพื่อนในด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในด้านสุขภาพ และการได้รับข่าวสาร ด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน มีผลเชิงบวกในระดับต่ำต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และนักเรียนชายมีการดูแลสุขภาพดีกว่านักเรียนหญิง ส่วนผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 พบว่าการสนับสนุนจากผู้ปกครองในด้านสุขภาพสามารถอธิบายการดูแลสุขภาพ ตนเองได้มากที่สุด รองลงมาคือ ทักษะคิดด้านสุขภาพและเพศ ส่วนระดับการศึกษาของมารดา และการสนับสนุนจากเพื่อนในด้านสุขภาพรวมกันแล้วอธิบายตัวแปรเพิ่มขึ้นได้น้อยมาก อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวนี้ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพตนเองได้ประมาณ ร้อยละ 15

มนัสศรี ไพบุญศิริ (2545, บทคัดย่อ) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 280 คน โดยนำ PRECEDE Model มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.82 2) ปัจจัยทางชีวสังคมตัวแปร เพศ อายุ และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ส่วนตัวแปร อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม 3) ปัจจัยนำ คือ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ค่านิยม ทักษะคิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 4) ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 5) ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 6) ตัวแปรร่วมทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การรับรู้ประโยชน์ และความรู้ โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรวมทุกด้านได้ คิดเป็น ร้อยละ 34.6

วาทีนา ทาตายุ (2545, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 300 คน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่าง แบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไค-สแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ส่วนปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คือ ความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คือ ความสะดวกเพื่อการเข้ารับการรักษาและจำนวนสถานที่ ที่สามารถเข้ารับการรักษา ส่วนปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คือ การได้รับความรู้จากการจัดประชุมวิชาการ การมีเพื่อนชวนไปออกกำลังกาย การที่แพทย์และพยาบาลให้คำอธิบายในการดูแลสุขภาพของบุคลากรส่วนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยภาพรวมนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

สุภาพรณ เกื้อสุวรรณ (2546, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้มารับบริการ แสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยผู้มารับบริการที่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะมีแนวโน้มในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวที่ดีด้วย เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นและส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

จารุมาศ ใจก้าวหน้า (2546, บทคัดย่อ) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานโรงงานยาสูบ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$) พนักงานที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาดัชนีประสิทธิผล 13 ตัว พบว่ามี 3 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การควบคุม ตนเอง การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ ร้อยละ 26.5 โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลการทำนายสูงสุดร้อยละ

17.4 การควบคุมตนเอง ร้อยละ 6.7 และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 2.4

กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย (2547, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในชุมชนเขตดอนเมือง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัย คือ หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนหัวหน้า 55 ครัวเรือน ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านของเขตดอนเมือง ปี พ.ศ. 2546 จำนวน 342 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมุติฐาน โดยการทดสอบค่า t-test และหาค่าวิเคราะห์ ความแปรปรวน (ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในชุมชนเขตดอนเมือง ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-49 ปี โดยมีสถานภาพการสมรส การศึกษาระดับมัธยม ตอนต้นและปลายหรือเทียบเท่า อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีรายได้ต่อเดือน 3001-6000 บาท สภาพที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่มาแล้ว 6-10 ปี ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนเขตดอนเมือง ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่อาศัย การรับรู้ข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเอง การให้คุณค่าในการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนเขตดอนเมืองอยู่ในระดับมาก

พรศรี แหยมอุบล (2547, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 378 คน พบว่า นักเรียน มีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ส่วนความคิด เกี่ยวกับการมีสุขภาพดี และการสนใจจากสังคมในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก นักเรียนที่มี ลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนนักเรียนที่มีเพศ และภาวะสุขภาพในปัจจุบันแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความคิดเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี และการสนใจจากสังคมใน การดูแลสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้ ร้อยละ 22.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จุฬา กุลนิม (2548, บทคัดย่อ) การดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชน แอ๊ด เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร จำนวน 451 ราย พบว่าโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพ ตนเองในระดับปานกลาง และการดูแลสุขภาพตนเองที่มีกบปฏิบัติเป็นประจำคือ การดูแลสุขภาพ ตนเองในภาวะเจ็บป่วย ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคดี ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีประสบการณ์การเจ็บป่วย การศึกษา การสถานพยาบาลในชุมชน การรับ

ข่าวสารด้านสุขภาพ อาชีพ รายได้ การมีสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง และผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุพบว่าตัวแปรอิสระ ทั้ง 15 ตัวแปร สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ประมาณร้อยละ 13 และตัวแปรที่สามารถอธิบายการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียง 4 ตัวแปรเท่านั้น คือ เพศ การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาล ความรู้ด้านสุขภาพ และทัศนคติด้านสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปตัวแปรที่มีความชัดเจนสามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์ และพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการสิ่งแวดล้อม การตรวจรักษาสุขภาพ และการจัดการความเครียดด้านจิตใจ โดยคณะผู้วิจัยเชื่อว่าการที่นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ คือ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายรายเดือน ช่องทางการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ

อรุณ อบเชย (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จำนวน 400 คน พบว่า 1) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน สำหรับอายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน 2) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ คือ อายุ ส่วนปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทัศนคติ ต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร

โรงพยาบาลบางแพ ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร
 โรงพยาบาลบางแพ ส่วน ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร
 โรงพยาบาลบางแพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพมีการปฏิบัติอยู่
 ในระดับปานกลาง

สมศิริ รัชญศิริ (2549, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกำลังพลกรมยุทธโยธาทหารบก กรุงเทพมหานคร พบว่าความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นสรุปว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน เนื่องจากการที่บุคคลมีความเข้าใจ ความรู้ ความสามารถที่ดีในการทำข้อสอบเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของวิธีการปฏิบัติหรือการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา อนามัย ก็จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้

กิตติยา คำพึงพร และสุภาพร แซ่ฉั่ว (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จำนวน 200 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) จากผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันในด้านการจัดการ สิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง 2) นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีชั้นปีการศึกษาที่ต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันในด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีค่าใช้จ่ายรายเดือนต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด ข้อเสนอแนะ 1) เนื่องจากผลการวิจัยพบว่านักศึกษามีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมควรมีนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีประสิทธิภาพในการเรียนมากขึ้น 2) ผู้บริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมควรวางนโยบาย

ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษา ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ
เพศชาย เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าเพศหญิง

ธรรธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการ
รับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการ
จัดการความเครียด เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัด
นครปฐม ที่มีข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้และ
ความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุตำบล
โพรงมะเดื่อ จังหวัดนครปฐม จำนวน 83 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple
Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ
ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง
กลุ่ม ใช้การทดสอบค่าที (t-test) ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ผลการวิจัย
พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า
การรับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.327$) การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} =$
2.725) การจัดการความเครียด อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.822$) และ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย
อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.319$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้
ส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ข้อเสนอแนะ ควรให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือสถานีนามัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่
ผู้สูงอายุ อาทิ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพความพร้อมของร่างกาย เช่น รำไม้พลอง
รำไท่เก๊ก เปดอง และมีการพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์
และความคิดเห็นระหว่างกัน

ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ
สุขภาพของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาจาก
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่ง
ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือได้
ตอบกลับมา นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่า ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test และ F-test การวิจัยครั้งนี้กำหนดความมี
นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.0 อายุต่ำกว่า 30 ปี
ร้อยละ 44.4 สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.2 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 อาชีพรับจ้าง

ร้อยละ 58.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000-4,999 บาท ร้อยละ 34.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.6 การรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.8 รับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิ่งดาว รัตนเวชชัยวิมล (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการทางการแพทย์ศึกษา กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง” โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยมีระดับพฤติกรรมเหมาะสมสูงสุด ทักษะคิดในภาพรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความถี่ในการรับข้อมูลข่าวสาร

พรรณทิพย์ หมั่นรักษ์ (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 330 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ รายได้และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

อรนุช คงเหลียม (2552, บทคัดย่อ) ศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการมีไม่มีโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ไม่พึ่งอินซูลิน) ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชัยนาท จำนวน 250 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.32
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน เนื่องจากสมมติฐานระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชาย
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 41-50 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 51-60 ปี และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 เพียงบางส่วน
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 เพียงบางส่วน
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพหม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพโสดและสถานภาพหม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้น ไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 เพียงบางส่วน

7. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพพนักงานเอกชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง แม่บ้าน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้ ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ ค้าขาย เกษตรกรรับจ้าง แม่บ้าน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นอกจากนั้น ไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพแม่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีอาชีพข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชน ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร และไม่ได้ ประกอบอาชีพ

8. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นอกจากนั้น ไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคน้อย

9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

11. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

12. ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01