

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์อยู่เสมอ พฤติกรรมมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน ได้แก่

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา
2. ด้านทัศนคติ (Affective component) หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือการปรับปรุงค่านิยมที่นับถืออยู่ ซึ่งเกิดในจิตใจของบุคคล
3. ด้านการปฏิบัติ (Behavior component) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติและพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ

มัลลิกา มัติโก (2530) จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ

คือ

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 แบบ คือ
 - 1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลถึงสุขภาพ เป็นพฤติ

กรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)
- การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่จะขจัดโรคให้หมดไป ก่อนที่อาการโรคจะรุนแรงมากขึ้น
- การป้องกันการระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรค จากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่นๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นตนเองเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว (Family care)

2.3 การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social net work)

2.4 การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่ม หรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid or self help group)

เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างพอเพียง บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบคือ

1. การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยากินเอง การใช้ยากลับบ้าน

3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักและการดื่มน้ำอุ่นเมื่อรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก เป็นต้น

4. การตัดสินใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข

และยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองคือ การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร การรักษาที่มีราคาแพง ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป และประชาชนมีความรู้ทางด้านการแพทย์มากขึ้น ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้แก่ ขีดความสามารถของบุคคล สภาพสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสรีระวิทยา การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว และอิทธิพลจากทัศนะของนักวิชาการในเรื่องบทบาทการเจ็บป่วย

นิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) กล่าวถึงแนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่เคยเสนอไว้แล้วดังนี้

Chrisman อธิบายพฤติกรรมการบุคคลเกิดการเจ็บป่วยในครั้งหนึ่งๆ (Illness episodes) ว่าประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาหรือการให้คำจำกัดความกับอาการผิดปกติ
2. พฤติกรรมการรักษาเยียวยาเพื่อการแก้ปัญหา
3. การประเมินผลพฤติกรรมการรักษาเยียวยาครั้งนั้น
4. การเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งเป็นบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน อันมีผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
5. การปรึกษาหารือกับสามัญชนคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย และมีคำแนะนำหรือการส่งต่อโดยสามัญชน หรือคนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสัมพันธ์ด้วย

Fabrega H. กล่าวว่า ทฤษฎีการเจ็บป่วยเป็นกระบวนการตัดสินใจของบุคคลที่มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ขั้นตอนการตระหนัก (Recognition) ในสภาวะผิดปกติทางชีววิทยา (Bio

- logic stage) โดยที่สังคมมีส่วนให้ข้อสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Social stage)
2. ขั้นตอนการเกิดกระบวนการให้ความหมายจากข้อมูลประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สะสมไว้ในอดีตจากกระบวนการสังคมกรรม (Phenomenologic stage)
 3. ขั้นตอนของกระบวนการรวบรวมข้อมูลของบุคคลไว้ในระบบความจำอย่างสามัญชน (Memory stage)
 4. ขั้นตอนการประเมิน ตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรมเลือกวิถีการบำบัดรักษา (Action)

Freidson E. ได้อธิบายทฤษฎีการเจ็บป่วยว่า เป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยในการวินิจฉัยโรค ตัดสินใจและเลือกวิถีการรักษาโรค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความรู้ และประสบการณ์จากการรักษาโรคต่างๆที่ผ่านมา

Fry ได้จำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองว่า ประกอบด้วย

1. การทำนุบำรุงสุขภาพตนเอง (Health maintenance)
2. การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ (Disease prevention)
3. การวินิจฉัยความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Self diagnosis)
4. การรักษาตนเองด้วยวิธีต่างๆ (Self treatment) รวมถึงการใช้ยา (Self medication)
5. การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่วิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขได้จัดให้ (Participation in professional care) นัยหนึ่งเป็นการใช้บริการทางสุขภาพอนามัย (Use of service) และการมีส่วนร่วมหรือตัดสินใจต่อการรักษาพยาบาล

Mechanic D. ได้เสนอทฤษฎีการเจ็บป่วยว่า เป็นพฤติกรรมในลักษณะที่สะท้อนถึง ปฏิกริยาตอบสนอง เพื่อที่จะขจัดสภาวะของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเหล่านั้น ซึ่งเกิดมาจากการ เรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม

Jame C. Young ได้อธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข ในระบบสังคมที่มีแหล่งหรือวิธีการรักษาให้เลือกหลายๆ แหล่งที่เรียกว่า ระบบการแพทย์แบบ พหุ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยสำคัญๆ 4 ประการคือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย บุคคลใช้ระดับความรุนแรงของโรค ที่รับรู้ นั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา ใดๆ ทั้งนี้บุคคลนั้นจะคำนึงถึงความคิดเป็นส่วนใหญ่ในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง
2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านหรือการเยียวยาตนเอง เมื่อบุคคล รู้ถึงการรักษาเยียวยาตนเองหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้านตามระบบของสามัญชน ประกอบกับรับรู้ว่า อาการนั้น ไม่มีระดับรุนแรง เขามักจะเลือกรักษาเยียวยาตนเองตามระบบของสามัญชน แต่ถ้าเขาไม่รู้จักวิธีการรักษา นี้ เขามักจะรักษาตาม ระบบการแพทย์ตะวันตก หรือในกรณีที่วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเอง ไม่สามารถบรรเทาความเจ็บป่วยได้
3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา ความเชื่อถือนี้สัมพันธ์กับทางเลือกต่างๆ ของการรักษาพยาบาลคือ บุคคลย่อมเลือกแบบแผนหรือวิธีการรักษาตามความ เชื่อถือ ศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีของการรักษา นั้น แต่มิใช่ว่าการรักษา แบบแผนตะวันตกจะได้รับการยกย่องว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะที่การรักษา ตนเองมีประสิทธิภาพต่ำที่สุด
4. การเข้าถึงแหล่งบริการ เช่น ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการสาธารณสุขชนิดต่างๆ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งบริการนั้นๆ ความพอเพียง ของแหล่งบริการ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดต่างๆ นอกจากนั้น บุคคลจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายที่ตนมีพอเพียงที่จะจ่ายให้กับบริการนั้น

ด้วย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเลือกแหล่งหรือชนิดการรักษาของบุคคล
ทั้งสิ้น

Suchman E. ได้เสนอขั้นตอนของทฤษฎีการเจ็บป่วยว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน
ได้แก่

1. ขั้นตอนการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Symptom experience) ซึ่งมีการ
รักษาตนเองหรือหาหมอที่บ้าน
2. ขั้นตอนการยอมรับฐานะการเจ็บป่วย (Assumption of the sick role)
มีพฤติกรรมแสวงหาคำรับรองในบทบาทการเจ็บป่วยจากสังคม และยังคงรักษา
ตนเองหรือวิธีที่บ้าน
3. ขั้นตอนการรับการรักษาเชี่ยวชาญ (Medical care contact) มีการตัดสินใจ
ใจเข้ารับการรักษาจากแพทย์
4. ขั้นตอนสวามบทบาทผู้ป่วย (Dependent-patient role stage)
5. ขั้นตอนการหายจากโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and rehabilita
tion)

Orem (1980) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) ซึ่งเป็นพฤติ
กรรมที่คนทั่วไปปฏิบัติ เพื่อระดับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนให้ดำเนิน
ชีวิตไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ขั้นตอน
การพัฒนาที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Development self care) เป็น
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของบุคคล ในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่
การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ
สภาวะการที่มีผลต่อการพัฒนาการนั้นๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม การบำบัดรักษา เป็นต้น

Wu Ruth (1973) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีการเจ็บป่วยเป็นการตอบสนองต่อความหมายของการเบี่ยงเบนทางร่างกายและจิตใจ ที่บุคคลอื่นมีให้บุคคลนั้น ซึ่งเข้าใจว่าเป็นสภาพของการไร้ความสามารถ รวมถึงกิจกรรมต่างๆ อันได้แก่ การรักษาตนเอง การแสวงหาคำรับรองที่ถูกต้อง (Provisional validation) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ หมอเถื่อน หรือบุคคลอื่นๆ หรือขั้นตอนใดๆ ซึ่งนำไปสู่การบรรเทาอาการ ซึ่งบุคคลคิดว่าเป็นการเจ็บป่วย

สมทรง ศุกศิลป์ ณ นคร (2533) ได้กล่าวถึงการดูแลรักษาสุขภาพโดยทั่วไปว่าเป็นการรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกระทำด้วยความสมัครใจพฤติกรรมเหล่านี้สะสมประสบการณ์ที่มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมวัฒนธรรม ตลอดจนอิทธิพลของระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมนั้นๆ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการดูแลรักษาสุขภาพยามเจ็บป่วยว่าหมายถึง กิจกรรม 4 ประการอันได้แก่ การรอดูอาการ การรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาตนเองด้วยสมุนไพร และการรับบริการจากหมอพื้นบ้านประเภทต่างๆ ภายในหมู่บ้าน โดยจำแนกตามประเภทของการรักษาแบบพื้นบ้านดังนี้

1. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยสมุนไพร
2. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยการเป่ามนต์คาถา
3. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยสมุนไพรร่วมกับการเป่ามนต์คาถา
4. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยสมุนไพรร่วมกับการนวด/สัก
5. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยการใช้สมานติและหรือการติดต่อกับอำนาจเหนือธรรมชาติ

6. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยการนวด
7. อาการเจ็บป่วยกับการดูแลรักษาด้วยหมอนพื้นบ้านอื่นๆ เช่น หมอนตำแยพื้นบ้าน หมอนสะเดาะเคราะห์ หมอนผี เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ซูพิเจ เกษมณี (2522, 2524, 2526) กล่าวถึงระบบการบำบัดรักษาของชาวม้งว่า ชาวม้งให้ความสำคัญต่อขวัญกับเรื่องสุขภาพอนามัยของคน วิธีการรักษาป้องกันโรคภัยต่างๆ ส่วนใหญ่จะถูกใช้เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับขวัญของคน เช่น การรักษาความเจ็บป่วยไข้ของเด็กอ่อนของชาวม้งมี 3 วิธีคือ 1) บ้อข้าว (Pov qhuav) เป็นการขอให้ม้งต่างแซ่ช่วยผูกข้อมือและอวยพรให้แก่เด็ก 2) ถอเส่ง (Thov xeem) เป็นการขอให้ม้งต่างแซ่ทำพิธีที่หน้าประตูของบ้านเด็กที่เจ็บป่วย และต้องขออนามสกุลของผู้นั้นให้รักษาเด็กจากนั้นก็ผูกข้อมือและอวยพรให้แก่เด็ก 3) ฉ่าป้อ (Tsham pov) เป็นการที่พ่อแม่และเด็กออกเดินทางไปตามหมู่บ้านอื่น เมื่อมีคนร้องทักคนแรกก็จะพาเด็กเข้าไปให้เจ้าของบ้านผูกข้อมือและอวยพรให้แก่เด็ก นอกจากนี้ยังมีการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาหมอนผี (สีเน็ง-Txiv neeb) ซึ่งมีการวินิจฉัยโดยการจับมือ โดยการโยนไม้คู่เสี่ยงทาย เมื่อวินิจฉัยตรวจดูแล้วจะทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยนั้นและจะแนะนำว่าควรจะรักษาด้วยวิธีใด บางครั้งอาจไปหาหมอสมนไพร (ก้อข้าว-Kws thvaj) ซึ่งรักษาความเจ็บป่วยที่มักเป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากธรรมชาติมากกว่าการกระทำของผีหรือเรื่องของขวัญ และมีการรักษาโดยการปฏิบัติต่อร่างกายโดยตรง เช่น การใช้นิ้วมือองพันแล้วขูดผิวหนังของผู้ป่วย เมื่อมีอาการไม่สบายจากการกินอาหารผิดและการใช้เขาตุ๊ด เป็นต้น ในกรณีที่คาดว่าความเจ็บป่วยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับขวัญ ชาวม้งมักจะเลือกใช้บริการที่เป็นการบำบัดรักษาโรคทางกายภาพแต่เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการยอมรับการแพทย์แผนใหม่ ชาวม้งก็ยังคงยึดถือการรักษาตามจารีตประเพณี ในลักษณะที่เป็นการรักษา 2 ทาง โดยทางหนึ่งใช้การแพทย์แผนใหม่รักษาทางกายภาพ อีกทาง

หนึ่ง ใช้การปฏิบัติตามความเชื่อเป็นการรักษาทางจิตวิญญาณ

ชูเพ็ญ วินุณฺสนติ และคณะ (2526) ได้ศึกษาถึงยาลดไข้แก้ปวดที่ขายดีในร้านขายยา ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ปริมาณการขายยาด้วยวิธีที่ผู้ซื้อ เลือกยาเองมีมากกว่าปริมาณการขายยาที่ผู้ขายแนะนำแก่ผู้ซื้อคือเป็นร้อยละ 89.38 และ 10.62 ตามลำดับ หรือเป็นอัตราส่วน 8.4:1 โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีตัวยาแอสไพริน (Aspirin) กลุ่มยาที่มีตัวยาลดไข้แก้ปวดผสมกับยาขับเสมหะหลอดลม และกลุ่มยาที่มีตัวยาเป็นกลุ่มอนุพันธ์ของ Antipyrin

พ็ชรา กาญจนารัตย์ (2526) ศึกษาการใช้ยาแก้ปวดแก้ไข้ในเกษตรกรไทย พบว่า ร้อยละ 28.03 ของเกษตรกรได้รับการแนะนำการใช้ยาจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 21.14 ได้รับจากการโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์ และร้อยละ 16.69 ไปเล่าอาการให้ร้านขายยาฟัง แล้วซื้อยาตามคำแนะนำของผู้ขายยา โดยที่เกษตรกรมีแหล่งหาซื้อยาแก้ปวดแก้ไข้ในชุมชนนี้ มีการซื้อยาจากร้านขายยาในหมู่บ้านร้อยละ 46.34 ซื้อยาจากร้านชำ/ร้านกาแฟในหมู่บ้าน ร้อยละ 36.73 ซื้อยาจากโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 7.01 ซื้อยาจากรถขายยาเร่ร้อยละ 6.91

สุรเกียรติ อาษาณภาพ และคณะ (2526) ศึกษาการรักษาโรคในท้องถิ่น พบว่า ประชาชนในชนบทนิยมรักษาตนเองด้วยยาแผนโบราณ และไสยศาสตร์ตามวัฒนธรรม หรือความเชื่อที่มีมาดั้งเดิม โดยไม่ได้จำแนกว่าโรคหรืออาการมีความรุนแรงหรือไม่เพียงไร การที่มีหรือไม่มีกองทุนยาหรือ อสม. ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน วิธีการรักษาขั้นต้นที่นิยมมากเป็นอันดับแรกสุดคือ การซื้อยาจากร้านขายยามีถึง ร้อยละ 48.8 รองลงมาได้แก่ การรักษาที่สถานีอนามัยร้อยละ 12.0 ซื้อยาจากกองทุนยา ร้อยละ 9.8 ปล่อยไว้เฉยๆ โดยไม่ทำการรักษา ร้อยละ 9.1 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 6.4 คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 2.4 ไปรับการรักษาทางแผนโบราณและไสยศาสตร์ ร้อยละ 2.5 และ 0.3 ตามลำดับ และรักษากับแพทย์ประจำ

ตำบลและหมอนิดยาร้อยละ 2.1 และ 1.8 ตามลำดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม (2529) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่า ประชาชนร้อยละ 31.27 จะไปซื้อยาจากกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 30.75 ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยที่ใกล้ที่สุด ร้อยละ 24.00 ซื้อยากินเองตามร้านขายยาทั่วไป นั่นคือประชาชนใช้ยาแผนปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 94.53 ในด้านทัศนคติของประชาชนที่มีต่อแพทย์แผนโบราณนั้น แพทย์แผนโบราณที่มีคนไปรับการรักษามากที่สุดคือ หมอยารากไม้ซึ่งมีการรักษาโรคทางอายุรศาสตร์เป็นส่วนมาก หมอทรงได้รับความนิยมมากพอสมควร นอกจากนี้ก็มีหมอผี หมอมนต์ และหมอเถื่อน สำหรับยาสมุนไพรนั้น ประชาชนเกือบทั้งหมดคือ ร้อยละ 99.67 รู้ดีว่ายาสมุนไพรมีการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยบางอย่างหายขาดได้ ซึ่งความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ของตนเอง ทั้งที่เคยใช้รักษาด้วยตนเองหรือเคยเห็นคนอื่นใช้ได้ผล

พัฒนา สัจจางค์ และคณะ (2530) ได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและตายของเด็กและทารกชาวกระเหรี่ยง จากตัวอย่างประชากรจำนวน 1,329 คน พบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคของระบบทางเดินหายใจมากที่สุดถึงร้อยละ 44.4 รองลงมาคือโรคของระบบทางเดินอาหารร้อยละ 18.6 ซึ่งชาวกระเหรี่ยงมีวิธีการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยส่วนใหญ่จะรับการรักษาพยาบาลจากการสาธารณสุขแผนปัจจุบันในอัตราร้อยละ 67.1 นอกจากนี้เป็นการซื้อยากินเองร้อยละ 15.3 การรักษาโดยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้สมุนไพรรักษาหมอเถื่อน ใช้ไสยศาสตร์ รวมเป็นร้อยละ 9.1 และไม่มีการรักษาปล่อยให้หายเองร้อยละ 8.6 สถานที่ไปรับการรักษาพยาบาลมักเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน เมื่อมีอาการหนักจึงส่งไปโรงพยาบาล

กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์ (2531) ได้ประเมินผลการให้บริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขมูลฐานจังหวัดตากพบว่า สมาชิกในครอบครัวจากทั้งหมด 210 ครอบครัว ไปรับการ

รักษากับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 52.3 การรักษาที่คลินิกสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือสถานเอนามัยและโรงพยาบาล ที่เหลือส่วนใหญ่รักษาตัวด้วยการซื้อยามากินเองจากร้านค้า หรือร้านขายยา มีการซื้อยาที่กองทุนยาเพียงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 8.5 ส่วนหนึ่งไม่รักษาร้อยละ 12.5 ที่ปล่อยให้หายเอง

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2531) ได้ทำการศึกษาการเจ็บป่วย และการรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตรกรพบว่า สมาชิกครัวเรือนเกษตรกรเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.5) เลือกการรักษาพยาบาลตนเองด้วยการซื้อยามากินหรือใช้ยาเดิมที่มีอยู่รวมทั้งการเอนามัยรักษาตัว หากไม่ทุเลาก็จะแสวงหาการรักษาจากแหล่งต่างๆ อาจจะเป็นแหล่งเดิมหรือแหล่งใหม่ เช่น หมอกลางบ้าน เป็นต้น

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533) ได้กล่าวถึงระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทของ ไทยว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทของ ไทยนั้นมีรากเหง้าแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิม 3 กระแส อันได้แก่ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์และพุทธศาสนา อันเป็นรากฐานของ วัฒนธรรมไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยอาจจำแนกเป็น 4 ระบบย่อย ดังนี้

1. การแพทย์แบบประสมการณ์ ซึ่งอาจจำแนกรูปแบบการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย ในระบบนี้ออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกันคือ
 - 1.1 การรักษาด้วยยากลางบ้าน โดยทั่วไปมักจะไม่ใช้สมุนไพร ซึ่งเป็นประสม การณ์ที่รู้และใช้ต่อๆ กันมา โดยเป็นความรู้ที่รู้กันในครัวเรือนและถามหา ปรึกษาตนเองได้ โดยไม่ต้องหาหมอพื้นบ้าน
 - 1.2 แบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะ ที่พบย่อยที่สุดในทุกวัฒนธรรมคือ ข้อห้าม (Taboo) ในภาวะการเจ็บป่วยหนึ่งๆ หรือแม้แต่ในช่วงสำคัญของชีวิต
 - 1.3 การรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านมักมิได้ศึกษาทฤษฎีการแพทย์ใดๆ อย่าง เป็นระบบ แต่อาศัยการสังเกตและจดจำจากการบอกกล่าว
2. การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ โลกใหม่ โนคติแบบพื้นบ้านจะประกอบด้วย

ด้านที่เป็นวัตรธรรม ซึ่งได้แก่องค์ประกอบทางกายภาพต่างๆ กับด้านนามธรรมที่เป็นวิญญาณอันศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจบงการความเป็นไปของสรรพสิ่ง ผิหรือวิญญาณเหล่านี้ ทำหน้าที่คอยปกป้องคุ้มครองให้สรรพสิ่งดำเนินไปตาม "ครรลอง" ที่ถูกต้อง โดยจะทำโทษผู้ที่ทำการละเมิดหรือลบหลู่อำนาจศักดิ์สิทธิ์นั้น

3. การแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นระบบการแพทย์ในลักษณะหนึ่งที่มาจากราหณ์ โดยมีระบบวิคิดที่ว่า สภาพสิ่งแวดล้อมในจักรวาลล้วนแต่สัมพันธ์ เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ด้วยเงื่อนไขความสัมพันธ์ที่สามัญสำนึกไม่อาจหยั่งรู้ได้ เช่นเดียวกับสภาพสิ่งในจักรวาล วิธีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมนุษย์สัมพันธ์ เกี่ยวข้อง ไปกับวิถีการโคจรของจักรราศี ความเจ็บป่วยถือว่าเป็นเคราะห์ที่จะต้องเกิดขึ้น เมื่อชีวิตมนุษย์ได้เคลื่อนไปถึงจุดที่มันจะต้องเกิดและสามารถรู้ล่วงหน้าได้ โดยการคำนวณตามวิธีการของโหราศาสตร์ หากอาการความเจ็บป่วยนั้นๆ เกิดขึ้นจากเคราะห์ วัฒนธรรมพราหมณ์ได้สังเคราะห์วิธีการสะเดาะเคราะห์หรือการปรับเปลี่ยนหันเหหรือผ่อนหนักเป็นเบาได้
4. การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ (Humour theory) เป็นแบบฉบับวัฒนธรรมดั้งเดิมทางการแพทย์ 3 กระแสคือ วัฒนธรรมการแพทย์แบบกรีก แบบอินเดียและแบบจีน ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีนี้ถือว่าจักรวาลมีองค์ประกอบที่ล้วนก่อรูปขึ้นด้วย "ธาตุ" ซึ่งเป็นองค์ประกอบขึ้นรากฐานที่มีสัดส่วนที่แน่นอน การแพทย์แบบโบราณของไทยยึดถือว่า ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการคือ ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) ความเจ็บป่วยต่างๆ มีปฐมเหตุจากการแปรปรวนของธาตุ ซึ่งธาตุทั้ง 4 นี้จะแปรปรวนหรือผิดปกติได้ใน 3 ลักษณะคือ
 - 4.1 กำเริบ หมายถึง การเพิ่มขึ้นของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในร่างกาย
 - 4.2 หย่อน หมายถึง การทอนลงของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในร่างกาย
 - 4.3 พิการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากธรรมชาติของธาตุนั้น

นิมฟ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ (2533) กล่าวถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทในภาคอีสานที่พบมีอยู่ 5 ลักษณะคือ การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย การปฏิบัติตัวโดยไม่ใช้ยา การใช้ยารักษาตนเองทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร การปฐมพยาบาล และการรักษาแบบพื้นบ้านด้วยพิธีกรรมและไสยศาสตร์ รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่แพร่หลายที่สุดโดยมีจำนวนกว่าครึ่งของพฤติกรรมทั้งหมด (ร้อยละ 56.6) คือ การใช้ยารักษาตนเองซึ่งมักเป็นยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร โดยจะมีการใช้ยาสมุนไพรในระดับครอบครัว และใช้ยาแผนปัจจุบันมากในระดับชุมชน และยาที่ซื้อเป็นยาที่คุ้นเคยและเคยใช้ได้ผลมาแล้วกับโรคทั่วไป และพฤติกรรมการใช้ยามีลักษณะที่พบมากคือ การซื้อยาตามวิธีคิดที่ชาวบ้านได้พัฒนาขึ้น เช่น การใช้ยา "ควบ" โดยเชื่อว่าจะทำให้ยาแรงขึ้น เช่น เมื่อท้องเสียชาวบ้านจะกินยาที่มึนใจหรือบาดหายผสมกับน้ำปลาเป็นการรักษาขั้นต้น ส่วนรูปแบบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่พบในลำดับรองลงมา (ร้อยละ 25.7) และพบมากที่สุดในระดับครอบครัว (ร้อยละ 46.2) คือ การปฏิบัติตัวต่างๆ ที่บำบัดอาการเจ็บป่วย เช่น การนอนพักผ่อนไม่ออกไปทำงานตามปกติ การนวด ดื่มน้ำมากๆ เช็ดตัว งดอาหารบางชนิด เป็นต้น และพฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ พฤติกรรมที่เลือกไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลยเมื่อเจ็บป่วยพบร้อยละ 11.5 ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด ร้อยละ 3.8 เป็นพฤติกรรมการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การผูกผ้าเพื่อช่วยให้มี "ขวัญ" ที่ดีขึ้น และร้อยละ 2.4 เป็นการปฐมพยาบาลซึ่งเป็นการช่วยเหลือกันในเบื้องต้นก่อนไปหาแพทย์หรือแสวงหาการรักษาในแหล่งอื่น หรืออาจไม่ต้องไปรักษาต่อในขั้นตอนใดอีกเลยก็ได้

มะลิ ลีวนานนท์ชัย และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2533) ได้ศึกษาระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ พบว่าบริบทของการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ให้บริการ ไม่ว่าจะ เป็นบริบทการเรียนรู้ในระบบการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ปัจจุบัน หรือประสบการณ์ที่เคยติดต่อ พุดคุย แลกเปลี่ยนกับผู้ที่ทำงานในระบบการแพทย์สมัยใหม่มีผลต่อระบบวิธีคิด และความเชื่อของผู้ให้บริการให้มีความคิดที่ไม่ปฏิเสธระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมองเห็นจุดดีที่สามารถนำมาผสมผสานกับระบบการแพทย์

แผนโบราณที่ตนเองปฏิบัติอยู่ได้ โดยออกมาในรูปของการนำกระบวนการและวิทยาการของการแพทย์สมัยใหม่มาควบคู่กับการบริการแบบแผนโบราณในกระบวนการรักษาพยาบาล ส่วนในด้านของผู้รับบริการก็จะพบว่า ระบบความคิด ความเชื่อที่ผู้มารับการรักษามีอยู่ โดยเฉพาะในประเด็นของความเชื่อมันศรัทธาว่า การรักษาแบบแผนโบราณจะสามารถช่วยให้หายจากอาการของโรคได้หรือเร็วขึ้น ก็มักมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้วยการแพทย์แผนโบราณ

สุนัตรา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2533) ศึกษาถึงแหล่งที่ให้ข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี ลงมาการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาจะอยู่ที่มารดาและญาติผู้ใหญ่ และในรายที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จะมีการตัดสินใจเองเป็นส่วนมาก แต่ในกรณีของคนชรา การตัดสินใจจะอยู่ที่ลูกหลาน ส่วนผู้ป่วยในวัย 13-20 ปี พบว่า มีการตัดสินใจเองบ่อยในบางครั้งของการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ในการรักษาตนเองด้วยยานั้น มีองค์ประกอบหลายอย่างประกอบในการเลือกใช้ยา เช่น ประสบการณ์ที่เคยเป็น เคยพบ เคยได้ยิน ญาติเพื่อนบ้านแนะนำ คุณสมบัติของยาหาได้ง่าย เป็นต้น จากการศึกษาแหล่งที่ให้ข้อมูลกับชาวบ้านในการเลือกใช้ยาพบว่า การให้ข้อมูลทางวิทยุและโทรทัศน์ร่วมกับประสบการณ์ที่ใช้รักษาแล้ว ได้ผลดีก็จะกลายเป็นแหล่งให้ข้อมูลแก่เพื่อนบ้าน และญาติมิตรผู้อื่นต่อไป

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534) กล่าวว่า ชาวบ้านมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประการคือ

1. ความเจ็บป่วยที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ คือ ผีหรือวิญญาณ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีสาเหตุใหญ่ๆ 2 ประการคือ เกิดจาก "ผีทำ" คือผีร้ายเข้ามาทำร้ายให้เกิดอาการเจ็บป่วย และที่เกิดจากการที่ไม่ปฏิบัติตามกฎที่กลุ่มสังคมกำหนด เป็นการกระทำผิดต่อความสัมพันธ์เรียกว่า "ผิด"
2. การดำรงชีวิต เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ผิดปกติ หรือเป็นภาวะพัฒนาการของบุคคลแต่ละเพศ แต่ละวัย

3. ความไม่สมดุลย์ของระบบต่างๆในร่างกาย คือ มีการเสียดุลยภาพของธาตุ ซึ่ง ขวัญเป็นจุดศูนย์รวมของร่างกายคอยควบคุมการทำงานของธาตุ

4. โศคเคราะห์หรือกรรม

แบบแผนพฤติกรรมความเจ็บป่วย ชาวบ้านส่วนใหญ่ใช้ยารักษาตนเองพบถึงร้อยละ 71.6 ในการรักษาขั้นตอนที่ 1 ร้อยละ 78.1 และ 64.3 ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 22 ของความเจ็บป่วยเป็นการรักษาเยียวยาขั้นตอนแรกด้วยการใช้ยา สำหรับพฤติกรรมแสวงหาบริการของชาวบ้าน กรณีเหลือวิสัยที่จะรักษาตนเองหรือไม่ ประสบผลจากการรักษาตนเอง พบว่าเป็นการใช้แหล่งบริการสาธารณสุขภายในหมู่บ้าน คือ หมอพื้นบ้าน ด้วยเหตุผลที่ว่า ความไม่สะดวกในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิก ฐานะทางเศรษฐกิจของชาวบ้านอยู่ในระดับชั้นปานกลางค่อนข้างยากจน และความศรัทธาในการบริการ