

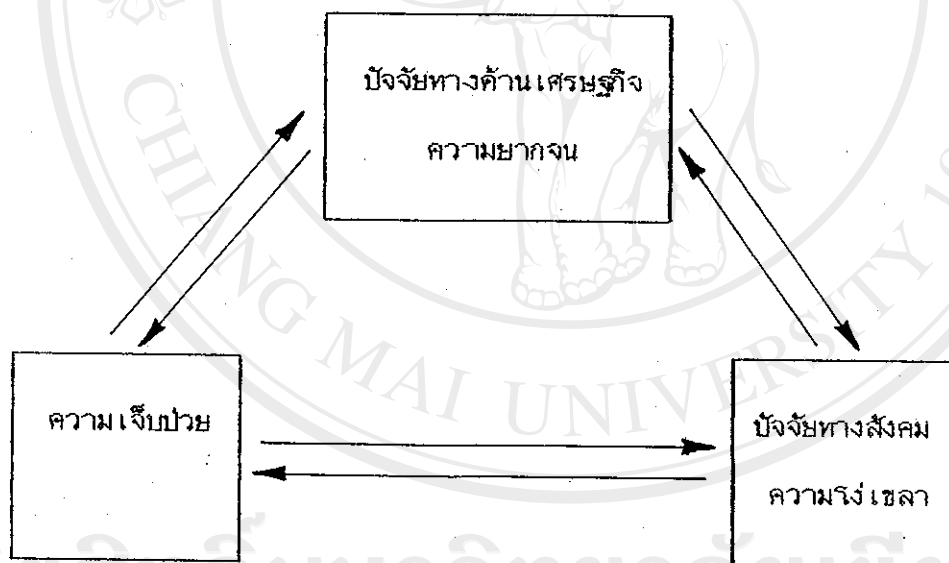
บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความเจ็บป่วย

พื้นฐานที่สำคัญอันหนึ่งของการพัฒนาประเทศในทาง เศรษฐกิจและสังคมคือ สมรรถภาพของประชากร ทรัพยากรใช้เงินที่มีอยู่ทั่วไปย่อม เป็นอุปสรรคอันสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ แต่ในทางตรงกันข้ามความยากจน ความไม่รู้และความเจ็บป่วยย่อมมีส่วนสัมพันธ์ เป็นวงจร เช่นเดียวกัน



รูป 1 วงจรความเจ็บป่วย

จากแผนภูมิจะเห็นว่าความเจ็บป่วยเป็นบ่อเกิดแห่งความยากจน และความยากจนในมุกกลับก็ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น ความสัมพันธ์ในทางอนงเดียวกันนี้ก็มีอยู่ระหว่างความเจ็บป่วยกับความรุ่งเรือง อันเนื่องมาจากการขาดการศึกษา ดังนั้นจะเห็นว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่างก็มีความสัมพันธ์ต่อกัน และทั้งสองปัจจัยนี้ย่อมมีผลต่อความเจ็บป่วยและการเลือกวิธีรักษา

ความเจ็บป่วย (illness) เป็นการรับรู้ (perception) ที่บุคคลตระหนักว่าเป็นความป่วยไข้ (sickness) มากกว่าที่จะรับรู้ว่าเป็นโรค หรือเกิดจากเชื้อโรค (disease) (บริชา 2534 : 53) มีผู้ให้ความหมายของความเจ็บป่วยไว้หลาย ๆ แนวคิด ดังนี้

ความเจ็บป่วย ในความหมายทางการแพทย์พื้นบ้าน (ethnomedical model) หมายถึง ปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งบุคคลและเครือข่ายทางสังคมของบุคคล (social net work) มีประสิทธิภาพร่วมกัน เช่น ทุกข์ร่วมกัน วิตกกังวลร่วมกัน ประเมินอาการร่วมกันว่าอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ป่วยเป็นโรคอะไร และช่วยกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน (พิมพ์วิทย์ 2530 : 93)

ความเจ็บป่วย ในความหมายทางชีวแพทย์ (biomedical model) หมายถึง โรคภัยไข้เจ็บ เป็นปัญหาของความผิดปกติทางชีววิทยาที่ต้องการได้รับการรักษาโรคที่เหมาะสม โดยมีวิทยาการที่เชี่ยวชาญเฉพาะกิจ (พิมพ์วิทย์ 2530 : 93)

โดยสรุปแล้ว ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่ามีความผิดปกติจาก เดิมหรือ เป็นสิ่งที่บุคคลรู้สึกว่าไม่สบาย ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตัวเขาเอง จากครอบครัวหรือ เครือข่ายสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหารแสลง การใช้สมุนไพร การบีบนิ้ว การซื้อยากินเอง และการตัดสินใจพึ่งบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น (มัลลิกา มติโร, 2530 : 12)

การดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค(รวมทั้งการช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังบริการ (สมทรง 2534 : 4)

ความเจ็บป่วยนั้นว่าจะ เป็นชนิดใด เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศต่อไปด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยจึง เกิดขึ้นตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วย คือ ตั้งแต่เกิดเจ็บป่วยจนถึงกระทั่ง

ถึง เมื่อบุคคลหายจากความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองหรือการที่สามัญชนเป็นผู้จัดการบริการให้กับตัวเองนั้นเป็นวิธีทางวัฒนธรรม สังคม จึงปรากฏให้เห็นในทุกสังคม เป็นปรากฏการณ์ที่ช่วยการวิจัยจำนวนมากในประเทศพัฒนาแล้วรายงานว่าร้อยละ 65 ถึง เกือบ 85 ของจำนวนครั้ง ความเจ็บป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาโดยมิได้อาศัยบริการการแพทย์แบบวิชาชีพ (Levin 1986 อ้างในมัลลิกา มติภ 2530 : 118) ดังนั้นจึงได้มีแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองขึ้น ทั้งด้านการพยาบาลและสังคมศาสตร์

พิมพ์วิทย์ ปรีคาสวัสดิ์ (2530 : 44-116) ได้เสนอแนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทางสังคมศาสตร์การแพทย์ไว้ดังนี้

พาร์สัน (Talcott Parsons 1951) ได้สร้างแนวความคิดอธิบายบทบาทของผู้ป่วย (sick role) ซึ่งมีลักษณะเป็นอุดมคติ (ideal type) คือ พาร์สันมองว่าผู้ป่วยทุกคนจะมีพฤติกรรมในบทบาทผู้ป่วยคล้ายๆกัน โดยไม่สนใจอิทธิพลทางวัฒนธรรม และประสบการณ์ที่แตกต่างของบุคคล

แมคคาเนค (David Machanic 1962) ได้พยายามอธิบายถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของบุคคลแต่ละคนว่าเกิดจากปัจจัยกำหนดอันใดบ้าง โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ตลอดจนเรื่องสุขภาพจิต และภาวะความเครียด

ซัสแมน (Edward Suchman 1965) สรุปรว่าพฤติกรรมการรักษา มีลักษณะ เป็นลำดับขั้น ตอนและการเลือกวิธีการรักษาที่มีลักษณะ เป็นขั้นตอน เช่นเดียวกัน โดยเป็นไปตามการรับรู้และตัดสินใจของบุคคลเองต่ออาการผิดปกติและการคลี่คลายของโรค โดยที่ผู้ป่วยมักจะ เริ่มต้นแก้ไขปัญหาคือ ความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายด้วยการรักษาตนเอง เนื่องจากมีอาการเล็กน้อย เพราะเพิ่งเริ่ม เป็นซึ่งไม่อาจประกันความสำเร็จได้ ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะมีอาการประหม่น อาการ และเลือกแหล่งรักษาพยาบาลใหม่ ที่คิดว่าจะทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายได้ ซึ่งตามทัศนะของ Suchman ก็คือการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ในที่สุด

ฟริคสัน (Eliot Freidson 1970) เสนอแนวคิดที่ชัดเจนว่าพฤติกรรม การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เป็นเรื่องของผู้ป่วย และ เครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเองในการวินิจฉัยโรค ตัดสินใจและเลือกวิธีการรักษา มิใช่เป็นเรื่องของแพทย์ และพฤติกรรม การรักษาตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของวิธีการรักษาของผู้ป่วย

เจมส์. ซี. ยัง (James C. Young 1981) ได้อธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขในระบบสังคมที่มีแหล่งหรือวิธีการให้เลือกหลาย ๆ แหล่งที่เรียกว่าระบบการแพทย์แบบพหุ (medical pluralistic setting) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยหรือตัวกำหนดสำคัญ ๆ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (gravity or perceived seriousness of illness)

เมื่อบุคคลป่วยบุคคลจะพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วย และประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนั้น แล้วใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่ง/วิธีการรักษาใด ๆ ทั้งนี้บุคคลนั้น ๆ จะคำนึงถึงความคิดส่วนใหญ่ในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงของคนด้วย

2. ความรู้เกี่ยวกับการการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการเยียวยาตนเอง (knowledge of home remedy)

ตัวกำหนดนี้ ได้แก่ ความรู้ของบุคคลในการรักษาตนเองสำหรับการเจ็บป่วยนั้น ๆ ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการรักษาตนเอง หรือการเยียวยาแบบพื้นบ้าน (ตามระบบของสามัญชน) ประกอบกับรับรู้ว่าอาการนั้นไม่รุนแรง เขามักจะเลือกรักษาตนเองตามระบบของสามัญชน แต่ถ้าเขาไม่รู้จักวิธีการรักษาตามแบบแผนนี้ เขามักเลือกใช้วิธีการรักษาตามระบบการแพทย์ตะวันตก หรือถ้าวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน หรือการรักษาตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาความป่วยไข้ของเขา ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านได้ บุคคลจะมีแนวโน้มเลือกใช้แหล่งการรักษาในระบบการแพทย์ตะวันตก

3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา (faith or perceived benefit of taking action)

ปัจจัยพื้นฐานสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ความเชื่อถือของบุคคลในผลของวิธีการรักษา นั้น ๆ ว่าสามารถทำให้หายขาดได้จริง ซึ่งความเชื่อถือนี้จะสัมพันธ์กับทางเลือกต่าง ๆ ของการรักษาพยาบาล กล่าวคือ บุคคลย่อมเลือกแบบแผน/วิธีการรักษาเยียวยาตามความเชื่อถือศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้น ๆ อย่างไรก็ตามก็พิจารณาส่วนใหญ่ว่า การรักษาตามแบบแผนตะวันตกมิได้รับการยกย่องว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะที่ถือว่าการรักษาตนเองมีประสิทธิภาพต่ำสุด

การเจ็บป่วยของบุคคลในครั้ง ๆ หนึ่ง (illness episodes) ในแนวความคิดของ คริสแมน (Chrisman) ประกอบด้วย

1. การประ เหม็นโรคหรือการให้ค่าจำกัดความกับอาการผิดปกติ
2. พฤติกรรมการรักษาเยียวยาเพื่อการแก้ปัญหา
3. การประ เหม็นผลพฤติกรรมการรักษา เยียวยาครั้งนั้น
4. การ เปลี่ยนบทบาทซึ่ง เป็นบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน อันมีผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
5. การปรึกษาหารือกับสมาชิกคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย และมีคำแนะนำ หรือ การส่งต่อโดยสมาชิกหรือคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย

ในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ กระบวนการแสวงหการรักษาเยียวยาไม่จำเป็นต้องหยุด อยู่เพียง 5 ขั้นตอนเท่านั้น แต่ในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งสามารถมีการกลับคืนซ้ำ (recycling) ของกระบวนการทั้งหมดได้อีก เมื่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น ๆ ที่เขาสัมพันธ์ด้วยได้ ข้อมูลใหม่ ๆ มาเพิ่มเติม

พราย (Fry 1973; 1981 : อ้างใน เอี่ยมพร, 2534 : 4) ได้จำแนกบทบาท การดูแลสุขภาพตนเองว่าประกอบด้วย

1. การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตน (health maintenance)
2. การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ (disease prevention)
3. การวินิจฉัยความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (self diagnosis)
4. การรักษาตัวเองด้วยวิธีการต่าง ๆ (self treatment) รวมถึงการให้ยา (self medication)
5. การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ที่วิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขได้จัดทำให้ (participation in professional care) นัยหนึ่งก็คือการให้บริการทางสุขภาพอนามัย (use of service) และการมีส่วนร่วมหรือตัดสินใจต่อแผนการรักษาพยาบาล

แอกเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger, 1983) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาในประเทศกำลังพัฒนา โดยชี้ให้เห็นถึงการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัจจัยภายในความคิดของคนไข้ที่ใช้หรือไม่ใช้บริการ ทั้งการแพทย์แผนใหม่ และการแพทย์แผนโบราณ อะไรทำให้เขาเหล่านั้นเลือกใช้บริการ หรือไม่ใช้บริการที่มีต่าง ๆ กัน โครเกอร์ได้แยกตัวแปรในการอธิบายออกเป็น 3 ปัจจัย ซึ่งมีผลต่อการเลือกแหล่งบริการ คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (predisposing factors) ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร อายุ และเพศ ลักษณะครัวเรือน องค์ประกอบของครอบครัว ทัศนคติ การศึกษา สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพ

2. ปัจจัยส่งเสริม (enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การประกันสุขภาพ ความรุนแรงของโรค โรคเรื้อรังหรือเฉียบพลัน

3. ระบบบริการสุขภาพ (health service system factors) ได้แก่ โครงสร้างของระบบบริการ ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษา

ทวิทอง (1987 : อ้างใน เอี่ยมพร 2534 : 12) ได้เน้นว่าการดูแลสุขภาพตนเองนั้นครอบคลุมทั้งมิติการรักษา ส่งเสริมทะนุบำรุงสุขภาพ แต่การวิจัยในมิติของการทะนุบำรุงสุขภาพยังมีน้อยมาก การดูแลสุขภาพในมิติของการรักษาได้รับความสนใจมากกว่า ซึ่งการดูแลสุขภาพในด้านความเจ็บป่วย หมายถึง แนวพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้และประเมินอาการเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้น ๆว่าจะรักษามันด้วยตนเองอย่างไรดีหรือจะไปหาหมอหรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น ทวิทอง (1987) จึงได้จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

①. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพ หรือที่กระทำไปก่อนล่วงหน้าแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองครั้งนี้ คือ

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

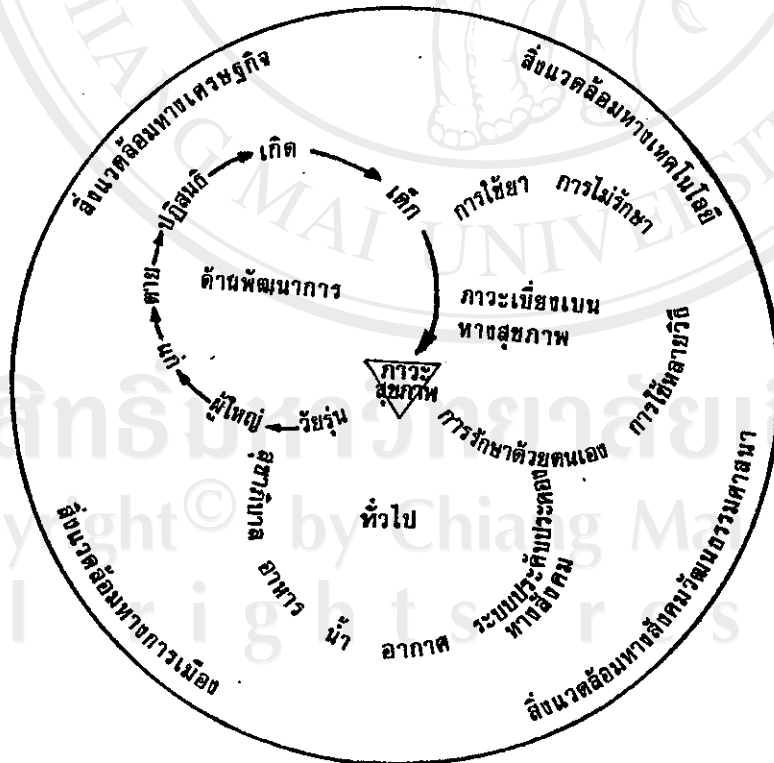
✓ - การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (non-medication self treatment) พฤติกรรมอาจปรากฏในรูปแบบของการควบคุมเปลี่ยนแปลงอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานน้อยลง การรับอากาศบริสุทธิ์ และกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

✓ - การเข้ายารักษาตนเอง (self medication) เป็นรูปแบบพฤติกรรมรักษา โดยสามัญชนที่สังเกตแบบต้ง่ายที่สุด ยาที่ใช้มีได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้น หากแต่รวมถึงยาพื้นบ้าน (เช่น น้ำผึ้ง) และยาสมุนไพรต่าง ๆ ด้วย

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติภายในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระบวนการรักษาเพิ่มเติมบริการที่ให้บริการโดยนักวิชาชีพ เช่น การดูแลตนเองในการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่หาไปโดยมีเจตนาแก้ไข คัดแปลง ปรับ แก้บริการ หรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพที่คล้อยกับความเชื่อของเขา (เช่น เปลี่ยนเวลา และจำนวนยาที่แพทย์สั่งให้รับประทานเอง) เลิกการรักษาหรือใช้การรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (ซึ่งเรียกว่า การรักษาหลายวิธี หรือ multiple treatment actions) ทางเลือกแบบนี้พบได้มากในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศพัฒนาแล้ว

จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อาจประมวลมีคิของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกมาให้เห็นชัดเจนได้ดังนี้



รูป 3 มีคิของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติกร (2530 : 2 - 3) งานนันทนาการและการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (self care in health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 แบบ คือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลถึงสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (primary prevention)
- การป้องกันความรุนแรงของโรค (secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่จะจัดโรคไว้ให้หมดก่อนที่อาการโรคจะรุนแรงมากขึ้น
- การป้องกันการระบาดของโรค (tertiary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (self care in illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง ครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

- 2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (individual self care)
- 2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (family care)
- 2.3 การดูแลสุขภาพพิชเครือข่ายสังคม (care from the extended social network)
- 2.4 การดูแลสุขภาพพิชกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (mutual aid or self help group)

ดังนั้น เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างพอเพียง บุคคล จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

1. การคัดลึงใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การเข้ารับรักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยามกินเอง การใช้ยากลางบ้าน
3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช้การรักษา เช่น การนอนพัก การคั้นน้ำอุ่น
4. การคัดลึงใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข ในกระบวนการของการคัดลึงใจที่เข้ารับการรักษา และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางการพยาบาล โอเรม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต 2533 : 7) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (universal self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนทั่วไปปฏิบัติเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ขั้นตอนการพัฒนาที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (development self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะการที่มีผลต่อการพัฒนานั้น ๆ
3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรม หรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การบำบัดรักษา เป็นต้น

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เมื่ออายุให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

เพศ

เพศนอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีรภาพของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมอีกด้วย (Kutner & Kutner 1979:62) ระบุว่าระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล จึงพบว่าเพศหญิงมักมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้หาวิธีบรรเทาอาการด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง (Neimi, et al. 1988:1101-1107) วอร์เกอร์และคณะ (Walker, et al. 1988 : 84) พบว่าเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าเพศชาย

สภาวะทางสุขภาพ (health status)

Anderson และ Newman ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรับรู้สุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร จะเป็นตัวกำหนดการไปรับบริการทางการแพทย์ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งงานทานองเดียวกัน Gossman พบว่าบุคคลที่คิดว่าตนเองมีอาการป่วยรุนแรงหรือคิดว่าอาการหนัก จะรีบไปใช้บริการทางการแพทย์ทันที เพื่อต้องการจะให้หมอรักษาตนให้พ้นจากการเจ็บไข้ได้ป่วยนั้นๆ การมีสิทธิด้านการรักษาพยาบาล เป็นหนทางหนึ่งที่เขาจะได้รับบริการในการรักษาโดยที่เขาไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย (อ้างใน อรรถพรณ 2522 : 28)

ชุมชนแออัด

ชุมชนแออัด หมายถึง แหล่งเสื่อมโทรมหรือที่เรียกกันว่า "สลัม" (Slum) มีความหมายตามพระราชบัญญัติปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรม ของคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการบูรณะแหล่งเสื่อมโทรม กระทรวงมหาดไทย ว่า "เป็นแหล่งหรือย่านที่มีอาคารหนาแน่นและอาคารนั้นส่วนมากชำรุดทรุดโทรม หรือมีสถานที่ไม่เหมาะสมจะใช้เป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายแก่สุขภาพอนามัย ความปลอดภัยและศีลธรรมหรือสวัสดิภาพของผู้ที่อยู่อาศัยและประชาชน และอีกความหมายหนึ่งซึ่งคณะกรรมการปรับปรุงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธานได้ให้คำจำกัดความ "แหล่งเสื่อมโทรม" เป็นบริเวณที่หักอาคารที่เป็นแหล่งชุมชนหนาแน่นแออัด อาคารส่วนใหญ่มีสภาพชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพ

ค่าที่มาตรฐานไม่สมควรที่จะให้เป็นที่อยู่อาศัยในบริเวณนั้น ๆ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพอนามัย และสภาพแวดล้อมรุนแรงกว่าระดับปัญหาทั่วไป

ฉะนั้น คำว่า "ชุมชนแออัด" ตามความหมายรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่า คือ สถานที่หรือกลุ่มของสถานที่ที่อยู่อาศัยที่มีอาคารหนาแน่น และเก่าแก่ชำรุดทรุดโทรมและเสื่อมสภาพไม่เหมาะที่จะมาใช้เป็นที่อยู่อาศัย เป็นบริเวณที่เต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นแออัดยัดเยียด ผิดสุขลักษณะอนามัยซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ความปลอดภัย การดำรงชีวิตอยู่ในลักษณะที่ต่ำกว่ามาตรฐานทั่ว ๆ ไป ตลอดจนมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และศีลธรรม (สิริลักษณ์ แก้วคงยศ 2533 : 5 - 6)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหรือรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ในมิตินี้เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติพยาธิสภาพความเจ็บป่วยของบุคคล ข้อค้นพบของการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของคนไทยมิได้แตกต่างไปจากสังคมตะวันตกหรือสังคมอื่น ๆ ในแง่ของการบำบัดรักษาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในกรอบของระบบแพทย์สามัญชน จากการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า การรักษาคด้วยตนเองและภายในครอบครัวมีตั้งแต่ร้อยละ 63 จนถึงร้อยละ 93 ของความเจ็บป่วยทั้งหมดที่เกิดขึ้น (เอื้อมพร 2534 : 27) ในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่การใช้ยารักษาตนเอง เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่พบได้บ่อยและแพร่หลายที่สุด ตามที่เพ็ญศรี (2533 : 216) ได้กล่าวอ้างอิงไว้ดังนี้ (คันนิงแฮม (Cunningham 1970) ศึกษาแบบแผนแสวงหาบริการสุขภาพที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนรักษากันเองที่บ้านโดยซื้อยามากินเองมากถึงร้อยละ 53 รักษากับหมอฉีดยากันหมอแผนโบราณร้อยละ 24 ที่เหลือไปรับบริการที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล ในปีต่อมา พ.ศ. 2513 ผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย วิธีการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ-ธนบุรีและต่างจังหวัด ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 23,789 คน ได้ข้อสรุปว่าชาวกรุงเทพฯ และชนบทมีแบบแผนการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันนัก แต่โดยรวมแล้วประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการสุขภาพของรัฐเพียงร้อยละ 15.5 นิยมการซื้อยามารักษา

โรคเองร้อยละ 51.4 ใช้บริการโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนร้อยละ 22.7 อีกร้อยละ 10.4 รักษาที่หมออื่น ๆ เช่น หมอแผนโบราณ หมอโอสยศาสตร์ และหมอจีนยา

สันศักดิ์และโรลีย์ (2517 : 86) ได้ศึกษาเชิงมนุษยวิทยา พบว่าลักษณะทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย คือ สนใจอยากให้หายจากอาการป่วยมากกว่าสนใจสาเหตุของโรคการปฏิบัติ จึงมุ่งไปที่การทำให้หายป่วยเป็นอันดับแรกโดยเลือกใช้ยาที่มีอยู่รักษาตนเอง บังคับสำคัญที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการต่าง ๆ คือ ชื่อเสียงของหมอ ชนิดและความรุนแรงของโรค และฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยนั้น ๆ เช่นเดียวกับอุคม คมพาศน์ และคณะ (2518 : อ้างอิงเพ็ญศรี 2533 : 217) ในเรื่องทัศนคติของชาวชนบทที่มีต่อการอนามัยของรัฐพบว่าเมื่อป่วยชาวบ้านจะชื้อยามารักษาเองก่อนมากถึงร้อยละ 80

ชื่นชม เจริญฤทธิ์ (2522) ได้ศึกษา บังคับที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวใน 14 หมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 302 ราย พบว่า บังคับสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการคือ ลักษณะของความเจ็บป่วย (เล็กน้อย เรื้อรัง รุนแรง) และระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐในท้องถิ่น ส่วนปัจจัยด้านอายุ การศึกษาและความเชื่อทางโอสยศาสตร์ของหัวหน้าครอบครัว รวมทั้งรายได้ครอบครัว และเพศของผู้ป่วย พบว่า ไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการ

จากการดำเนินงานโครงการบริการสาธารณสุข เพื่อชุมชน ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2524 : 24) ให้บริการครอบคลุมประชากร 300,000 คน พบจำนวนประชากรที่เจ็บป่วยในระหว่างดำเนินการ 6,000 คน จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหายได้โดยพยาบาล 3,000 คน จำนวนผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์และทันตแพทย์จำนวน 3,850 คน พบว่าเมื่อแพทย์ และทันตแพทย์ เข้าชุมชนจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์จริง ๆ ประมาณ 50 - 120 ราย เป็นอย่างมาก ทำให้แพทย์ได้ทำการตรวจรักษาอย่าง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง ซึ่งน่าจะเป็นระบบที่พัฒนาประชาชน เพื่อช่วยเหลือตนเองในเรื่องการเจ็บป่วยได้อย่างดีและถูกต้อง

วันทนา บัลลังก์ฤทธิ์ (2524) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านอนามัยของประชาชนในโรงพยาบาลอำเภอ พบว่า ประชากรตัวอย่างจะชื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วยถึงร้อยละ 57.5 และพบมากที่สุดในกลุ่มผู้มีรายได้ในระดับปานกลาง (1,000 - 3,000 บาทต่อเดือน) คือ ร้อยละ 35.0 ปลอ่ยไว้เฉย ๆ ร้อยละ 6.6 ไปพบแพทย์แผน

ปัจจุบันร้อยละ 14.2 กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ซื้อยากินเองร้อยละ 19.2 บ่อยๆ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 2.5 ไปหาแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 5 กลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ซื้อยากินเองร้อยละ 3.3 บ่อยๆ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 1.7 ไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 5

ชูเพ็ญ วิบูลสันติ และคณะ (2526) ได้ศึกษาถึงยาลดไข้แก้ปวดที่ขายดีในร้านขายยา ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปริมาณการขายยาด้วยวิธีที่ผู้ซื้อ เลือกยาเองมีมากกว่าปริมาณการขายยาที่ผู้ขายแนะนำแก่ผู้ซื้อ คือ เป็นร้อยละ 89.33 และ 10.62 ตามลำดับ หรือเป็นอัตราส่วน 8.4 : 1 โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีตัวยาแอสไพริน กลุ่มยาที่มีตัวยาลดไข้แก้ปวดผสมกับยาขับ เสมหะหลอกล่อม

แบงค์และคณะ (1973 : อ้างในภุชงค์ กุศลบุตร 2532 : 16) ศึกษาพบว่าความรุนแรงมีผลต่อการเลือกสถานพยาบาล คนไข้จะพิจารณาอาการของตนเองและวินิจฉัยว่ารุนแรงพอที่จะทนได้เพียงใดและหากยอมรับว่าตนเองมีบทบาทในฐานะคนไข้ เขาจะเข้าหาแพทย์อาชีพ และกลายเป็นคนไข้ในที่สุด แต่จะหาใครก็ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความสะดวก ความพอใจ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข (2525) ได้ทำการสำรวจพบว่าร้อยละ 44.2 ของผู้ที่เจ็บป่วย (อาการไม่หนัก) รักษาตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา ประมาณร้อยละ 27.8 ไปรับบริการรักษาจากหน่วยงานเอกชน ร้อยละ 28 ใช้บริการของรัฐ นอกจากนี้ความแตกต่างของระดับรายได้ ยังมีผลต่อความแตกต่างของการบริการรักษาพยาบาล และการบริโภคยา กล่าวคือ ในช่วงปี 2524 - 2529 ผู้ที่มีรายได้ต่ำ (น้อยกว่า 1,876 บาท) จะบริโภคบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และคลินิกของรัฐ และเอกชนเป็นจำนวนน้อยกว่าคนที่มียาได้ปานกลางและรายได้สูง ตรงข้ามคนที่มียาได้ต่ำกับบริโภคน้ำยาในสัดส่วนที่สูงที่สุด (ร้อยละ 77) เอกชนในส่วนที่เป็นครัวเรือนที่รับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศถึงร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ก็เน้นไปในการรักษาพยาบาลเช่นกัน ครัวเรือนในเมืองจะมีพฤติกรรมการใช้สถานบริการมากกว่าคนในชนบท เพราะสามารถเข้าถึงง่ายกว่า (กุศล สุนทรธาดา 2529 : 33 - 40) ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการรักษาพยาบาล คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีผู้รายงานว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงจะใช้จ่ายเงิน สำหรับค่ารักษาพยาบาลแต่ละครั้งมากกว่า

ครอบครัวที่ยากจน (ประภัสสร 2523 : 31) เมื่อเจ็บป่วยคนยากจนจะตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยวิธีที่เขาคิดว่ามีประสิทธิภาพพอสมควร และที่สำคัญคือ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ครั้งละไม่มากนักหรือพอที่กำลังเงินของเขาในขณะนั้นสามารถจ่ายได้

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม (2529) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ พบว่าประชาชนร้อยละ 31.27 จะไปซื้อยาจากกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 30.75 ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยที่ใกล้ที่สุด ร้อยละ 24.00 ซื้อยากินเองตามร้านขายยาทั่วไป นั่นคือ ประชาชนใช้ยาแผนปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 94.53

การศึกษาของพิมพ์วิมลย์ ปริศาสตร์ และคณะ (2530 : 157 - 206) มีข้อค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับ (1) แบบแผนการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยของชาวชนบทนั้นมีความซับซ้อนและใช้หลายวิธีผสมผสานกันในระดับบุคคลและครอบครัว ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยการดูแลสุขภาพก่อน (การนวดปฏิบัติสิ่งใดเลย และการปฏิบัติตัวโดยไม่ใช้ยา) และในระดับชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นการใช้ยารักษาตนเองทั้งการยาใช้ยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร การพึ่งพาระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (โรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก) มีน้อยเพียง ร้อยละ 2.3 ของจำนวนความเจ็บป่วยทั้งหมด (2) ชาวชนบทมีการรับรู้และระบวิธีจำแนกประเภทของโรค ความผิดปกติ และเรียกชื่อโรคหรือความผิดปกตินั้น ๆ เป็นกลุ่มตามความเชื่อของตนเอง เช่น กลุ่มโรคพื้นบ้าน (เช่น โรคชาง ผิดเคื่อน) (3) แบบแผนพฤติกรรมการรักษามีอยู่ 6 แบบแผน ดังนี้

- การดูแลสุขภาพตนเองโดยตลอด
- การดูแลสุขภาพตนเอง → การแพทย์แผนปัจจุบัน
- การดูแลสุขภาพตนเองโดยการแพทย์พื้นบ้าน
- การดูแลสุขภาพตนเอง → การแพทย์พื้นบ้าน
- การใช้วิธีรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน/พื้นบ้าน → ดูแลรักษาตนเอง
- การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน

จะเห็นว่าแบบแผนพฤติกรรมดังกล่าว เป็นกระบวนการต่อเนื่องกัน และขึ้นอยู่กับ

ลักษณะการงานแก่โรค และความผิดปกติของความเชื่อของเขาด้วย

ศิริวรรณ ศิริบุญ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2531 : 58, 59) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้ว และยังไม่ได้พัฒนาในเขตกรุงเทพฯ จากสถิติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนในรอบ 3 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่า ส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบหายใจ ปวดท้อง ท้องเสีย และโรคติดเชื้อและปรสิต โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบหายใจมีจำนวนร้อยละ 48.93 และร้อยละ 41.87 ตามลำดับ ปัญหาเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมที่เสื่อมโทรม และระบบสุขาภิบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตชุมชนแออัด และจากการศึกษาตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตชุมชนแออัด และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของทารกและเด็กในชุมชนแออัด พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของกลุ่มสมรสหรือรายได้ของสามีเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรที่เสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายได้ของสามีเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรที่เสียชีวิต สูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางเศรษฐกิจอื่น ๆ สำหรับแนวของการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น พบว่าประชากรในชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้วมักไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชน รองลงมาคือ ซื้อมากินเอง และไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะที่ประชากรในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้พัฒนาส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล รองลงมาคือ ซื้อมากินเอง และไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพฯ

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2531 : 56 - 58) และบุษมา ศิริรัตมี ศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท พบว่าสาเหตุที่เกิดการเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่คิดว่ามีสาเหตุเนื่องมาจาก เปลี่ยนอากาศจากร้อนเป็นหนาวจากหนาวเป็นร้อน ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทันร้อยละ 39.6 จากดื่มน้ำสกปรก กินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะร้อยละ 5.3 มีสาเหตุมากกว่า 1 สาเหตुर้อยละ 37.8 นอกจากนี้ประชาชนยังเชื่อว่าการดื่มน้ำสกปรก กินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ อายุมากทำงานหนัก เกินไป และยุ่งกักก็เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วยได้ และประชาชนบางส่วนที่คิดว่า การเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นได้จากการที่คนเราคิดมาก วิตกกังวลอีกด้วย เมื่อประชาชนในหมู่บ้านเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ วิธีการรักษาที่ปฏิบัติกัน ได้แก่ การไปรับการรักษาที่สถานอนามัยร้อยละ 55.4 ซื้อมาจากอสม./กองทุนยากินเองร้อยละ 17.4 ซื้อมาจากร้านค้า/ร้านขายยากินเองร้อยละ 15.2 ไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขเพียงร้อยละ 5.4 รักษาด้วยหมอโบราณ หมอเถื่อน

(รักษาที่บ้าน) ร้อยละ 3.8 ปลอຍให้หายเองร้อยละ 2.7

กฤษณ์ กฤษณ์บุตร (2532) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การเลือกสถานรักษาพยาบาล ของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละมากแล้วประชากรตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐเล็กน้อยคือประมาณ ร้อยละ 9.3 สาเหตุคือในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีความเป็นกันเอง การเอาใจใส่ดูแล ตลอดจนความรวดเร็วในบริการค่อนข้างดี ในขณะที่บริการมักจะแพงกว่าปกติ ส่วนข้อดีของ สถานพยาบาลของรัฐ คือ ค่าบริการไม่แพง ส่วนในด้านบริการวินิจฉัยโรค เครื่องมือที่ใช้ และการให้กำลังใจและความเชื่อมั่น ตลอดจนความสะดวกพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ในด้านการรักษาพยาบาลพบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติและความนิยมใน การรักษาแบบใหม่ที่ลุดถึงร้อยละ 78.7 ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ที่อยู่ในชนบท และผู้ที่มี ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาแบบสมัยใหม่กันมาก ค่า Yule's Q ระหว่างฐานะทาง เศรษฐกิจและทัศนคติมีค่า 0.8 แต่การที่ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ผู้มีการ ศึกษาสูง และผู้อยู่ในเขตเมืองมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาแบบใหม่ นั้น เป็น เรื่องของความไม่ชอบ ด้านบริการ โดยเฉพาะบริการของรัฐ

ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค พบว่ากรณีของผู้ป่วยเป็นโรคธรรมคาไม่รุนแรง มักจะไม่ ไปหาหมอ แต่จะรักษาด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าพวกที่ชอบในวิธีรักษาแบบสมัยใหม่ มักจะมี ทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลของรัฐ (ค่า Yule's Q = 0.5) ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ สำคัญต่อการเลือกวิธีรักษาพยาบาล ในกรณีโรคธรรมคาไม่รุนแรง เช่น ไข้หวัด หองเสีย ฯลฯ บุคคลมีแนวโน้มที่จะรักษาด้วยตนเองมากกว่าในกรณีที่เป็นโรครุนแรงถึงร้อยละ 9.5 (27.8 - 28.4) ในกรณีที่รักษาในโรงพยาบาลสมัยใหม่ทั้งของรัฐและ เอกชนจะ เป็นโรครุนแรง เช่น อุบัติเหตุ หัวใจ โรคเกี่ยวกับอวัยวะภายใน ฯลฯ มากกว่าโรคธรรมคาไม่รุนแรงถึงร้อยละ 9.5 (72.1 - 81.6) ค่า Yule's Q = 0.3 แสดงให้เห็นว่าถ้าเป็นโรคธรรมคาประชากร ตัวอย่างมักจะไม่ไปหาแพทย์ แต่มักจะรักษาด้วยตนเองมากกว่า เช่น การซื้อยารับประทานเอง ตามร้านขายยา หรือหาษาอื่น ๆ มารับประทานเอง

กาญจนศักดิ์ ผลบุรณ์ (2531) ได้ประเมินผลการใช้บริการสาธารณสุข และงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดตาก พบว่าสมาชิกในครอบครัวจากทั้งหมด 210 ครอบครัวใช้บริการรักษากับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 52.3 การรักษาที่คลินิกสูง เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล ที่เหลือส่วนใหญ่รักษาตัวด้วยการซื้อยากินเองจากร้านค้าหรือร้านขายยา มีการซื้อยาที่กองทุนยาเพียงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 8.5 ส่วนหนึ่งไม่รักษา ร้อยละ 12.5 ที่บ่นยาให้หายเอง

ทัศนีย์ สัจจานงค์ และคณะ (2532 : 34 - 36) รายงานการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานของเทศบาลนครเชียงใหม่ 2528 - 2530 "การพัฒนาสาธารณสุข" พบว่าการเจ็บป่วยของประชาชน ได้แก่ ป่วยเป็นโรคอื่น ๆ ที่มีได้ระบุไว้ในแบบสอบถามร้อยละ 95.8 โรคผิวหนังร้อยละ 95.3 โรคตาแดง การอักเสบของหูร้อยละ 95.0 การเจ็บป่วยตามเนื้อตามตัวเนื่องจากการทำงานร้อยละ 72.4 ปวดศีรษะเป็นประจำร้อยละ 71.7 ส่วนโรคระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจมีค่าแตกต่างกันตามฤดูกาล กล่าวคือ หน้าร้อนประชาชนป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับท้องเสียและมีอาการปวดท้อง แต่พอย่างเข้าฤดูหนาวโรคหวัดและไอก็จะสูง

วิธีการรักษาโรคของประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วย ผลปรากฏว่าประชาชนนิยมไปรับการรักษาตามโรงพยาบาลและคลินิกแพทย์ร้อยละ 52.1 ส่วนการซื้อยากินเองและไปรับบริการจากโรงพยาบาลด้วยมีร้อยละ 31.7 ที่ซื้อยาตามร้านขายยามารักษาเองร้อยละ 13.9 การไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น ไปหาหมอเมืองหรือหมอพระมีน้อยไม่ถึงร้อยละ 1 ส่วนการไปใช้สถานบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่ไปใช้บริการมีร้อยละ 46.5 ไม่ไปใช้บริการร้อยละ 53.5 ศึกษาค้นพบว่าไม่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ที่อื่นอยู่แล้วร้อยละ 53.5 ที่ว่าโรงพยาบาลเทศบาลไม่มีเหตุผลว่าบริการไม่ดีคือ ต้องคอยนาน ไม่สนใจคนไข้มีร้อยละ 12.9 บ้านอยู่ไกลไม่สะดวกร้อยละ 9.7 แพทย์มีงานวุ่นวาย เครื่องมือไม่ทันสมัยร้อยละ 4.8

กลุ่ม เกล็ดกรชุมชน (2532 : 27) ศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนกับการบริการ เกล็ดกรชุมชน ศึกษานับที่การซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภทยาอันตรายในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง พบว่า ผู้ใช้บริการในภาคร้านขายยาส่วนใหญ่เป็น

เพศชายคือ เป็นชาย 6,000 ราย (ร้อยละ 53.2) เป็นหญิง 5,364 ราย (ร้อยละ 46.8) ซึ่งความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในทางกลับกัน วิมล อันทันต์สกุลวัฒน์ (2531) ศึกษาในเรื่อง "การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายยาสำหรับการส่งเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชพบว่า เพศหญิงมักจะใช้บริการด้านสาธารณสุขมากกว่าเพศชาย ยกเว้นในเด็ก

สุพัทรา ซาคินัดชาชัย และคณะ (2533) ศึกษาถึงแหล่งข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในรายที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จะมีการตัดสินใจเอง เป็นส่วนมาก ซึ่งงานการรักษาตนเองด้วยยานั้นมีองค์ประกอบหลายอย่าง ประกอบกับการเลือกใช้ยา เช่น ประสบการณ์ที่เคยเป็น เคยพบ เคยได้ยิน ญาติเพื่อนบ้าน แนะนำ คุณสมบัติของยาหาได้ง่าย เป็นต้น จากการศึกษาแหล่งข้อมูลที่ให้ข้อมูลกับชาวบ้าน การเลือกใช้ยาพบว่า การให้ข้อมูลทางวิทยุ และโทรทัศน์ร่วมกับประสบการณ์ที่เข้ารับรักษาแล้วได้ผลดีก็จะกลายเป็นแหล่งให้ข้อมูลแก่เพื่อนบ้านและญาติมิตรผู้อื่นต่อไป

จิตร สิทธิอมร (2534 : 642) ได้ประเมินสภาวะทางสุขภาพของสมาชิกที่อาศัยในชุมชนแออัดคลองเตยใน 1,746 ครัวเรือน จำนวน 9,543 คน โดยใช้อาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นผู้บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในรอบ 18 เดือน (กรกฎาคม 2529-ธันวาคม 2530) พบว่าอัตราป่วยและอัตรารายของชาวชุมชนแออัดคลองเตยใกล้เคียงกับอัตราป่วยและอัตรารายของประเทศ คือ มีอัตราป่วยอย่างรุนแรงเฉียบพลันเท่ากับ 556 ครั้งต่อปี อัตราป่วยจาเพาะอายุจะสูงสุดในกลุ่มอายุ 46 - 60 ปี ได้แก่ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะแพ้อาหาร ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคผิวหนัง

จากการศึกษาอัตราการเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2534 ของศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขสวัสดิการและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าอัตราการเจ็บป่วยมีค่าเท่ากับ 0.22 ครั้งต่อคน ต่อเดือน

รูป 4 กรอบแนวความคิดในการวิจัยครั้งนี้

