



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาประเทศชาติ เนื่องจากทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในกระบวนการผลิต เพราะมนุษย์เป็นทั้งเป้าหมาย และเครื่องมือที่จะทำให้สามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ ถ้าประชาชนมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง ก็จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้สูงขึ้น ทำให้ประเทศชาติมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันหากประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำงานได้เต็มกำลังความสามารถก็จะทำให้ประสิทธิภาพในการผลิตลดลง รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการบริการซ่อมบำรุงสุขภาพของประชาชนเหล่านั้น ส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม และทำให้การพัฒนาประเทศเป็นไปด้วยความล่าช้า

สำหรับประเทศไทยนับตั้งแต่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รัฐบาลได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของประชาชนโดยจัดให้มีนโยบายจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ให้มีสถานอนามัยทั่วประเทศ มีการปรับปรุงภาวะสุขภาพอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดอัตราการตายของแม่และเด็ก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2520: 281-288) นอกจากนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) รัฐบาลได้กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพไว้อย่างชัดเจน โดยมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: 15)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้มีการตระหนักถึงสุขภาพประชาชน มีการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า สร้างบริการสาธารณสุขให้มืออย่างทั่วถึง แต่ในความเป็นจริงแล้วมีประชาชนบางกลุ่มยังประสบปัญหาด้านสุขภาพอยู่ ซึ่งอาจเกิดจากองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อมและสุขปฏิบัติ (สุชาติ โสมประยูร, 2525: 3) ทั้งนี้ องค์ประกอบด้านสุขปฏิบัติก็คือ การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ถือเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายและสามารถที่จะกระทำได้ด้วยตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น นอกจากนี้การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ยังนับได้ว่ามีความสำคัญและเป็นความจำเป็นเพราะนอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวแล้ว และยังช่วยลดต้นทุนทางสุขภาพ เพราะหากประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพตนเองแล้ว ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำรุงและซ่อมเสริมสุขภาพก็จะลดลงตามมา แต่หากประชาชนมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ก็อาจนำมาซึ่งการเจ็บป่วยและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ในสถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้เมืองใหญ่ๆ กลายเป็นฐานทางเศรษฐกิจและเป็นศูนย์รวมของความทันสมัยทั้งการคมนาคม การศึกษา การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การบริการต่าง ๆ ตลอดจนเป็นศูนย์รวม

ความบันเทิงต่างๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้เมืองกลายเป็นแหล่งดึงดูดใจให้ชาวชนบทอพยพเข้ามาสู่เมืองเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่งผลให้เกิดชุมชนแออัดเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าจำนวนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจจำนวนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร 38 เขต ในปี พ.ศ.2540 พบว่ามีจำนวนประมาณ 843 ชุมชน 145,943 ครัวเรือนและจำนวนประชากร 1,164,509 คน เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีจำนวนประมาณ 1,676 ชุมชน 369,691 ครัวเรือน และจำนวนประชากร 1,480,486คน (ฝ่ายปรับปรุงชุมชนแออัด, 2545) จะเห็นได้ว่าในระยะเวลาเพียงครึ่งทศวรรษจำนวนชุมชนแออัดได้เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว

จากการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มทางสาธารณสุขของประชาชนที่อาศัยตามแหล่งเสื่อมโทรมหรือชุมชนแออัดที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับโรคที่พบในชุมชนแออัดของบุญเติม แสงดิษฐ์ (2528: 53-59) พบว่า เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุผู้ที่มารับบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 58.82 รองลงมาคือ กลุ่มเด็ก (อายุ 0-14 ปี) คิดเป็นร้อยละ 31.27 และกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 9.89 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัดมีการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ มากกว่าประชากรในวัยอื่น จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพมากที่สุด ทั้งนี้กลุ่มวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพโดยเฉพาะผู้ที่ประกอบอาชีพใช้แรงงานเป็นหลัก และความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมทั้งที่ทำงานและที่พักอาศัย ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับความสนใจ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักในการแก้ปัญหาความยากจนและยกระดับคุณภาพชีวิตเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อมอย่างเท่าเทียมกันทุกคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: 13) จะเห็นได้ว่าประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานเป็นกลุ่มอายุที่มีขนาดใหญ่ และมีความสำคัญอย่างยิ่งในด้านเศรษฐกิจ ทั้งเศรษฐกิจระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้กระทั่งเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ เนื่องจากประชากรวัยแรงงานเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการผลิต หากประชากรเหล่านั้นเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายในระหว่างทำงาน จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานให้ลดลงได้ รวมทั้งต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียเวลาในการทำงาน และนำมาสู่การสูญเสียรายได้ในที่สุด สิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ก็คือ การส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานมีการดูแลสุขภาพตนเองให้ปราศจากโรคและหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย พึ่งพาระบบรักษาพยาบาลน้อยลง

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัด โดยเลือกพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคือชุมชนแออัดในเขตบึงกุ่ม สาเหตุที่เลือกศึกษาเขตบึงกุ่ม เพราะเขตบึงกุ่มเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการกระจายตัวของพื้นที่เมืองอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะความเจริญด้านสาธารณูปโภค สาธารณูปการ และโครงข่ายการคมนาคม ทำให้เขตชุมชนขยายตัวมากขึ้น มีการพัฒนาเป็นแหล่งธุรกิจใหม่ๆ แหล่งงานในเขตชานเมืองก็มีมากขึ้น ทำให้ประชาชนเริ่มอพยพไปอยู่ใกล้แหล่งงาน ส่งผลให้เกิดชุมชนขึ้นมากมายโดยเฉพาะรูปแบบของชุมชนแออัด ในปัจจุบันพบว่าเขตบึงกุ่ม

เป็นเขตที่มีประชากรมากเขตหนึ่งของกรุงเทพมหานคร คือ มีจำนวนประชากร 137,184 คน จากจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 45,598 ครัวเรือน (สำนักงานการเคหะแห่งชาติ, 2543) นอกจากนี้เขตบึงกุ่มยังมีลักษณะเด่นของการเป็นชุมชนแออัดที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับต้นๆ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนชุมชนแออัด 20 ชุมชน และเพิ่มขึ้นเป็น 34 ชุมชน ในปี พ.ศ. 2545 (สำนักงานการเคหะแห่งชาติ, 2545) การศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัด เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร น่าจะทำให้ทราบได้ว่ามีปัจจัยบ้างที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลเหล่านั้น ซึ่งจะได้อีกข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพได้ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

การศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัดเขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ

- 1) เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัด เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัด เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

แนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มี 3 แนวคิด คือ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ความหมายและรูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองจัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งสามารถมองเห็นได้หรือไม่สามารถมองเห็นได้แต่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้

Levin (1976: 487-489 อ้างถึงใน ทิวพร กลมกล่อม, 2538: 8) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นต้นด้วยตนเองและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย

Fry (1987: 150-157) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย 1) การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตนเอง (health maintenance) 2) การป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ (disease prevention) 3) การวินิจฉัยความผิดปกติ (self diagnosis) 4) การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆ (self medication) และ 5) การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จัดให้ (participation in professional use) ส่วนขอบเขตหรือมิติของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้จำกัด

อยู่เพียงกิจกรรมที่ทำด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงบริการ หรือกิจกรรมการดูแลที่ได้จากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การศาสนา กลุ่มบุคคลต่างๆ ในชุมชนในหมู่บ้านนั้นๆ ซึ่งการดูแลสุขภาพดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ไม่จำกัดเฉพาะการดูแลสุขภาพทางร่างกายเท่านั้นแต่ครอบคลุมถึงทางจิตใจ ทางอารมณ์ และทางสังคมของบุคคลด้วย

Dean and others (1983: 195) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆ ที่ปัจเจกบุคคลได้กระทำที่จะส่งเสริมสุขภาพ ประเมินอาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยชาวบ้านทั่วไป ด้วยตนเองซึ่งรวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรๆ และการกำหนดด้วยตนเองว่าจะทำอะไรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1987: 185) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้

World Health Organization (1987: 1-20) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษา การป้องกันสุขภาพ การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังการรับบริการ

Orem (1991: 29-40 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 27) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่าเป็นไปตามเป้าหมาย ดังนี้ 1) เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข 2) เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการได้รับภัยอันตรายต่างๆ และ 4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องและสมรรถนะ

จากความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนและชุมชน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี

รูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

Orem (1991: 29-40 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 27) ได้จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (universal self care)
- 2) การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (developmental self care) เป็น

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ และเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรสหรือบิดามารดา เป็นต้น

3) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการบำบัดรักษาต่างๆ เป็นต้น

มัลลิกา มัติโก (2530: 11-13) จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็นสองลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1) การดูแลตนเองในภาวะปกติ เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอมีสองลักษณะ คือ

1.1) การส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1) การรับประทานอาหาร

อาหารนับเป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นสำหรับร่างกาย ในแต่ละมื้อจึงต้องการสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และครบ 3 มื้อ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ตลอดจนใช้เป็นพลังงานในการดำรงชีวิต ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ ในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อความสมบูรณ์ของร่างกาย ถ้าหากรับประทานอาหารไม่เพียงพอก็อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ในทางตรงข้ามหากได้รับอาหารมากเกินไป เช่น อาหารประเภท ไขมัน ก็อาจทำให้เกิดโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (ชมภู วิสุทธิเมธีกร, 2540: 37)

1.1.2) การออกกำลังกาย

ซัชชัย มุ่งการดี (2534: 8) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดที่จะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ วิ่ง เดิน ซี่จักรยาน ว่ายน้ำ และวิ่งอยู่กับที่ ซึ่งในการออกกำลังกายแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลา 15-30 นาที จึงจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กิจกรรมการออกกำลังกายต้องเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุ ซึ่งกิจกรรมในชีวิตประจำวันบางอย่างชดเชยการออกกำลังกายได้ เช่น การเดินไปตลาด การปั่นจักรยานไปทำงาน เป็นต้น (สุวิภา บุญยะโหดระ, 2539: 65) โดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ของร่างกายและให้ออกแรงติดต่อกันนานครั้งละประมาณ 30 นาที จึงจะมีผลต่อการเสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิต เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ เป็นต้น (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2538: 73-76)

โดยสรุปแล้วการออกกำลังกายเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดควรทำอย่างต่อเนื่องครั้งละประมาณ 15-30 นาที และทำเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์

1.1.3) การพักผ่อน

การพักผ่อนเป็นเรื่องสำคัญที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ขณะที่ร่างกายได้รับการพักผ่อนจะเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจลดการทำงาน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ความตึงเครียด โดยทั่วไปคนวัยทำงานควรพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง (ประเวศ วะสี และคณะ, 2541: 13)

1.1.4) การไม่ดื่มสุรา

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งและมีโทษต่อร่างกายหลายด้านด้วยกัน ประกอบกับสุรามีฤทธิ์กดประสาท ถ้าดื่มในปริมาณมากจะทำให้ผู้ดื่มสูญเสียการควบคุมตนเอง ดังนั้นสุราจึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง (สุวิทย์ รุ่งวิสัย, 2535: 120; อามา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2537 : 3; เทพินทร พัชรานุรักษ์, 2541: 21-23; ไสรัตน์ กลั้ววิลา, 2541: 30)

1.1.5) การไม่สูบบุหรี่

บุหรี่ จัดเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงที่สำคัญและมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ (จรรยาพร ธรณินทร์ 2535: 13-25) ดังนั้นบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

1.2) การป้องกันโรค เป็นกิจกรรมการรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด

โรค หรือเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยตั้งแต่เนิ่นๆ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การจัดการกับความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1) การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี จะช่วยให้ทราบว่าร่างกายยังแข็งแรงปกติดี หรือมีโรคที่ยังไม่ปรากฏอาการแฝงอยู่ เช่น เบาหวาน วัณโรคปอด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น (จรรยาพร ธรณินทร์, 2538 : 45)

จรรยาพร ธรณินทร์ (2538 : 45-46) ได้แบ่งการตรวจสุขภาพประจำปีออกเป็น 3 แบบ คือ

แบบที่หนึ่ง คือ การตรวจร่างกายโดยทั่วไป เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีสุขภาพปกติทั่วไปและเข้าใจว่าไม่มีโรคประจำตัว โดยแพทย์ตรวจหมู่เลือด ตรวจหาความผิดปกติของเม็ดเลือด เกร็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือดแดง ตรวจนับเม็ดเลือดขาว ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจไขมันในเลือด ตรวจกามโรค ตรวจปัสสาวะ เอ็กซเรย์ปอดและหัวใจเพื่อดูสุขภาพปอดและหัวใจ

แบบที่สอง เหมาะสำหรับผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นการตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยใช้การตรวจแบบที่หนึ่งแล้วตรวจเพิ่มเติมในส่วนของคุณไข่น้ำตาลในเลือด ตรวจมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในเพศหญิง ตรวจสุขภาพของไตและตับ ตรวจไขมันในเลือด

แบบที่สาม เหมาะกับผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัว ควรตรวจละเอียดในเรื่องของสมรรถภาพของตับ ตรวจมะเร็งในตับ ตรวจกรดยูริกเพื่อหาโรคเก๊าท์ ตรวจช่องท้องด้วยคลื่นความถี่สูงให้เห็นสภาพของตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ตับอ่อน ม้าม ไต ตรวจกระเพาะอาหารโดยเอ็กซเรย์กลืนแป้ง หรืออาจต้องตรวจพิเศษอื่นๆ ตามที่แพทย์กำหนด

1.2.2) การจัดการกับความเครียด

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากเกินไปจนภาวะปกติ เพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยากซับซ้อนของชีวิต เช่น การสอบไล่ การถูกสอบสวน การแข่งขัน เป็นต้น สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เครียดได้ และเราก็ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่ตลอดเวลา แต่ความเครียดเพียงเล็กน้อยกลับเป็นผลดีต่อเรา คือ ทำให้วงเวียนกระจัดกระเขง กระตือรือร้น แต่ถ้ามีความเครียดในปริมาณที่มากและต่อเนื่องยาวนานก็เป็นผลร้ายต่อร่างกายเช่นกัน นั่นคือนำมาสู่โรคร้ายต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และนำมาสู่โรคประสาทได้อีกด้วย (กิติกร มีทรัพย์, 2541: 1)

2) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อมีการบ่งชี้ การขอรับคำแนะนำปรึกษาทางสุขภาพจากกลุ่มบุคคล หรือสถานบริการสาธารณสุข

สรุปแล้วการดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นการกระทำครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วยหรือเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงานตามแนวคิดของมัลลิกา มัติโก (2530) เท่านั้น การที่ผู้วิจัยไม่เลือกศึกษาการดูแลตนเองตามพัฒนาการ เพราะบุคคลมีพัฒนาการชีวิตหลายประเภท เช่น การสมรส การเป็นบิดามารดา การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นในเวลาที่แตกต่างกันไปแล้วแต่บุคคล ประชากรที่ศึกษาจึงอาจมีประสบการณ์ตามพัฒนาการแตกต่างกันไป

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 185-186) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองว่ามีด้วยกัน 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1) องค์ประกอบด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การสนใจ ความคับข้องใจ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล

2) องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1) ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวอย่างมาก บางครอบครัวบิดามารดาอาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่างหรือไม่ให้บุตรรับประทานอาหารบางอย่าง เช่น การปลูกฝังให้รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การงดการบริโภคเนื้อสัตว์ เป็นต้น นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ อิทธิพลจาก

การชักจูงแนะนำและการปฏิบัติของบิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว

2.2) กลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติที่คล้ายๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เขายึดถืออาจจะรวมทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดถือของกลุ่ม

2.3) สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันจะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4) วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมใดสังคมหนึ่ง ข้อปฏิบัติต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมชนบทธรรมเนียมประเพณี มีทั้งข้อปฏิบัติที่ส่งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพสำหรับตัวผู้ปฏิบัติเอง

2.5) ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยเช่นกัน หลักปฏิบัติหรือข้อห้ามทางศาสนาบางประการมีผลดีและผลเสียต่อผู้ปฏิบัติเองด้วยเช่นกัน

3) องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ รายได้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะขาดความรู้และมีทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมากขึ้น การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ

4) องค์ประกอบด้านการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกล่าวคือ ประชาชนที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ก็จะมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

5) องค์ประกอบด้านการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทั้งสิ้น ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาลและบริการทางสาธารณสุข ตลอดจนกิจกรรมทางสาธารณสุข กฎหมาย ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

อาจกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณมีตัวกำหนดหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคม เช่นเดียวกับแนวคิดของเบญจา ยอดดำเนิน-อัธติกิจ และคณะ (2542: 11-12) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยและสรุปว่ามีตัวกำหนด (common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในด้านต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตัวกำหนดระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคมเช่นกัน ดังนี้

ตัวกำหนดระดับบุคคล**ก. ปัจจัยด้านประชากร**

- เพศ
- อายุ
- การย้ายถิ่น

ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา

- เชื้อชาติ
- สถานภาพการสมรส
- การศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- ประสบการณ์
- ความรู้
- ทักษะ
- จิตสำนึก
- ระดับสติปัญญา
- ความเชื่ออำนาจในตนเอง

ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิต
- ค่านิยม
- ความเชื่อ
- วัฒนธรรมความปลอดภัย

ตัวกำหนดระดับครอบครัว**ก. ปัจจัยด้านประชากร**

- ขนาดครอบครัว
- ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว/ขยาย)
- การย้ายถิ่นของครอบครัว

ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม

- ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว
- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
- ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของสมาชิกในครอบครัว
- แบบแผนการเลี้ยงดูบุตร
- อิทธิพลของเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ต่อครอบครัว

ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิตของครอบครัว
- ค่านิยมของครอบครัว
- ความเชื่อของครอบครัว
- วัฒนธรรมความเชื่อ (cultural lag)
- วัฒนธรรมความปลอดภัย

ตัวกำหนดระดับสังคม**ก. ปัจจัยด้านประชากร**

- โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรในสังคม
- แบบแผนการย้ายถิ่น

ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม

- การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม
- ความเป็นเมือง
- ความเป็นอุตสาหกรรม
- ความเป็นโลกาภิวัตน์
- การมีส่วนร่วมของประชากรในสังคม
- ทรัพยากรของชุมชน/สังคม

ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิต
- ค่านิยม
- ความเชื่อ
- วัฒนธรรมความปลอดภัย

ง. ปัจจัยด้านสถาบัน

- ระบบการเมือง
- ระบบการศึกษา
- ระบบบริการสาธารณสุข
- ระบบโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)
- ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสมัยใหม่

ที่มา: เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงส์ และคณะ, 2542: 11-12

นอกจากแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ และเบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงส์ และคณะ ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวกำหนดหรือปัจจัยที่มีผลต่อการการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว Orem (1991: 29-40 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 27) ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ได้กล่าวถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ การพัฒนาการ สังคม แหล่งประโยชน์ ซึ่งประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ขนบธรรมเนียม

ประเพณี ซึ่งได้แก่ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

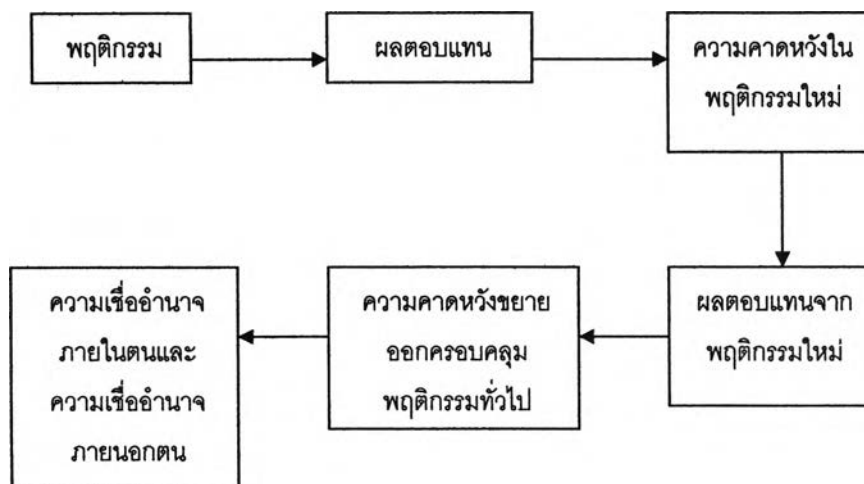
นอกจากนี้ในเรื่องสุขภาพก็ยังมีแนวคิดหนึ่งที่มีการพัฒนาและเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อการอธิบายการดูแลสุขภาพตนเอง นั่นคือ แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ซึ่งเบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกจ์ และคณะได้บรรจุตัวกำหนดดังกล่าว ว่าเป็นตัวกำหนดระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาการของแนวคิดนี้ มีดังนี้

1.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

ความเชื่อเกิดจากความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจที่ฝังแน่นที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความเชื่อนั้นๆ อาจเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลเลยก็ได้ และเมื่อบุคคลมีสิ่งที่เชื่อ ความเชื่อนั้นในบางครั้งอาจไม่อยู่บนพื้นฐานความจริง (จรรยา สุวรรณทัต และคณะ, 2526: 614) ดังจะเห็นได้ว่าบุคคลแต่ละคนมีบุคลิกที่แตกต่างกันไป แม้ว่าจะเคยผ่านเหตุการณ์ที่ร้ายแรงคล้ายๆ กัน แต่ความสามารถในการยอมรับหรือการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกัน เรียกอำนาจนี้ว่า อำนาจในการควบคุมตนเอง (locus of control) ซึ่งมีทั้งความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้น เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) โดย Rotter (1966: 2 อ้างถึงใน วิลลาสินี แฝ่วชนะ, 2541: 36) ซึ่งได้กล่าวถึงลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนของบุคคลว่ามีที่มาจากความคาดหวังจะได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมของตน และความคาดหวังเหล่านี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้นในที่สุด ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับผลตอบแทนบ่อย ๆ จะส่งผลให้บุคคลมีความเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน และในขณะเดียวกันหากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับผลตอบแทน จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ได้รับนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคชะตา ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีก ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน



ที่มา: Rotter, 1966: 2 (อ้างถึงใน วิลลาซีนี แม้วชนะ, 2541: 35)

นอกจากนั้น Rotter (1966: 2 อ้างถึงใน วิลลาซีนี แม้วชนะ, 2541: 36) ยังได้สรุปลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนว่า

- 1) ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น
- 2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นการรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม อำนาจเหนือธรรมชาติและอำนาจของผู้อื่น เป็นต้น ผู้ที่มีความเชื่อประเภทนี้จะมีความคิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนสามารถพัฒนาได้จากปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อม ประสบการณ์วัยเยาว์ของบุคคล ตลอดจนฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบิดามารดาด้วย โดยความเชื่อทั้งสองจะพัฒนาขึ้นตามอายุ ความเชื่อภายในตนจะสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นและความเชื่อภายนอกตนจะเปลี่ยนแปลงหรือคงที่นั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

สำหรับการประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้มีการพัฒนาขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 ซึ่งก็ทำนายได้ไม่ผิดนัก จนกระทั่งปี ค.ศ. 1966 Rotter ได้ดัดแปลงใหม่เรียกเครื่องมือนี้ว่า I-E Scale (Internal-External Locus of Control) เป็นการวัดมิติเดียวซึ่งแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมาในปี 1973 Levenson (1975 อ้างถึงใน วราภรณ์ นารินรักษ์, 2540: 35) ได้พัฒนาขึ้นใหม่โดยใช้ I-E Scale เป็นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจบังเอิญ ซึ่งต่อมา Wallston and others (1978: 160-170) ได้ดัดแปลงแนวคิดดังกล่าวในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (internal health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

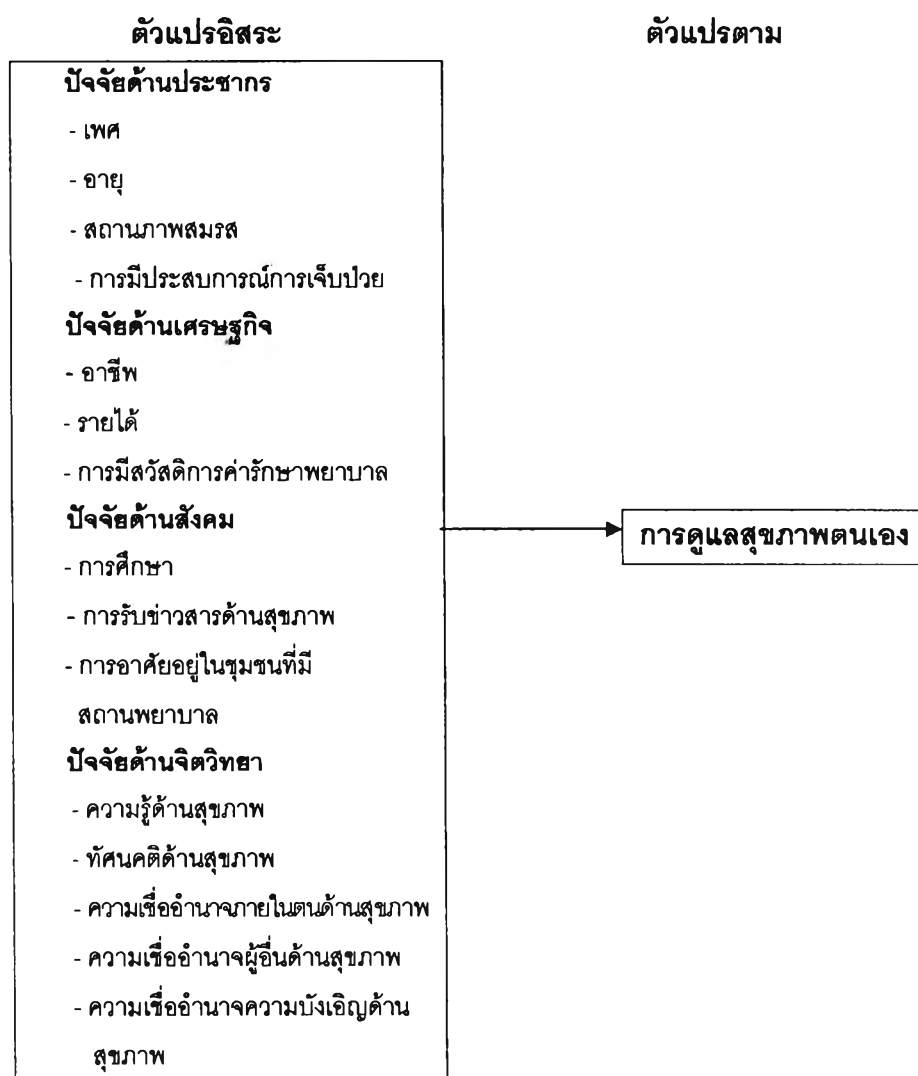
2) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (powerful other health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นคนควบคุมสุขภาพ และเชื่อว่าการพบบุคลากรทางสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้ตนเองมีสุขภาพดี

3) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (chance health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาส หรือโชครະตาที่ไม่อาจควบคุมได้ อย่างไรก็ตามในการนำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้นั้น ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของ Wallston and others (1978) เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่และผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะเป็นตัววัดที่ละเอียดยิ่งขึ้น และนำแนวคิดดังกล่าวมาสร้างคำถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่กล่าวมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัด เขตป้อมปราบ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะตัวแปรระดับบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ประสพการณ์ การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจภายในตน/นอกตน ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าตัวแปรระดับบุคคลเหล่านี้ น่าจะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรง การศึกษาตัวแปรระดับบุคคลจึงน่าจะเพียงพอ เพราะตัวแปรระดับบุคคลหลายตัวแปรได้รับอิทธิพลจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของกลุ่มต่างๆ เช่น ครอบครัว และสังคมอยู่แล้ว และการศึกษาในครั้งนี้ก็มุ่งเน้นที่การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลเป็นหลัก โดยสามารถสรุปเป็นแผนภาพเพื่อแสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



1.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ผ่านมา พบว่ามีผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ได้กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดหลักที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.5.1 ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากรประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการมีประสบการณ์การเจ็บป่วย ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

1.5.1.1 เพศ

เพศเป็นตัวแปรที่แสดงถึงความแตกต่างในด้านต่างๆ เช่น ความต่างทางสรีระ ความต่างทางอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการแสดงออกในเรื่องต่างๆ (ยศ สันตสมบัติ, 2537: 34) นอกจากเพศจะทำให้เกิดการมีสรีระที่ต่างกันไปแล้วยังจะส่งผลต่อความต้องการดูแลตนเอง ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศหญิงนอกจากต้องทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแบ่งเบาภาระของสามี หน้าที่สำคัญอีกประการก็คือการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย เพศหญิงจึงถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแล และยังพบอีกว่าเพศหญิงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 26)

จากการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: 47) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่เพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชระพี สุทธิกุล (2540: 51) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ หฤยา อารีวงศ์ (2532: 46) ศึกษาในทัศนทางสุขภาพและการดูแลตนเองของครูที่ทำงานด้านสุขภาพกับครูที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยครูหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สูงกว่าครูชาย และการศึกษาของ ทิวาพร กลมกล่อม (2538: 78) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของคนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคนงานหญิงปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าคนงานชาย นอกจากนี้การศึกษาของ Day and Leoprapai (1977: 113-135 อ้างถึงใน วันทนีย์ วัฒนนะ, 2537: 73) ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่เพศหญิงมีการไปใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย

ในทางตรงข้ามการศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534: 69) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุชายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าผู้สูงอายุหญิง

ผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ชี้ไปในทางเดียวกันว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยเองคิดว่าอาจเป็นเพราะบทบาทของหญิงในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และสรีระของหญิงเอง จึงทำให้หญิงมีความใกล้ชิดและมีความคุ้นเคยในเรื่องสุขภาพ ทั้งในเรื่องของการ

ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองและสุขภาพของคนในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า เพศหญิง น่าจะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย

1.5.1.2 อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมรวมถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วย Orem ได้กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุโดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กและการพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ (Orem, 1991: 117 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 27) นอกจากนี้แล้วอายุยังแสดงถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหา ความสามารถในการตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับตนเอง ตลอดจนความเข้าใจ การแปลความหมายต่าง ๆ จึงเห็นว่าอายุน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

จากการศึกษาของ นุชยมาศ บุญใจเพชร (2526: 45) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ที่มีอายุน้อยนิยมใช้สถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540: 53) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุน้อยมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก และการศึกษาของสมชาย ลักษณะนุรักษ์ (2524: 1 ก) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกามโรคที่ถูกต้อง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันกามโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีการป้องกันกามโรคมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ทำนองเดียวกัน การศึกษาของ วันทนีย์ วัฒนนะ (2537: 73-74) ศึกษาการใช้บริการอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีการไปใช้บริการอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี

ในทางตรงข้ามการศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534: ง) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากผู้ที่มีอายุน้อยมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว และมีการยอมรับวิทยาการทางการแพทย์ใหม่ๆ มีความทันสมัยกล้าคิด กล้าทำ มากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

1.5.1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล เหตุผลหนึ่งก็เพราะผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสหรือแต่งงานแล้วมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งรับผิดชอบคู่สมรส บุตร หรือแม้กระทั่งอาจต้องดูแลบิดามารดาของคู่สมรสด้วย ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสอาจเกิดภาวะความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ จึงเห็นว่า สถานภาพสมรสน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของปิยวรรณ คำพันธุ์ (2542: 81) ศึกษาความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อและการรับรู้กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สุทธิณี นุชนทสาร (2539: 63) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Evashwick and others (1983: 357-358) อ้างถึงใน วสันต์ เวียนเสี้ยว, 2535: 33) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดจะเลือกใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือคลินิกในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสสมรส ในขณะที่เดียวกัน การศึกษาของ ประไพ พุกงาม (2542: 58) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ศึกษาเปรียบเทียบคนงานบอเลียงกึ่งกับคนงานสวนยางพารา ในจังหวัดระนอง พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคนงานที่มีสถานภาพสมรสโสดมีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคในระดับสูงกว่าคนงานที่มีสถานภาพสมรสสมรสและม่าย/หย่า/แยก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าสถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติอยู่เสมอจนเกิดความเคยชินผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดน่าจะมีเวลาให้กับตัวเองค่อนข้างมาก ประกอบกับไม่ต้องรับภาระในการดูแลผู้อื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสและม่าย/หย่า/แยก

1.5.1.4 การมีประสบการณ์การเจ็บป่วย

การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนหาทางหลีกเลี่ยงป้องกันอันตรายที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพและปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ส่งผลระยะยาวต่อบุคคล กล่าวคือ เมื่อ

บุคคลหายจากภาวะเจ็บป่วยแล้วจะหลีกเลี่ยงเหตุที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ และมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัดมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ Ahijevych and Bernard (1994: 86-89 อ้างถึงใน ปิยวรรณ คำพันธ์, 2542: 53) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ พบว่า การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงผิวดำที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าหญิงผิวดำที่ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยน่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยอาจรู้สึกหรือมีการตระหนักได้ถึงอันตรายบางอย่างที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และมีวิธีหลีกเลี่ยงที่ถูกต้องเพราะมีการเรียนรู้จากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้มีประสบการณ์การเจ็บป่วยอาจไม่คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดกับสุขภาพจากพฤติกรรมบางอย่างของตน เพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือการขาดความรู้ในด้านนั้นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประสบการณ์การเจ็บป่วย

1.5.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว คือตัวแปร อาชีพ รายได้ และการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1.5.2.1 อาชีพ

บุคคลที่มีอาชีพที่แตกต่างกันย่อมทำให้มีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนการแสดงออกที่แตกต่างกันด้วย ดังนั้น อาชีพน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธ์ (2542: 78) ศึกษาความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ และการรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: 48) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอาชีพวิชาชีพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่น และการศึกษาของ Tohnai and Hata (1994: 362-369 อ้างถึงใน ปิยวรรณ คำพันธ์, 2542: 53) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 40 ปี พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอาชีพทางวิชาการจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่น เช่นเดียวกับงานวิจัยของประเจตน์ เกษน้อย (2530: ๑) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากร แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสตรีที่ประกอบอาชีพใช้วิชาชีพมีการฝากครรภ์สูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพบริการและอาชีพใช้แรงงาน

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าอาชีพน่าจะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มอาชีพวิชาชีพ วิชาการ บริหาร พนักงานและเสมียนน่าจะเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งส่งผลต่อโอกาสในการแสวงหาข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาอีกด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีอาชีพวิชาชีพ วิชาการ และบริหารน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า ผู้ที่มีอาชีพบริการ การค้า ผู้ที่มีอาชีพกรรมกร และผู้ไม่ประกอบอาชีพ

1.5.2.2 รายได้ของครอบครัว

รายได้เป็นเครื่องกำหนดความต้องการของบุคคล ตลอดจนกำหนดความคิดของบุคคลและพฤติกรรมต่างๆ (สุวัฒนา วงษ์กะพันธ์, 2531: 41) นอกจากนี้ รายได้ยังสะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่มีรายได้ที่แตกต่างกันได้ นั่นคือผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีทางเลือกในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งในด้านอาหารการกินสามารถเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะมีเงินมากพอ การเลือกรักษาตามสถานพยาบาลที่พอจ่ายได้ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ต่ำไม่สามารถทำได้หรือทำได้น้อย ดังนั้น รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถเป็นตัวกำหนดความแตกต่างกันในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

จากการศึกษาของปิยวรรณ คำพันธุ์ (2542: 79) ศึกษาความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ และการรับรู้กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยา ชูตินันท์ (2522: 50) ศึกษาลักษณะทางประชากรและความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันของสตรีในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของสตรี โดยสตรีที่มีรายได้น้อยจะใช้บริการทางสาธารณสุขน้อยกว่าสตรีที่มีรายได้ระดับปานกลางและระดับสูง และยิ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันทนีย์ วัฒนะ (2537: 74) ศึกษาการใช้บริการอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดในเขตทวีปศอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยของประชาชน แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงมีสัดส่วนการไปใช้บริการอนามัยสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Aday (1975: 456-477 อ้างถึงใน วสันต์ เวียนเสี้ยว, 2535: 32) ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ที่มีรายได้น้อยจะใช้บริการทางการแพทย์ในอัตราที่น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูง

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ สำหรับผู้วิจัยเองคิดว่า ผู้ที่มีรายได้ที่สูงกว่าย่อมมีทุนทรัพย์เพียงพอในการซื้อบริการสาธารณสุขที่ทันสมัยหรือชื่อเวชภัณฑ์ต่างๆ ได้อย่างสะดวก และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้าน

สุขภาพได้ง่ายกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่รายได้ต่ำกว่า

1.5.2.3 การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ปัจจัยด้านนี้ถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ (สินีนางู ปรินาจารย์, 2537: 15) เพราะหากบุคคลมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลไม่ว่าจะโดยหน่วยงานรัฐหรือเอกชน จะชี้ให้เห็นว่าบุคคลมีความสนใจและห่วงใยสุขภาพระดับหนึ่ง นอกจากนี้การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลยังช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และบริการสาธารณสุข และมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านสุขภาพ ซึ่งสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่ประชาชน (บุญสม มาร์ติน และเทพพนม เมืองแมน, 2542: 137-145) ดังนั้นหากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพที่ถูกต้องก็จะนำมาสู่การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องตามมาด้วย

จากการศึกษาของ Evashwick and others (1983: 257 อ้างถึงใน วสันต์ เวียนเสี้ยว, 2535: 87) พบว่า การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ผู้ที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจะเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่ไม่สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของวสันต์ เวียนเสี้ยว (2535: 87) พบว่า การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมักจะไปรับการรักษายังสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่ารักษาเอง และการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2531: 75) ศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่น พบว่าเหตุผลสำคัญของประชาชนในการไปใช้บริการสถานอนามัยนอกจากการเดินทางสะดวกแล้ว การมีบัตรสงเคราะห์รายได้น้อยและบัตรประกันสุขภาพก็เป็นเหตุผลสำคัญในการเลือกใช้บริการ ในขณะที่การศึกษาของสินีนางู ปรินาจารย์ (2537: 56) ศึกษาการประเมินผลการใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ในสถานประกอบการขนาดกลาง อ.เมือง จ.เชียงใหม่ พบว่า การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทางการแพทย์ และไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ โดยลูกจ้างที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีสัดส่วนผู้ที่เคยใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลคู่สัญญาต่ำกว่าลูกจ้างที่ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

โดยสรุปแล้วการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน ผู้วิจัยจึงคาดว่า การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลน่าจะมีผลกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วย เนื่องจากผู้ที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลย่อมมีความสบายใจเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เพราะไม่ต้องมาคอยกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการทางสุขภาพในด้านต่างๆ ก็ทำได้ง่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1.5.3 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว คือตัวแปรการศึกษา การรับข่าวสารด้านสุขภาพและการมีสถานพยาบาลในชุมชน ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1.5.3.1 การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยพัฒนาความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และพัฒนาศักยภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้แล้วผู้ที่มีการศึกษาสูงยังมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ รอบตัว ดังนั้นจึงเห็นว่าผู้ที่มีการศึกษาที่แตกต่างกันน่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของสดสวย คณาวัชรากุล (2532: 67) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยแม่ โดยสตรีที่ได้รับการศึกษาเพิ่มขึ้น สัดส่วนของการไปรับบริการฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ก็เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนีญ์ วัฒนนะ (2537: 74) ศึกษาการใช้บริการอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีสัดส่วนของผู้มาใช้บริการอนามัยสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540: 52) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มีการศึกษาสูงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ จันทร์แดง (2541: 82) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการศึกษาสูงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการศึกษาต่ำ ในทำนองเดียวกันการศึกษาของดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2542: 42) ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ โดยพระภิกษุสงฆ์ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีการรับประทานอาหารที่ดีกว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การศึกษาน่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และน่าจะมีการปฏิบัติตนในเชิงบวกหรือเชิงส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา น่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

1.5.3.2 การรับข่าวสารด้านสุขภาพ

สื่อมีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานและแบบแผน การดำเนินชีวิต (Freedman, 1970: 252) เพราะสื่อสามารถเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ การได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็น ได้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องนั้นบ่อยๆก็จะเกิดความคุ้นเคย และเข้าใจเรื่องเหล่านั้นมากขึ้น นำมาสู่การเกิดพฤติกรรมและปฏิบัติได้ เช่นเดียวกันหากประชาชนมีการเปิดรับสื่อในด้านสุขภาพอยู่เสมอ ก็จะสมารถนำมาสู่การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

จากการศึกษาของสุทธินิจ นุณทสาร (2539: 63) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีที่มีคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อในระดับสูงจะมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่าสตรีที่มีคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เทียนรัตน์ (2526: 42) ศึกษาช่องว่างด้านสุขภาพอนามัยและการปฏิบัติกรวางแผนครอบครัว พบว่า การเปิดรับสื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติกรวางแผนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี โพธิ์ศรี (2535: ง) ศึกษาเรื่อง การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรู้อุ้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ปกครองที่มีการเปิดรับสื่อในระดับที่สูงกว่าจะมีทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีการเปิดรับสื่อในระดับที่ต่ำกว่า ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ สิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) พบว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่มีคะแนนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีระดับการดูแลสุขภาพในระดับสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และงานวิจัยของ ประเจตน์ เกษน้อย (2530: 39) พบว่า การรับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางด้านอนามัย โดยผู้ฟังรายการสุขภาพเป็นประจำจะปฏิบัติทางด้านอนามัยดีกว่าผู้ไม่ได้ฟัง

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า การรับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ การรับข่าวสารด้านสุขภาพน่าจะส่งผลในเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากผู้ที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถนำความรู้ที่ได้จากข่าวสารเหล่านั้น มาปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีตามมาด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีคะแนนการรับข่าวสารด้านสุขภาพสูงจะน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนการรับข่าวสารด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.5.3.3 การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาล

การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าคนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ทั้งนี้ผลพลอยได้จากการมีสถานพยาบาลในชุมชนนอกจากจะช่วยให้ประชาชนสามารถรับบริการได้ใกล้บ้าน สถานพยาบาลในชุมชนยังมีส่วนกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้นและมีการปฏิบัติตนต่อสุขภาพที่ถูกต้อง เพราะสถานพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อประชาชนมีความรู้ก็จะนำมาสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรง แต่ผู้วิจัยคาดว่า การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลน่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากสถานพยาบาลชุมชนเป็นแหล่งรวมของข้อมูล เอกสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบกับมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพคอยให้คำแนะนำแก่บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาล

1.5.4 ปัจจัยด้านจิตวิทยา

ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่นำมาศึกษาประกอบด้วยตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ทศนคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

1.5.4.1 ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากการเรียนรู้ การได้ยินได้ฟังหรือแม้กระทั่งการสัมผัสประสบการณ์ของตัวบุคคลเอง โดยความรู้เหล่านั้นจะก่อให้เกิดความเข้าใจและนำมาซึ่งการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามมา สำหรับในด้านสุขภาพก็เช่นกันหากบุคคลขาดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในด้านนั้นๆ จะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้องซึ่งจะนำมาสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

จากการศึกษาของ ทศนีย์ เทียนรัตน์ (2526: 26) เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติกรวางแผนครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยในระดับสูงจะเลือกใช้การวางแผนครอบครัวสูงถึงร้อยละ 75 ในขณะที่ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยระดับต่ำจะเลือกใช้การวางแผนครอบครัวเพียงร้อยละ 58 เท่านั้น ทั้งนี้ยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับการใช้การวางแผนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภาพ (2541: 67) อรพิน ฐานกุลศักดิ์ (2539: 76) และนลินี มกรเสน (2538: 107) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ

ตันตีวัฒน์เสถียร (2534: 123) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ เวียนเสี้ยว (2535: 87) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคนงานก่อสร้างในจังหวัดนนทบุรี ปี 2534 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของสดสวย คณาวัชรากุล (2532: 70) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สูงกว่าไปรับบริการฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตามการศึกษาของ สิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 56) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดนครราชสีมา กลับพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

ผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่สามารถสรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงคาดว่าความรู้ด้านสุขภาพน่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถนำความรู้ ความเข้าใจที่ตนได้รู้ ได้เห็น หรือได้ยินมา นำมาปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.5.4.2 ทศนคติด้านสุขภาพ

ทศนคติเป็นความรู้ที่ชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ทศนคติที่มีต่อสิ่งต่างๆ เกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ทั้งสิ้น ดังนั้นจึงอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น แต่กระบวนการเปลี่ยนแปลงอาจจะเร็วหรือช้าแล้วแต่ชนิดของทศนคติและประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ (เจลิเยว บุรีภักดี, 2517: 218) ทศนคติด้านสุขภาพก็เช่นกันล้วนเกิดจากการได้ยิน ได้ฟัง หรือการมีประสบการณ์ด้วยตนเอง หากบุคคลมีทศนคติที่ดีต่อข้อปฏิบัติด้านบวกเกี่ยวกับสุขภาพก็จะนำมาสู่การปฏิบัติด้านบวกในเรื่องนั้นๆ ตรงข้ามหากบุคคลมีทศนคติไม่ดีต่อข้อปฏิบัติด้านบวกต่อสุขภาพก็จะนำมาสู่การปฏิบัติในด้านลบตามมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพขึ้นอยู่กับทศนคติของบุคคลเป็นสำคัญ

จากการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540: 51) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าทศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยครูที่มีทศนคติเชิงบวกด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงกว่าครูที่มีทศนคติเชิงลบด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ วิจิต ชาติเพชร (2524: 67) ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนไทยพุทธกับนักเรียนไทยมุสลิมระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษาที่ 2 พบว่า กลุ่มนักเรียนไทยมุสลิมมีทัศนคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยที่ทัศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540: 51) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทัศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ สิริวรรณ เคนผางค์ (2543: 74) พบว่า ทัศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่มีคะแนนทัศนคติด้านสุขภาพสูงกว่าจะมีการดูแลสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีคะแนนทัศนคติด้านสุขภาพต่ำกว่า

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงคาดว่าทัศนคติด้านสุขภาพน่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากทัศนคติที่ดีย่อมจะนำมาสู่การปฏิบัติที่ดีตามมาด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนทัศนคติด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.5.4.3 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพเป็นความเชื่อว่าการที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับกระทำของตนเอง จึงมีการเสาะแสวงหาความรู้เพื่อรักษาสุขภาพของตน (Strickland, 1978: 1211 อ้างถึงใน วิลลาสินี แฝ่วชนะ, 2541: 7) การที่บุคคลมีความเชื่อดังกล่าวอาจช่วยให้มีการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

จากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 89) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540: 109) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลลาสินี แฝ่วชนะ (2541: 93) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของขวัญใจ ต้นดิวิฒนเสถียร

(2534: 117) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีผลทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงคาดว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพน่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะมีความรู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ และพร้อมที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองที่เกิดกับสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพน่าจะมีความถี่ของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.5.4.4 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพเป็นความเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง บุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้นที่สามารถควบคุมได้ และเชื่อว่าการพบบุคลากรสาธารณสุขสม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี (Strickland, 1978: 1211 อ้างถึงใน วิลลาสินี แฉ้วชนะ, 2541: 7) การที่บุคคลมีความเชื่อดังกล่าวอาจช่วยให้มีการแสวงหาแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง และมีการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

จากการศึกษาของ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 89) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ รัชมีแซ วิโรจน์รัตน์ (2534: ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์ กลับพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด

ผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่สามารถสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงคาดว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจาก "ผู้อื่น" ในที่นี้หมายถึงบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ก็จะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพราะอยู่ภายใต้คำแนะนำ และการดูแลของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข และผู้ที่มีความเชื่อดังกล่าวจะเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในคำแนะนำเหล่านั้น จึงนำมาสู่การปฏิบัติที่เคร่งครัด ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองที่สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.5.4.5 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพเป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสุขภาพหรือการเจ็บป่วย เป็นเพราะอำนาจความบังเอิญ โชคลาง เคราะห์กรรม พรหมลิขิต ไสยศาสตร์ ทำให้ต้องเป็นไปเช่นนั้น และเป็นสิ่งที่บุคคลไม่อาจควบคุมได้ (Strickland, 1978: 1211 อ้างถึงใน วิลาสินี แฉ้วชนะ, 2541: 7) การที่บุคคลมีความเชื่อดังกล่าวอาจส่งผลให้มีการละเลย ไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง

จากการศึกษาของจอนณะจิง เฟ็งจาด (2533: ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534: ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทำนองเดียวกันการศึกษาของวิลาสินี แฉ้วชนะ (2541: 93) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 89) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยมีความเห็นว่า บุคคลที่มีความเชื่อโชคลางหรือเคราะห์กรรมบางอย่าง ไม่ใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.6 สมมติฐานในการวิจัย

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานหลักและสมมติฐานรองไว้ดังนี้

สมมติฐานหลัก

ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงาน

สมมติฐานรอง

- 1) เพศหญิงน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย
- 2) ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า
- 3) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสใสดน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสและม่าย/หย่า/แยก
- 4) ผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความประสบการณ์การเจ็บป่วย
- 5) ผู้ที่มีอาชีพวิชาชีพ วิชาการ บริหาร พนักงานและเสมียนน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพบริการ การค้า ผู้ที่มีอาชีพกรรมกร และผู้ไม่ประกอบอาชีพ
- 6) ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า
- 7) ผู้ที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
- 8) ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
- 9) ผู้ที่มีคะแนนการรับข่าวสารด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนการรับข่าวสารด้านสุขภาพต่ำกว่า
- 10) ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาล
- 11) ผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า
- 12) ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนทัศนคติด้านสุขภาพต่ำกว่า
- 13) ผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำกว่า
- 14) ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีความคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองที่สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า

- 15) ผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพต่ำกว่า

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยในชุมชนแออัด
- 2) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนและหาแนวทางป้องกันแก้ไข