

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบ ในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ
2. ผลกระทบของการประกอบอาชีพไม้แกะสลักที่มีต่อสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
5. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
6. ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
7. การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ

1.1. ลักษณะของแรงงานนอกระบบ

งานนอกระบบหรือที่เรียกกันทั่วไปว่า "เศรษฐกิจนอกระบบ" (informal Sector) นั้นเริ่มมีการนำมาใช้เมื่อต้นปี 1970 คือนับตั้งแต่ ฮาท (Hart) ได้เสนอบทความสำคัญเกี่ยวกับการจ้างงานในเมืองกาน่า (Ghana) ประเทศเคนยา โดยนำเอาแนวคิดของ Two-Sector เข้ามาใช้อธิบายและแบ่งแยกเศรษฐกิจออกเป็นนอกระบบ (Informal) และใน

ระบบ (Formal) (Bromley, 1978 อ้างในเบญจจิริภัทรพิมล, 2534, หน้า 5-6) อย่างไรก็ตาม การให้คำจำกัดความของคำว่าการทำงานนอกระบบ (Informal Sector) นั้น ยังไม่มีการให้คำนิยามแน่นอนและชัดเจน แต่ละประเทศต่างกำหนดขึ้นตามแนวความคิดและวัตถุประสงค์ รวมทั้งข้อกำหนดและความเป็นไปได้ในประเทศของตนเอง สำหรับแนวคิดกว้าง ๆ ที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้เสนอไว้เป็นพื้นฐานในการพิจารณาลักษณะงานนอกระบบ มีดังนี้คือ

- (1) มีการริเริ่มกิจการได้ง่าย
- (2) พึ่งทรัพยากรท้องถิ่น
- (3) เป็นการลงทุนของครอบครัว
- (4) เป็นการประกอบการขนาดเล็ก
- (5) ใช้แรงงานคนเป็นส่วนใหญ่ และมีการนำเอาเทคโนโลยีมาปรับใช้
- (6) ความชำนาญงานได้มาจากการศึกษานอกระบบ
- (7) เป็นตลาดที่มีการแข่งขันสูง และไม่ระเบียบแบบแผน

นอกจากนี้ กิจกรรมในเศรษฐกิจนอกระบบ (Informal Sector) ยังถูกละเลยและปราศจากการสนับสนุนแถมบางครั้งรัฐอาจจะออกระเบียบ หรือมีการกระทำที่เป็นเสมือนการกีดกันอีกด้วย (Ayoub, 1987 อ้างใน เบญจจิริภัทรพิมล, 2534, หน้า 7)

ผาสุก พงษ์ไพจิตร อธิบายถึงลักษณะของงานนอกระบบไว้ว่า ในภาคเกษตร หมายถึงการทำงานทำไร่ในครัวเรือน ใช้แรงงานในครัวเรือนเป็นหลัก มีการจ้างงานน้อย ส่วนในภาคนอกเกษตร หมายถึง การทำกิจกรรมนอกเกษตร โดยใช้แรงงานในครัวเรือนเป็นหลัก แต่มีการขยายความรวมถึงสถานประกอบที่จ้างงาน เป็นธุรกิจขนาดเล็กที่ใช้ทั้งแรงงานจ้างและแรงงานครัวเรือน แรงงานจ้างไม่มีกฎเกณฑ์ด้านค่าจ้างและสภาพการทำงานที่แน่นอน ธุรกิจจะใช้ทุนน้อย เทคโนโลยีง่าย ๆ ไม่ต้องการฝึกปรี้อ หรือเรียนมาจากสถานศึกษา นอกจากนี้แรงงานนอกระบบในยุคนี้อย่างรวมการรับเหมางานมาทำ เป็นการได้รับค่าจ้างรายชิ้น แรงงานนอกระบบไม่อยู่ในขอบข่ายของกฎหมายแรงงานและเป็นธุรกิจไม่ได้รับการจดทะเบียนและการทำงานนอกระบบ อาจแบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

(1) งานฝีมือดั้งเดิมของชาวบ้าน หมู่บ้าน เช่น งานทอผ้าพื้นเมือง จักสาน แกะสลัก ซึ่งทำไว้ใช้เองเป็นหลัก แต่ในระยะต่อมาทำเพื่อขายด้วย แต่ยังใช้แรงงานในครัวเรือนเป็นหลักหรือรับแบบใหม่ ๆ มาทำในลักษณะเหมางาน

(2) การรับงานจากนอกหมู่บ้านมาทำในครัวเรือน (Home Worker) อาจรับงานมาจากคนกลางที่เข้ามาติดต่อแม่บ้านว่าง ๆ ให้เหมามาทำ หรืออาจรับมาจากโรงงานที่อยู่ใกล้ ๆ บ้าน

(3) งานรับเหมาโดยผู้ประกอบการขนาดย่อม เช่น ห้องแถว รับงานมาแล้วจ้างคนงานมาทำเป็นกิจกรรมเล็ก ๆ เช่น ในกรณีการตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปในเขตชานเมืองกรุงเทพฯ และเขตชานเมืองต่างจังหวัด

1.2 ขนาดของจำนวนแรงงานนอกระบบ

ในปี 2531 สาขาเศรษฐกิจหัตถอุตสาหกรรม มีแรงงานนอกระบบประมาณ 69 % ในภาคเกษตร เป็นการทำงานนอกระบบ 98 % และตัวเลข ซึ่งว่าครัวเรือนเกษตรมีรายได้จากการผลิตภาคเกษตร 54 % จากกิจกรรมนอกเกษตร 46 % ในขณะที่ส่วนหนึ่งของรายได้นอกเกษตรได้จากค่าจ้างที่แรงงานอพยพไปทำงานในเมืองส่งกลับบ้าน อีกส่วนหนึ่งและเป็นส่วนที่มากกว่า ได้จากการทำธุรกิจขนาดย่อมนอกเกษตรและการรับเหมางานนอกเกษตรมาทำ เช่น งานเพชรพลอยงานแกะสลัก การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การเย็บเสื้อผ้า การปักผ้า ฯลฯ แต่ขณะนี้ไม่มีตัวเลขชัดเจนว่า ในเขตชนบทมีผู้ทำงานเสริมในระบับรับเหมางานหรือธุรกิจแบบครัวเรือนจำนวนเท่าไร

สำหรับแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ มีทั้งกลุ่มที่ทำอุตสาหกรรมหัตถกรรมไม้แกะสลักเป็นอาชีพหลัก และกลุ่มที่ใช้เวลาว่างจากการทำไร่-นา มาประกอบอาชีพนี้ ดังนั้นประชากรในหมู่บ้านถวายจึงประกอบอาชีพไม้แกะสลักเป็นส่วนใหญ่ จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นหมู่บ้านอุตสาหกรรมหัตถกรรมไม้แกะสลักที่สำคัญของจังหวัดเชียงใหม่

1.3 ปัญหาที่แรงงานนอกระบบประสบ

- (1) การสั่งซื้อสินค้าไม่สม่ำเสมอ ทำให้รายได้ขาดตอน
- (2) ขาดทุนหมุนเวียนบางกรณี

- (3) ขาดทักษะด้านการจัดการการเงิน การตลาด
- (4) แข่งขันกันเองจนราคาตก
- (5) ขาดการรวมตัวเป็นสมาคมหรือองค์กร ที่จะต่อรองกับคนกลางและรัฐบาล และขาดความรู้ในด้านกฎหมายแรงงาน

(6) แรงงานอายุน้อย ขาดโอกาสเล่าเรียนในระบบการศึกษา เพราะมาช่วยครอบครัวทำงานเหมา

(7) ปัญหาด้านสุขภาพ เกิดจากการนั่งทำงานไม่ถูกสุขลักษณะ ต้องทำงานจำเจ เป็นเวลานานโดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถ เป็นผลให้กินยาเอง เช่น ยาแก้ปวด ยากระตุ้นประเภท ยาม้าอ่อน ๆ (แอมเฟตตามีน) นำไปสู่ผลกระทบข้างเคียงและปัญหาสุขภาพจากสารเคมีที่มาเกี่ยวกับวัตถุพิษ ซึ่งรัฐบาลควรให้การอบรมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเข้าใจและความรู้ด้านโรคจากการทำงาน เพื่อช่วยแนะนำให้แรงงานปฏิบัติงานให้ถูกต้อง เป็นการปรับปรุงสุขภาพโดยไม่ต้องใช้ยาโดยไม่จำเป็น (ผาสุก พงษ์ไพจิตร ในรายงานการสัมมนาทางออกของผู้หญิงภาคเหนือ ในแรงงานนอกระบบ, 2537, หน้า 1-5)

นอกจากนี้ งานที่เกี่ยวข้องกับการจักสานภาชนะต่าง ๆ การแกะสลัก การทำครกสากหิน ฯลฯ มีโอกาสได้รับอันตรายสูง เพราะจะถูกของมีคมบาดหรือแทง หรือก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการทำงานได้ ซึ่งจะเป็นโรคโดยไม่ทราบสาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดโรค เช่น งานทำครกและสากหิน เพราะจะมีฝุ่นหินเป็นจำนวนมาก เมื่อสูดดมเข้าไป และสะสมนานวัน จะทำให้เกิดโรคปอดอักเสบและเสียชีวิตในที่สุด ส่วนใหญ่ จะไม่ใช้หรือสวมใส่เครื่องป้องกันอันตราย ทั้งนี้ เพราะความไม่รู้ ความไม่สะดวกในการทำงาน และความยากจน เมื่อประสบอันตรายจะต้องช่วยเหลือตนเอง มีเพียงส่วนน้อยจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้ว่าจ้าง ในรูปของเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านถวายเป็นอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานีอนามัยตำบลขุนคอง และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะทำการซักประวัติก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งพบว่าการเจ็บป่วยของแรงงานเกี่ยวข้องกับลักษณะการทำงาน และแรงงานเหล่านี้ ไม่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในขณะที่ทำงาน

(8) สภาพการทำงาน จะอยู่ในที่อยู่อากาศ หรือบริเวณรอบ ๆ ที่อยู่อากาศ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ไม่ได้จัดไว้เป็นระเบียบ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการทำงาน และเกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

(9) วันทำงาน เวลาทำงาน และวันหยุดงาน ไม่มีการกำหนดไว้แน่นอน ซึ่งงานที่ทำอาจทำเป็นอาชีพหลักหรืออาชีพรอง เพื่อผลทางเศรษฐกิจของครอบครัว จากสภาพดังกล่าวอาจมีผลเสียต่อสุขภาพของร่างกาย เพราะผู้ทำงานบางส่วนจะทำงานโดยไม่มีวันหยุด และใช้เวลาพักผ่อนเพียงเล็กน้อย (วาย.เอ็ม.ซี.เอ. สันกำแพงและมูลนิธิพัฒนาสตรีภาคเหนือ, 2537, หน้า 42)

จากการอภิปรายสรุปปัญหาของแรงงานนอกระบบ ในการสัมมนา ทางออกของผู้หญิงภาคเหนือ ในแรงงานนอกระบบ (วาย.เอ็ม.ซี.เอ สันกำแพงและมูลนิธิพัฒนาสตรีภาคเหนือ, 2537, หน้า 28-29) พบว่าความต้องการเร่งด่วนของผู้หญิงที่ทำงานนอกระบบ อันดับแรก คือ ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือด้านสวัสดิการในกรณีเจ็บป่วย เช่นการประกันสังคม เนื่องจากแรงงานนอกระบบต้องช่วยเหลือตัวเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน

ผลกระทบของการประกอบอาชีพอุตสาหกรรมหัตถกรรมไม้แกะสลักที่มีต่อสุขภาพ

การประกอบอาชีพของประชาชนในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ประสบกับปัญหาด้านอาชีวอนามัยมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่รับเทคโนโลยีจากประเทศที่พัฒนาแล้วมาใช้โดยตรง ไม่มีการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาให้เหมาะสมกับประเทศของตน อีกทั้งเกิดจากรัฐขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้ มีการใช้สารเคมีเป็นพิษที่เลิกใช้ในประเทศพัฒนาแล้วกันมาก (วิทยา อยู่สุข, 2527, หน้า 5) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสำคัญต่อสุขภาพผู้ทำงานเช่นกัน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภทคือ

- 2.1. ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ความร้อน แสง เสียง ความสั่นสะเทือน รังสี ฯลฯ
- 2.2. ปัจจัยทางเคมี ได้แก่ สารเคมีชนิดต่าง ๆ ที่ใช้เป็นวัตถุดิบหรือผลผลิตหรือของเสียที่ต้องกำจัด ซึ่งอาจอยู่ในรูปของก๊าซ ไอ ผุ่น พุ่ม ควั่น ละออง หรือของเหลว เช่น สารตัวทำละลาย (Solvents) ต่าง ๆ
- 2.3. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิ สัตว์อื่น ๆ ผุ่นพืชต่าง ๆ

2.4. ปัจจัยทางเออร์โกโนมิกส์ (ergonomics) เช่น งานที่เร่งรัดต้องทำงานแข่งกับเวลา การทำงานเป็นผลัด การทำงานที่มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การทำงานที่จำเจ ซ้ำซาก อิริยาบถการทำงานที่ไม่เหมาะสม

และพบว่า การเกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกิดจากการทำงาน บางครั้งอาจจะใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น แต่บางครั้งอาจจะเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นเวลาหลายปี จึงจะเกิดอันตรายขึ้น อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริงนั้นในสถานที่ทำงานแห่งหนึ่งก็มักจะมีสิ่งแวดล้อมการทำงานอยู่หลายชนิด ดังนั้นอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบอาชีพนั้น ยังอาจจะ เป็นผลจากการผสมผสานของสิ่งแวดล้อมการทำงานหลายชนิดก็ได้ (ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล, 2533, หน้า 17-19) ดังเช่น การประกอบอาชีพอุตสาหกรรมหัตถกรรมไม้แกะสลัก ซึ่งมีขั้นตอนในการทำงาน เริ่มตั้งแต่งานแกะ งานเผา งานขัดคำออก งานป้อนวีลี่ งานเดินลาย งานติดกระจก งานทาสี งานปิดทอง งานแกะกระจกออก งานทำเก่า และงานขัดมัน ในแต่ละขั้นตอนผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญกับฝุ่น สารเคมีต่าง ๆ ที่ใช้เป็นวัตถุดิบ และปัจจัยทางเออร์โกโนมิกส์ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนี้

(1) อันตรายจากฝุ่น ฝุ่น คืออนุภาคเล็ก ๆ ของสาร สามารถเข้าสู่ร่างกายทางจมูก ในจมูกมีขนช่วยกรองฝุ่นเป็นด่านแรก และธรรมชาติได้สร้างสิ่งกีดขวางฝุ่นไว้แล้ว เช่น โพร่งจมูก ที่แคบ น้ำมูกที่หลั่งออกมาเคลือบเยื่อจมูก ทางเดินของลมหายใจที่แคบ ฝุ่นจึงเข้าถึงปอดได้ยาก แต่การสูดดมทุก ๆ วัน ทำให้สามารถเข้าถึงปอดได้ ดังนั้นการทำงานซ้ำซากอยู่ในบรรยากาศที่มีฝุ่น จึงเป็นสาเหตุสำคัญของสุขภาพ และไม่เพียงแต่จะมีฝุ่นเข้าจมูกเท่านั้น ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ก็มีฝุ่นปกคลุม ผม เปลือกตา ซอกเล็บ ส่วนของร่างกายที่ไม่ถูกปกปิดหรือปิดอย่างหลวม ๆ ก็มีฝุ่นเกาะได้ เวลาอากาศร้อน เหงื่อออก ฝุ่นที่เกาะอยู่จะรวมกับเหงื่อ อาจหลุดไปหรือเกาะแน่นเป็นเปลือกแข็ง ดังนั้นผลกระทบจึงมีหลายระดับ เช่น เกิดอาการคัน ระคาย อักเสบ เป็นแผล จนกระทั่งมีการอุดรูขุมขนและเกิดอักเสบขึ้นได้ ฝุ่นบางชนิดมีส่วนแหลมคม อาจฝังลึก และกัดผิวหนัง เช่น ไดโครเมท (dichromate) (สุชาติ ชินะจิต, 2525, หน้า 35) ฝุ่นโดยทั่วไป จะมีผลต่อร่างกายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิดของฝุ่น จึงมีการเรียกชื่อโรคปอดที่หายใจเอาฝุ่นจากบรรยากาศเข้าไปแตกต่างกัน โรคที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นเข้าไป มีดังนี้

(1.1) โรคปอดแข็ง (pneumoconiosis) เป็นโรคที่หายใจเอาฝุ่นที่เป็นชนิดฝุ่นอนินทรีย์ (Inorganic Dust) จะทำให้เนื้อเยื่อปอดเกิดการแข็งตัว (Fibrosis) ปอดเสียหายที่ในการทำงานไป ฝุ่นที่ทำให้เกิดโรคนี้อาจมีหลายชนิด โรคที่เกิดขึ้นจะเรียกชื่อตามชนิดของฝุ่นที่ทำให้เกิดโรคเช่น

(1.1.1) ซิลิโคซิส (Silicosis) เป็นโรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นทราย หรือฝุ่นซิลิกาเข้าไป อาการของโรคคือ หายใจลำบาก ต้องหายใจลึก ๆ ลั้น ๆ ปริมาตรปอดลดลง เหนื่อยง่าย อาจนำไปสู่การติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย

(1.1.2) แอสเบสโตซิส (Asbestosis) เช่น โรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นใยแอสเบสตอส (Asbestos) เข้าไป อาการของโรคคล้ายกับซิลิโคซิส แต่อาจตรวจพบได้เร็วกว่า

(1.1.3) บีสซินโนซิส (Byssinosis) เช่น โรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นฝ้ายปริมาณมากเข้าไปในปอด เส้นใยของฝุ่นฝ้าย จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อปอด สุดท้ายจะกระตุ้นทำให้เกิดเป็นภูมิแพ้ (Allergic Stimulation) อาการของโรคจะแสดงออกมาภายหลังจากที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นฝ้ายเป็นระยะเวลาหลายปี จนกระทั่งเป็นโรคอย่างถาวรคือ หลอดลมอักเสบ ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง

(1.1.4) โรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นอื่น ๆ เข้าไป เช่น ไม้ก้ำ โคลน ฝุ่นชอล์ก ฝุ่นอลูมิเนียม จะมีอาการเฉพาะตามสารที่หายใจเข้าไปสะสม

(1.2) มีปฏิกิริยาต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Systemic Reaction) เช่น หายใจเอาฝุ่นตะกั่ว แมงกานีส แคดเมียม พรอท ซึ่งเป็นสารเคมีที่เป็นพิษ เมื่อหายใจผ่านเข้าไปในระบบทางเดินหายใจเข้าไปในปอด และไหลออกสู่ระบบการไหลเวียนของโลหิต โดยมีน้ำเลือดเป็นตัวพาไป จะเข้าไปสะสมทำลายอวัยวะในบางส่วนของร่างกาย

(1.3) เกิดเป็นโรคภูมิแพ้ (Allergic Reaction) โดยการหายใจเอาฝุ่นบางชนิดเข้าไปแล้วไปเกิดการกระตุ้นที่เนื้อเยื่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไปสะสมอยู่ที่ผิวของระบบทางเดินหายใจจะทำให้ระบบทางเดินหายใจเกิดอาการแพ้ที่ขึ้นชั่วคราวชั่วคราว (วิทยา อยู่สุข, 2527, หน้า 23-26)

(2) อันตรายจากสารเคมี สารเคมีสำคัญที่ใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาชีพอุตสาหกรรมหัตถกรรมไม้แกะสลัก ประกอบด้วย เมธิลแอลกอฮอล์ น้ำมันก๊าด แลคเกอร์ ทินเนอร์ สี รักษ

(2.1) เมธิลแอลกอฮอล์ เป็นสารประกอบไฮโดรคาร์บอน (Hydrocarbon Compounds) ที่นำมาใช้ในงานอุตสาหกรรมเกือบทุกชนิด เพราะมีคุณสมบัติเป็นตัวละลายได้ดี เมธิลแอลกอฮอล์ ใช้เป็นตัวทำละลายผสมในเชลแลค ทินเนอร์ ถ้าสัมผัสบ่อย ๆ จะทำให้ผิวหนังอักเสบได้ (สุชาติา ชินะจิต , 2525 , หน้า 38) และสารประกอบไฮโดรคาร์บอนชนิดนี้เป็นอันตรายต่อระบบประสาทส่วนกลางอย่างมาก โดยการเข้าไปทำลายระบบประสาทส่วนกลาง (วิทยา อยู่สุข, 2527, หน้า 20-21) ทำให้มีอาการหน้ามืด ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ความจำเสื่อม เฉื่อยชา สมองง่าย (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2537, หน้า 58)

(2.2) ทินเนอร์ เป็นสารประกอบอินทรีย์เคมี ประเภทสารระเหย ในทางอุตสาหกรรมจะใช้ทินเนอร์ผสมสี ซึ่งเป็นอันตรายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย พิษระยะเฉียบพลันมักจะเกิดขึ้นทันทีหลังสุดคม ในระยะแรกจะทำให้มีความรู้สึกเป็นสุข ร่าเริง คีระเบา ตื่นเต้น ต่อมาจะมีอาการเหมือนเมาสุรา เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เดินเซ ตาพร่า มือสั่น พูดไม่ชัด (ประไพศรี ช่อนกลิ่น, หน้า 42) มีอาการระคายเคืองต่อเยื่อภายในปากและจมูก ตามีความไวต่อแสงมากขึ้น กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ในตอนแรกจะมีผลกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้นอนไม่หลับ ต่อมาจะมีฤทธิ์กดทำให้วังซึม หดสติ

พิษระยะเรื้อรัง เกิดจากการสูดดมติดต่อกันเป็นเวลานาน จนเกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย คือ

(2.2.1) ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีมึนงง เฉื่อยชา ซึม หงุดหงิดง่าย (สุธัญญา อริยประกาย ในบำรุง ศรีเปล่ง และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ, 2533, หน้า 36-40)

(2.2.2) ระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการไอ อืดอัด คัดหรือแน่นจมูก แสบจมูก หายใจไม่สะดวก (อภิรมย์ เวชภูติ ในบำรุง ศรีเปล่ง และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ, 2533, หน้า 41)

(2.2.3) ระบบโลหิต ทำให้เกิดโลหิตจางอะพลาสติก มีอาการซีด อ่อนเพลีย (นิภา สุวรรณเวลา และประพิน สุประดิษฐ์ ณ อยู่ธยา ในบำรุง ศรีเปล่ง และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ, 2533, หน้า 45-48)

(2.3) แลคเกอร์ เป็นสารประกอบอินทรีย์เคมี ประเภทสารละลาย เช่นเดียวกับทินเนอร์ นำมาใช้ในการขัดเงา เมื่อสูดดมติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะไขกระดูก ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง (วิทยา อยู่สุข, 2527, หน้า 20-21)

(2.4) สีย้อม เป็นสารเคมีมีหลายประเภท พวกแอนิไทคาย (Aniline dye) บางชนิดเป็นตัวทำให้เกิดมะเร็ง หรือในบางกรณี ตัวสีอาจไม่เป็นอันตราย แต่สารเคมีที่ใช้ในขบวนการผลิตและสารทำละลาย (Solvents) ที่ใช้ละลายสี เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น เบต้า เนฟทีลลามีน (B-Naphthylamine) และเป็นซิดิน (Benzidine) ที่ใช้ผลิตสีแมกเจนต้า (Magenta) และออรามิน (Auramine) ทำให้คนงานในโรงงานเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (สุชาติ ชินะจิต, 2525, หน้า 53) สารละลายชนิดเบนซีน และโทลูอีน ทำให้เกิดอันตรายในกลุ่มอาชีพช่างสี งานขัดเงา งานพ่นสี โดยมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ทำลายประสาท หน้าแดง หายใจช้า ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว โทลูอีนทำให้มีอาการปวดหัว อ่อนเพลีย เติมน้ำ ง่วง เคืองตา เสพติดทำให้เคลิบเคลิ้ม (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2537, หน้า 60) การได้รับสารพิษในสีโดยทันที จะมีอาการระบบประสาทผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ วิงเวียน ง่วงซึม (ภัทรทิพา กาญจนคุหะ, 2531, หน้า 78)

(2.5) รัก รักได้มาจากการเจาะต้นรักเพื่อเอายางรักมาผสมและทาวาสต์ ให้ความสด เป็นสีค่าเงางาม มีพื้นผิวหน้าเรียบและมีความคงทนต่อน้ำ ความชื้น ความร้อน และสารเคมี เป็นอย่างดีทางอุตสาหกรรม ใช้รักทาสีพระพุทธรูปปั้นหรือแกะสลักต่าง ๆ และสิ่งของโดยทำให้เป็นสีดำมันเงามก่อน แล้วจึงปิดทองให้เกิดลวดลายสวยงาม ที่เรียกว่า "ลงรัก ปิดทอง" ในยางรักนั้น มีสารเรซิน (Resin) ซึ่งเป็นยางไม้ที่ไม่ละลาย มีคุณสมบัติเป็นกรด คือกรดอูรูซิก (Urusic acid) (ทองแผนงาน กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม, 2521, หน้า 24-26) ซึ่งเป็นอันตรายต่อผิวหนัง ทำให้เกิดผื่นคัน ผิวหนังอักเสบ

(3) อันตรายจากปัจจัยเออร์گونอมิกส์ ได้แก่

(3.1) การเกิดความเครียด หรือรู้สึกเบื่อหน่ายต่องาน โดยทั่วไปจะเกิดจากการทำงานที่ซ้ำซาก บรรยากาศการทำงานที่ตึงเครียด ค่าจ้างที่ต่ำ ฯลฯ ปัญหาที่ก่อให้เกิดผลเสียมากมาย เช่น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเป็นโรคประสาท เกิดการติดสุรา และสารเสพติด

(3.2) เกิดการเจ็บป่วยจากอิริยาบถการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำงานที่เร่งรีบติดต่อกันวันละหลาย ๆ ชั่วโมง ไม่มีเวลาหยุดพักอย่างเหมาะสม ก็อาจเกิดอาการปวดหลัง เพราะหน่วยที่ทำงานไม่เหมาะสม และเป็นโรคนี้ว้แข็ง เหยียดนิ้วลำบาก ปวดเจ็บท้องแขนเมื่อใช้นิ้วกด เป็นต้น

(3.3) การเกิดความกดดันจากสภาพงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำงานเป็นผลัดหรือเป็นกะ ที่นอกเหนือจากเวลาปกติ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเสื่อมโทรม

(3.4) การเกิดอุบัติเหตุจากปัญหาจิตวิทยาสังคม หมายถึง งานบางอย่างที่มีความซ้ำซากจำเจและเร่งรีบ นอกจากจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายแล้ว อาจจะทำให้เกิดการทํางานผิดพลาดขึ้นได้ในรูปของอุบัติเหตุ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (Health related behavior) ของบุคคลตามแนวคิดของ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966, p.246) มี 3 ประเภท คือ

3.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

3.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

3.3 พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior)

3.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ และเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ ฯลฯ

3.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม

3.3 พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จัดเป็นพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น อาจเริ่มด้วยการเฝ้าสังเกตอาการโดยไม่ทำการรักษาเยียวยาใด ๆ หรือทำการรักษาพยาบาลตนเอง หรือไปรับบริการการรักษาพยาบาลตามแหล่งต่าง ๆ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองของบุคคลนั้น ๆ และมีปัจจัยหลายประการมาเกี่ยวข้องด้วย อาทิ ความเชื่อ ความรุนแรงของอาการป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความสะดวกต่าง ๆ ฯลฯ (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ ในพิมพ์วัลย์ ปรีตาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ, 2530, หน้า 213-214)

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังที่ไคลแมน (Kleinman, 1980) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามแนวคิดของนักสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย ๆ 4 ระดับ คือ (Dean, 1986, pp.275-284 อ้างใน มัลลิกา มติโก ในพิมพ์วัลย์ ปรีตาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ, 2530, หน้า 12-14)

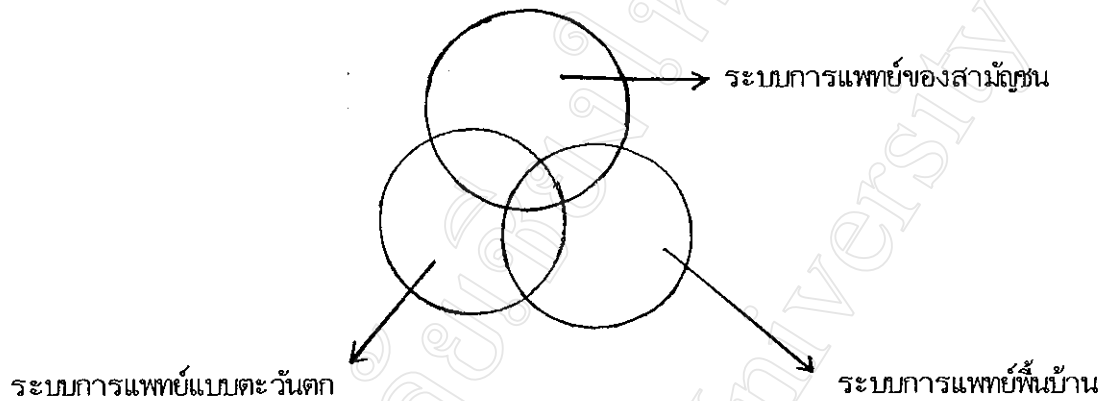
- (1) การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)
- (2) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)
- (3) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)
- (4) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำการสิ่งใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น

ส่วนการกระทำสิ่งใด ๆ นั้น มีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชน จากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างพอเพียง บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ 1) การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ 2) การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยากินเอง การใช้ยากกลางบ้าน 3) การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด การลดสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก เป็นต้น 4) การตัดสินใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้พัฒนามาตั้งแต่แนวความคิดเชิงทฤษฎีของพาสัน (Parsons, 1951) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์รุ่นบุกเบิก จนมาถึงพัฒนาการระยะที่ 3 : An Ethomedical Model โดยไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ที่ศึกษาพบว่าระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคม เปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้น ทั้งนี้ เพราะปรากฏการณ์ของโรคร้ายไข้เจ็บเกิดขึ้นในทุกสังคม การตอบสนองของชุมชนต่อโรคร้ายไข้เจ็บ จึงออกมาในรูปของการจัดระเบียบทางสังคม ทำให้เกิดเป็นระบบวัฒนธรรมย่อย เรียกว่า ระบบบริการสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุขของสังคมหนึ่ง ๆ จึงหมายถึง ระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) อันเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด 2) ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional Health Sector) และ 3) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Care) โดยทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง มีความสัมพันธ์กัน และดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม ดังแบบจำลองต่อไปนี้



1) ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector)

เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 4 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวผู้ป่วย 3) ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูงในที่ทำงาน 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน เมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้น ผู้ป่วย ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคมจะรับรู้ และตีความอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามระบบความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความรุนแรงของอาการซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาเยียวยา ตลอดจนขั้นตอนในการรักษา เช่น อยู่เฉย ๆ เพื่อรอดูอาการ ถ้ายังไม่หาย จึงจะทำการรักษา ซื้อมากินเอง หรือไปหาผู้รักษา 93 % ของการเจ็บป่วย จึงเป็นการรักษากันภายในครอบครัว โดยผู้ป่วยและเครือข่ายสังคม ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (Professional Health Sector) โดยทั้ง 3 ระบบนี้ มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม กล่าวคือสามัญชนเรียนรู้ที่จะรักษาโรคจากวิธีของแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนปัจจุบัน

จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา นอกจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ระหว่าง
 สามัญชนกับแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ยังเกิดระหว่างบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบการแพทย์สามัญชนเอง
 กล่าวคือ เมื่อบุคคลใดในชุมชนประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยหมอแผนปัจจุบัน หรือหมอพื้นบ้าน
 ก็ตาม ย่อมจะได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้และวิธีการรักษาโรคในแบบนั้น ๆ มา ก็มักจะแนะนำต่อ
 ญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันต่อ ๆ ไป วิธีการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยของ
 บุคคลจึงมีได้หลากหลาย ตั้งแต่การดูแลรักษาตนเอง การใช้ยาสมัยใหม่ หรือการใช้วิธีการรักษา
 แบบพื้นบ้าน

2) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Care)

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่รูปแบบของ
 วิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ
 ไสยศาสตร์ และแบบที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น ใช้สมุนไพร ในทางปฏิบัติมักจะ
 ผสมผสานวิธีการทั้ง 2 แบบ และมีการรับเอากระบวนการความคิดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและ
 แบบสามัญชนผสมผสานกับระบบความคิดแบบพื้นบ้านด้วย

3) ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (Professional Health Sector)

ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง การแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัด
 องค์กรที่เป็นทางการ มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะมีวิทยาการการแพทย์ขั้นสูง และมี
 เวชปฏิบัติในรูปแบบของระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์แบบตะวันตก เช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ

ระบบการแพทย์แต่ละส่วนจะมีบทบาท และความสัมพันธ์ในกระบวนการการรักษาที่
 แยกกัน ขณะเดียวกันแต่ละส่วนก็สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (ลือชัย ศรีเงินยวง ในมัลลิกา มติโก
 บรรณธิการ, 2534, หน้า 45) ฉะนั้น ในสังคมที่มีการแพทย์หลาย ๆ ระบบ พฤติกรรมการดู
 แลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนจึงมีหลายแบบ ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อใน
 เรื่องสาเหตุของการเกิดโรค (ปรีชา อุบายสิน, 2533, หน้า 18-19)

เนื่องจากประชากรเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ ถ้าหากประชากร
 ในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่ดี ย่อมหมายถึง การมีแรงงานที่แข็งแรง ในการพัฒนาเศรษฐกิจและ
 สังคมของประเทศ ดังนั้น รัฐบาลจึงได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จาก

การแพทย์แผนโบราณในอดีต ให้เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อการแก้ปัญหาและยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนในสังคมให้สูงขึ้น โดยการผลิตแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขประเภทอื่น ๆ จำนวนมาก เพื่อกระจายสู่ชุมชนในชนบท แต่การแพทย์แผนโบราณก็ยังมีได้สูญหายไปจากสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะมิได้รับการสนับสนุนจากรัฐในด้านการพัฒนา (อรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ, 2523, หน้า 1-3) และปัจจุบันก็ยังพบว่าแบบแผนการรักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยมีหลากหลายลักษณะ เบนจ่า ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล (2529, หน้า 41) กล่าวสรุปไว้ว่า การรักษาพยาบาลของประชาชนในหมู่บ้านภาคเหนือ ของประเทศไทย จะมีอยู่หลายลักษณะ หลายแบบแผนด้วยกัน การรักษาตัวขั้นแรกนั้น เป็นการรักษาตนเอง กล่าวคือ ประชาชนในหมู่บ้านจะซื้อยาจากร้านขายยา ร้านขายของชำในหมู่บ้าน หรือที่ร้านอาสาสมัครสาธารณสุข และถ้ากินยาที่ซื้อมานั้นยังไม่หาย ก็จะรักษากับหมอฉีดยาตามบ้าน หรือถ้าเป็นผู้ที่มีฐานะดี จะไปรักษาที่คลินิกเอกชน เนื่องจากบริการรวดเร็วไม่เสียเวลานาน ถ้าอาการป่วยหนักจึงจะไปรักษาที่ โรงพยาบาลจังหวัด การเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากเสียเวลารอนาน

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลย่อมมีพฤติกรรมบางอย่างเป็นการตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น อาจเริ่มด้วยการเฝ้าสังเกตอาการโดยไม่ทำการรักษาเยียวยาใด ๆ หรือการรักษาพยาบาลตนเอง ทั้งนี้เป็นปฏิบัติการธรรมชาติที่ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองของบุคคลนั้น ๆ ตลอดจนบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดรอบข้างที่บางครั้งมีส่วนร่วมผลักดัน ให้บุคคลยอมรับว่าตนกำลังป่วย จำเป็นต้องรับการดูแลรักษา จากญาติหรือตนเอง ต่อเมื่อการดูแลพยาบาลตนเองไม่เกิดผล การแสวงหาบริการสุขภาพอื่น ๆ จึงติดตามมา ซึ่งบุคคลนั้นจะเลือกแสดงพฤติกรรมไปใช้บริการกับผู้ใด ที่ใด ย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการร่วมกัน อาทิ ความเชื่อ ทัศนคติ และความรู้เกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยของตนเกี่ยวกับสมมติฐานของโรค ความรุนแรงของอาการป่วย วิธีการรักษาที่ได้ผล ฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคมของตน บุคคลรอบข้างมีความคิดเห็นและส่งเสริมผลักดันต่อผู้ป่วยในทางหนึ่ง หรือขัดขวางเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรม การเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยไปในทิศทางใด ในชุมชนที่อาศัยนั้นมีบริการสุขภาพประเภทใด ชื่อเสียง ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข ตลอดทั้ง

คุณภาพของเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ก็มีส่วนในการกระตุ้นหรือยับยั้งการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย ระยะทางและเวลา รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไปยังสถานบริการสาธารณสุข ทักษะคติ-ประสบการณ์ที่มีต่อสถานบริการและบุคลากรสาธารณสุข ฯลฯ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ทั้งสิ้น (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ ในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ , 2530, หน้า 213-214)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ปัจจัยด้านประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

4.1 เพศ โอเร็ม (Orem, 1985, p.86) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคล และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การแสวงหาการดูแลรักษาสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพดีกว่าเพศชาย (Murry and Zentner, 1985, p.5 ; Pender, 1987, pp.66-67 ; Elizabeth 1977, p.1644B ; สุรีย์ จันทรมลิต และคนอื่น ๆ 2528, หน้า 31-45 ; เฉลา เพียรชอบ 2529, หน้า 47-50) สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ประดิษฐ์สาร (2535) ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพรดเตอร์ริค เอ เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977, pp.66-86) ศึกษาพบว่าเพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชายทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ดังนั้น เพศ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

4.2 อายุ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากอายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง โอเร็ม (Orem, 1985, p.255) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจะถูกพัฒนามากขึ้นตามวัย จากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด และจะลดลงหรือมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา แต่จากการศึกษาของภาวินี โภคสินจรรย์ (2538, หน้า 77) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกคินี ไชนิล (2536, หน้า 68) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยที่อาจจะมีผลหรือไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

4.3 ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เพนเดอร์ (Pender, 1982, pp.161-162) กล่าวว่า ฐานะเศรษฐกิจสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองที่ดีกว่าเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพหรือเมื่อต้องการการดูแลรักษา แต่จากการศึกษาของภาวินี โภคสินจารุญ (2538, หน้า 78) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับสมใจ ยัมวิไล (2531, หน้า 104) ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด ดังนั้น ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จึงอาจจะมีผลหรือไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ความเชื่อ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Jasmin and Trygstad, 1978, p.8) เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970, p.214) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไร ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่ความเชื่อ นั้น อาจจะถูกต้องตามข้อ

เท็จจริงหรือไม่ก็ตาม ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (สุมนสุเตชะ, 2530, หน้า 4)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long and Woods, 1983, p.127) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, หน้า 30)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาทดลองใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยการนำมาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค (preventive Behavior) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) แนวความคิดนี้ได้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ของเลวิน (Lewin's Field Theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior Theory) ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อผลดีให้เกิดแก่ตน และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ในปี ค.ศ. 1966 โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้นำทฤษฎีเหล่านี้มาอธิบายในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรค ว่าบุคคลที่สามารถปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้น ต้องมีความเชื่อดังต่อไปนี้ คือ 1) เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน และ 3) เชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้ว ก็สามารถลดความรุนแรงของโรคได้ (Rosenstock, 1974, p.330) ต่อมาในปี ค.ศ.1972 เบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีส่วนประกอบสำคัญดังนี้ (Becker et al., 1977, p.349)

(1) การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (perceived severity)

(2) ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา และคุณค่าของพฤติกรรมที่จะช่วยลดอันตรายจากโรค นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (perceived benefit)

(3) องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินหรืออื่น ๆ จะเป็นสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งที่มาชักนำ อาจเป็นการกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำจากภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จากนั้น เบคเกอร์ (Becker) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำเอาตัวแปรต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโดยมีตัวแปรที่สำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) บัณฑิตร่วมต่าง ๆ

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ จะเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเท่านั้น

(1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรค (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนะความเชื่อ ที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975, pp.17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงดังนี้ (1.1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป (1.2) ถ้าบุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อนจะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือโอกาสที่จะเป็นโรซ้ำอีก (1.3) ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรที่สูงขึ้นทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

การศึกษาของเบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker et al., 1978, p.272) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า มารดา

ที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดอาการจับหัด กลับซ้ำในบุตรของตนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ความร่วมมือในการรักษา และพบว่า อาการหอบหืดของผู้ป่วยเกิดขึ้นยิ่งบ่อยครั้งเท่าใด มารดา ของผู้ป่วยยิ่งให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นเท่านั้น ซึ่งความร่วมมือในการรักษาถือว่าเป็น ความจำเป็นต่อการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสภาพในการป้องกันไม่ให้เกิด ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และควบคุมให้สามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม รวมทั้ง แสวงหาความช่วยเหลือ เมื่อมีพยาธิสภาพหรือรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ (Orem, 1981, p.50 อ้างในสมใจ ยิ้มวิไล, 2531, หน้า 52) จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมีภาวะผิดปกติของสุขภาพ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) แม้ว่าบุคคลจะมีอาการรับรู้ ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวนั้น ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือ พฤติกรรม แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย การงาน ครอบครัว และบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่า จะหมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker, 1974, p.84) ซึ่งมัลลิกา มัติโก (2530, หน้า 13) กล่าวถึงเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย บุคคลจะมี พฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วย คือ 1) ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลย 2) ใช้ยารักษาตนเอง 3) การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา 4) การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข ส่วนยัง (Young) ได้กล่าวสนับสนุนปัจจัยที่นำไปสู่การเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อ เจ็บป่วยว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกวิธีการ หรือแหล่งการรักษาเยียวยา (พิมพวัลย์ ปริดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 79-82) ซึ่งสอดคล้องกับ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2522, หน้า 8) ที่กล่าวว่าสภาวะสุขภาพหรือความรุนแรงของโรคเป็น ปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อ เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแล ตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล

ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เลฟคอร์ต (Lefcourt) ได้อธิบายความหมายของ "Locus of Control" ว่า หมายถึง ระดับการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลว่า เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ซึ่งเขาสามารถควบคุมได้ หรือผลที่เกิดขึ้นนั้นไม่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมของตนเอง นั่นคือผลที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา (วิธิต ศิริสุข ในมัลลิกา มัติโก บรรณาธิการ, 2534, หน้า 84)

รอตเตอร์ (Rotter) ได้ทำการศึกษาในประเด็นนี้ จนตั้งขึ้นเป็นแนวความคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเอง ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยย้ำบทบาทของความคาดหวังและผลตอบแทน รอตเตอร์ (Rotter, 1966, p.1) การที่บุคคลมีพฤติกรรมการควบคุม ซึ่งความเชื่ออำนาจการควบคุมนี้มี 2 ลักษณะ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) รอตเตอร์อธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่ง จะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าเป็นไปในทางตรงข้ามก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง ความคาดหวังนี้เกิดขึ้นกับพฤติกรรมหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมอื่น ๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าพฤติกรรมของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความสามารถของตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับการเสริมแรง จะทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งที่ไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคชะตา ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบังคับทำให้เป็น ความเชื่อเช่นนี้ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เพนเดอร์ (Pender) กล่าวว่า ถ้าบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อว่า ศูนย์ควบคุมสุขภาพอยู่ภายในตน บุคคลนั้นจะมีความเข้มแข็งในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้หรือมีความเชื่อว่า ศูนย์การควบคุมสุขภาพอยู่ภายนอกตน ดังนั้น การรับรู้หรือความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1987) ต่อมา วอสตัน และคนอื่น ๆ ได้ดัดแปลงแบบวัดอำนาจภายใน-ภายนอกตน ให้เหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งวัด

ได้ 3 ด้าน คือ 1) ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of Control) 2) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (Powerful others locus of Control) และ 3) ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ (Chance locus of Control) (Wallston et al., 1978, pp.160-170) พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่สามารถใช้แบบวัดนี้ทำนายได้ คือ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค พฤติกรรมความเจ็บป่วยทางกายและจิตตลอดจนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (Strickland, 1992, pp.247-255) มีผู้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีอิทธิพลต่อภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ดังนี้ แมคโดนาลด์ และฮอลล์ (Macdonald and Hall, 1971, pp.338-343) พบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสามารถปรับตัว และเผชิญต่อภาวะความเจ็บป่วย หรือความพิการได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (Macdonald and Hall, 1971, pp.338-343) และพบว่า ผู้ที่สนใจต่อสุขภาพอนามัยของตนเป็นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง เนื่องจากคิดว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพอนามัยของตนได้ โดยเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตน (Richard and John, 1981, p.1147) นอกจากนี้ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ดังที่เฟเรส และคนอื่น ๆ (Phares et al., 1968, pp.402-405) พบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะแสดงให้เห็นถึงความเต็มใจที่จะรับการรักษาพยาบาล และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

1) การให้บริการโดยหน่วยงานของรัฐ 2) การให้บริการโดยหน่วยงานของเอกชน

7.1 การให้บริการโดยหน่วยงานของรัฐ

(1) ในเขตหมู่บ้านและตำบล มีสถานอนามัย ซึ่งโดยทั่วไปจะมีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่ 2-3 คน ทำหน้าที่ให้บริการด้านการสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก และให้การรักษาพยาบาล

โรคที่ง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากนัก ถ้าหากป่วยหนักหรือมากเกินไปเกินความสามารถ เจ้าหน้าที่จะส่งต่อไป ยังสถานบริการที่สูงกว่าขึ้นไป

โดยทั่วไปแล้ว ในตำบลหนึ่งจะมีสถานีอนามัยอยู่ 1 แห่ง รับผิดชอบดูแลรักษาสุขภาพคนทั้งตำบล สำหรับตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีสถานีอนามัยตำบลขุนคองที่รับผิดชอบดูแลรักษาสุขภาพ 8 หมู่บ้าน ซึ่งมีหมู่บ้านถวายเป็นอยู่ด้วย

(2) ในเขตอำเภอ มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ ที่มีเตียงรับคนไข้ได้ 10-60 เตียง มีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล และผดุงครรภ์อนามัยร่วมทำหน้าที่ให้บริการ สามารถให้การรักษายาบาลได้เกือบทุกโรค

ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีโรงพยาบาลอำเภอหางดง เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลโรคทั่วไป โดยไม่ได้รับผู้ป่วยไว้นอน (admit)

(3) ในเขตจังหวัดทุกจังหวัดจะมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดอยู่จังหวัดละ 1 แห่ง สามารถให้การรักษายาบาลผู้เจ็บป่วยได้แทบทุกโรค โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในระดับนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) โรงพยาบาลศูนย์ 2) โรงพยาบาลทั่วไป

จังหวัดเชียงใหม่มีโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่ริม และมีโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลศูนย์

(4) ในเขตกรุงเทพมหานคร จะมีโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม สภากาชาดไทย ทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลขององค์การ และรัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ตั้งอยู่เป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลเหล่านี้มักมีเครื่องมือที่ทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำอยู่มากมาย สามารถให้บริการได้ทุกระดับแก่ประชาชนทั่วไป

ดังนั้นสถานบริการด้านสุขภาพโดยรัฐจึงมีอยู่ 4 รูปแบบ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งร่วมกันดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนตามขั้นตอนของการรักษา ดังนี้ สถานีอนามัยจะเป็นสถานบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้เป็นแห่งแรก เมื่อเกินขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่จะดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ

โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาพยาบาลฟรี ในกรณีที่เข้ารับการรักษาต่าง ๆ ตามที่รัฐกำหนดไว้ พร้อมทั้งปฏิบัติตามขั้นตอนของการรักษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2539)

7.2 การให้บริการโดยหน่วยงานของเอกชน

- (1) โรงพยาบาล คือสถานพยาบาลที่มีเตียงรับคนไข้ไว้รักษาภายในโรงพยาบาลด้วย
- (2) โพลีคลินิก คือคลินิกแพทย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำมากกว่า 1 สาขา
- (3) คลินิกแพทย์ทั่วไป คือคลินิกของแพทย์ที่รับรักษาโรคทั่วไป มักมีแพทย์ประจำเพียงคนเดียว
- (4) สถานพยาบาลหรือสถานผดุงครรภ์ ดำเนินการโดยพยาบาลหรือผดุงครรภ์

สถานบริการของเอกชนเหล่านี้ อาจดำเนินการเป็นกิจการส่วนตัว หรือเป็นของสมาคม องค์กรต่าง ๆ ซึ่งมักคิดค่าบริการสูงกว่าของรัฐ เพราะไม่มีงบประมาณสนับสนุน แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังนิยมไปรับบริการ เพราะมักจะสะดวก รวดเร็ว และเป็นกันเอง มากกว่าสถานบริการของรัฐ (วิชัย โชควิวัฒน์ และคนอื่น ๆ , 2530, หน้า 183-187)

สำหรับอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีสถานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของเอกชน ในรูปของคลินิกแพทย์ทั่วไป จำนวน 4 แห่ง จึงเห็นได้ว่า อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีสถานบริการสุขภาพ ทั้งของรัฐและเอกชนจำนวนไม่น้อย ประชาชนในหมู่บ้านถาวจึงสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้หลายแห่ง โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

สุภาภรณ์ พุ่มพวง (2533) ได้จัดทำกรณีศึกษา แรงงานนอกระบบ : ตัดเย็บเสื้อผ้าห้องแถว กรณีศึกษาในภาคเหนือและภาคชนบท พบว่า เมื่อพิจารณาในด้านสุขภาพแล้ว ทั้ง 2 กรณีมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน จะส่งผลถึงสภาพร่างกายและจิตใจของคนงาน จากการที่ต้องทำงานวันละ 12-15 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย และระยะเวลา 6 วันในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งไม่แน่ใจว่าจะได้หยุดเหมือนกันหมดทุกร้าน การที่คนงานต้องทำงานที่ซ้ำซากจำเจ จากวันเป็นเดือน เดือนเป็นปี ร่างกายต้องสั่งสมความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ประกอบกับสภาพร้านที่ไม่เป็นระเบียบ สกปรกรกรุงรัง เสียงดังของมอเตอร์จักรที่คุณภาพต่ำ ฝุ่นละออง ความอับทึบ แสงสว่างไม่เพียงพอ

ความแออัดของสถานที่พักอาศัย การที่ต้องทำงานอยู่ในพื้นที่อันจำกัด ความไม่เหมาะสมของสภาพการทำงาน ท่ามกลางสภาวะแวดล้อมเช่นนี้ ก่อให้เกิดความเล็งอันตราย และโรคอันเนื่องจากการทำงานในระยะยาวมากขึ้น

อมรา พงศาพิชญ์ ได้ศึกษาวิจัย ผู้หญิงกึ่งงานรับเหมาในประเทศไทย (2534) โดยศึกษากิจการประเภทต่างๆ คือ (1) สิ่งทอ (2) ดอกไม้ประดิษฐ์ (3) แกะสลักไม้ (4) ร่ม (5) เจียรไนพลอย (6) ถนอมอาหาร (7) จักสาน (8) งานเหล็กประเภทอรัญญิก (9) อาหารทะเล และ (10) อื่น ๆ เช่น อิฐ รัง ปลุกกล้วยไม้ โดยการสัมภาษณ์ผู้รับจ้างและผู้ประกอบการหรือคนกลางในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ขอนแก่น นครราชสีมา ชลบุรี อยุธยา เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุราษฎร์ธานี และสงขลา ผลการศึกษาพบว่า คนงานส่วนใหญ่ มีทักษะระดับไร้ฝีมือและกึ่งฝีมือ เมื่อเริ่มทำงานในกิจกรรมแล้ว มักจะไม่เปลี่ยนประเภทของงาน เนื่องจากในแต่ละหมู่บ้าน มีกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจในลักษณะงานจ้างเหมาอยู่เพียงประเภทเดียวหรือสองประเภท ถึงแม้ว่าผู้ทำงานจะมีระดับการศึกษาต่ำ แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยรับการฝึกอาชีพหรือทักษะ พัฒนาการทางด้านทักษะเกิดขึ้นในช่วงของการทำงาน และเป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเองทั้งสิ้น

สถานที่ทำงานเป็นทั้งที่บ้านของตน หรือบ้านของผู้ว่าจ้างที่ไม่สามารถเอากลับไปทำที่บ้านได้คือ งานแกะสลัก งานทำร่ม เจียรไนพลอย ทำอิฐ หรือทำเครื่องใช้อรัญญิก เพราะต้องใช้เครื่องมือ และผู้จ้างจัดหาเครื่องมือให้ที่บ้านของผู้จ้าง มีผู้รับจ้างร้อยละ 5 ที่รายงานว่ามีไฟสว่างไม่พอ สถานที่คับแคบ หรือมีกลิ่นเหม็น ผู้รับจ้างในกิจการแกะสลัก เจียรไนพลอย และอาหารทะเล มีปัญหาเรื่องกลิ่นเหม็น เฉลี่ยในอัตราส่วนร้อยละ 15-50

ผู้รับจ้างส่วนใหญ่ มองไม่เห็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในการทำงานเนื่องจากอายุน้อย มีความอดทน และไม่กลัวอันตราย อย่างไรก็ตามผู้รับจ้างบางคนมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดศีรษะ หรือปวดตา โดยไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายแรงงานเพราะเป็นกิจการที่ไม่ได้จดทะเบียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยสภาพหญิงชายและการพัฒนา (2534, หน้า 104-105) เกี่ยวกับแรงงานสตรีภาคเศรษฐกิจนอกระบบ : งานศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่าแรงงานในเศรษฐกิจนอกระบบส่วนใหญ่อยู่ในสภาพที่ขาดสวัสดิการ ค่าแรงต่ำ ฯลฯ โดยที่ฝ่ายนายจ้างและรัฐบาลมิได้ให้ความสนใจดูแลเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่แรงงานเหล่านี้มีส่วนในการสร้างความเจริญให้แก่ประเทศอย่างมากมาย (ประมาณ 20-60 % ของผลิตภัณฑ์มวลรวม หรือ

(GNP) และลดความกดดันทางการเมือง โดยช่วยลดแรงปะทะระหว่างปัญหาการว่างงานกับรัฐบาลให้ลดลง แต่กลับปรากฏว่าแรงงานนอกระบบเหล่านี้ มิได้รับการดูแลจากรัฐบาลเท่าที่ควร ผลจากการศึกษาวิจัยหลายชิ้น พบว่า มีแรงงานหญิงจำนวนมากทำงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบและผู้หญิงเหล่านี้ต้องทำงานโดยปราศจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ทำงานเสี่ยงอันตราย เช่นงานก่อสร้าง หรืออันตรายจากนายจ้าง เช่น หญิงรับใช้ตามบ้าน นอกจากนี้ แรงงานบางกลุ่มต้องอาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม ซึ่งบั่นทอนสุขภาพอนามัย แรงงานเหล่านี้มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานไม่แน่นอน

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม (2529) ได้ทำการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และประชาชนในชนบทนครพนม พบว่า พฤติกรรมการรักษาโรคของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ร้อยละ 31.27 จะไปซื้อยากิน จากกองทุนและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 24.00 ซื้อยากินเองตามร้านขายยาทั่ว ๆ ไป ร้อยละ 30.75 ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยที่ใกล้ที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคนอื่น ๆ (2531) พบว่า การเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตรกรรมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.5 เลือกการรักษาพยาบาลตนเอง ด้วยการซื้อยามากินหรือใช้ยาเดิมที่มีอยู่ รวมทั้งการนอนพักรักษาตัว หากไม่ทุเลาก็จะแสวงหาการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ อาจจะเป็นแหล่งเดิมหรือแหล่งใหม่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุขชัย ศุภเวชกรกิจ (2534) ที่ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในการไปรับบริการอนามัยเมื่อเจ็บป่วยของชาวบ้านสันโปลง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ในด้านความรู้ในกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งรู้ว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะปรึกษาอาสาสมัครสาธารณสุข มีบางส่วนไปใช้บริการที่สถานอนามัย และซื้อยากินเอง ส่วนใหญ่รู้ว่าถ้าเจ็บป่วยมากต้องนอนพักเกิน 24 ชั่วโมง และจะไปใช้บริการที่สถานอนามัย โรงพยาบาล ส่วนด้านการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะ ไปซื้อยากินเอง ถ้าเจ็บป่วยมากจะไปโรงพยาบาล และการศึกษาของวันทนา

บัลลังก์โพธิ์ (2524) ก็ให้ผลสอดคล้องเช่นเดียวกันว่า ประชาชนในโรงพยาบาลอำเภอจะชื้อยา กินเองเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด ร้อยละ 57.5 และพบมากในกลุ่มผู้มีรายได้ระดับปานกลาง (1,000-3,000 บาทต่อเดือน) คือจะชื้อยา กินเองร้อยละ 35.0 ไปหาแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 14.2 ปล้อยไว้เฉย ๆ ร้อยละ 6.6 กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน จะชื้อยา กินเองร้อยละ 19.2 ไปหาแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 5 ปล้อยไว้เฉย ๆ ร้อยละ 2.5 ส่วนกลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือน พบว่าจะไปหาแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าชื้อยา กินเอง การปล้อยไว้เฉย ๆ มีน้อยที่สุด ร้อยละ 1.7 ตรงกับ กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์ (2531) ซึ่งได้ประเมินผลการใช้บริการ สาธารณสุข และงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดตาก พบว่าสมาชิกในครอบครัวจาก 210 ครอบครัว ไปรับการรักษา กับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 52.3 การรักษาที่คลินิกสูงเป็น อันดับหนึ่ง รองลงมาคือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล ที่เหลือส่วนใหญ่รักษาตัวด้วยการชื้อยา กินเองจากร้านค้าหรือร้านขายยา มีการชื้อยาที่กองทุนยาเพียงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 8.5 ส่วนหนึ่งไม่รักษา ร้อยละ 12.5 ที่ปล้อยให้หายเอง และพัฒนา สุจำนงค์ และคนอื่น ๆ (2532, หน้า 34-36) ให้ผลการศึกษากันเองเดียวกัน ในรายการวิจัยและประเมินผล การดำเนินงาน ของเทศบาลนครเชียงใหม่ 2528-2530 "การพัฒนาสาธารณสุข" พบว่าวิธีการรักษาโรคของ ประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วย นิยมไปรับการรักษาตามโรงพยาบาล และคลินิกแพทย์ร้อยละ 52.1 ชื้อยา กินเองและไปรับบริการจากโรงพยาบาลด้วย มีร้อยละ 31.7 ชื้อยาตามร้านขายยามา รักษาเอง ร้อยละ 13.9 ไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น ไปหาหมอเมืองหรือหมอพระ มีน้อย ไม่ถึงร้อยละ 1 ส่วนการไปใช้สถานบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข ของเทศบาลนครเชียงใหม่ มีร้อยละ 46.5 ไม่ไปใช้บริการร้อยละ 53.5 โดยให้เหตุผลว่า ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ที่อื่นอยู่แล้ว

ส่วนสมทรง ศุภศิลา ฌ นคร (2533, หน้า 51-60) ศึกษาสภาวะการดูแลรักษา สุขภาพแบบพื้นบ้าน พบว่า วิธีการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของชาวบ้านในชนบทอีสาน มีการพึ่งพา หมอพื้นบ้านโดยตลอด ทั้งโรคเรื้อรัง โรคจิตประสาท โรคในระบบต่าง ๆ และอุบัติเหตุ

จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน มีได้หลากหลาย วิธี ดังที่พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2530, หน้า 157-206) ศึกษาพบว่า 1) แบบแผน การดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยของชาวชนบทนั้น มีความซับซ้อนและใช้หลาย ๆ วิธีผสมผสานกัน

ในระดับบุคคลและครอบครัว ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยการดูแลตนเองก่อน ได้แก่การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย การปฏิบัติตัวโดยไม่ใช้ยา ในระดับชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้ยารักษาตนเอง ทั้งยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร การพึ่งพาระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรงพยาบาล สถานือนามัย คลินิก มีน้อยเพียงร้อยละ 2.3 ของจำนวนความเจ็บป่วยทั้งหมด 2) ชาวชนบทมีการรับรู้และมีระบบวิธีการจำแนกประเภทของโรค ความผิดปกติและเรียกชื่อโรคหรือความผิดปกติใน ๑ เป็นกลุ่มตามความเชื่อของตนเอง และ 3) แบบแผนพฤติกรรมการรักษา มี 6 แบบแผนดังนี้

- (1) การดูแลรักษาตนเองโดยตลอด
- (2) การดูแลรักษาตนเอง ———> การแพทย์แผนปัจจุบัน
- (3) การดูแลรักษาตนเอง โดยการแพทย์พื้นบ้าน
- (4) การดูแลรักษาตนเอง ———> การแพทย์พื้นบ้าน
- (5) การใช้วิธีรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน/พื้นบ้าน ———> ดูแลรักษาตนเอง
- (6) การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน

ชื่นชม เจริญบุษ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 302 ราย พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการคือ ลักษณะของความเจ็บป่วย (เล็กน้อย เรื้อรัง รุนแรง) และระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐ ในท้องถิ่น ส่วนปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ความเชื่อไสยศาสตร์ รายได้ และเพศของผู้ป่วยพบว่าไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการ

ส่วนแบงค์ (Bank) และคนอื่น ๆ (1973 : อ้างในอุทพงษ์ กุศลบุตร, 2532, หน้า 16) ศึกษาพบว่าความรุนแรงมีผลต่อการเลือกสถานพยาบาล คนไข้จะพิจารณาอาการของตนเอง และวินิจฉัยว่ารุนแรงพอที่จะทนได้เพียงใด และหากยอมรับว่าตนเอง มีบทบาทในฐานะคนไข้ เขาจะเข้าหาแพทย์อาชีพและกลายเป็นคนไข้ในที่สุด แต่จะหาใครที่ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ค่านิยม ความสะดวก เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ในด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพหรือแสดงพฤติกรรมความเจ็บป่วยต่าง ๆ ของประชาชนทั้งในลักษณะความเจ็บป่วยทั่วไป และเฉพาะโรค อาทิ เฟรดเดอริค และบุญเลิศ (Frederick A. Day and Boonlert

leoprapai) ได้ทำการศึกษารูปแบบการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อ พ.ศ. 2520 พบว่า ทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยทั่วไปและการวางแผนครอบครัว ประชาชนนิยมใช้บริการการรักษาจากร้านขายยามากที่สุด สำหรับสถานบริการของรัฐ พบว่า ในระดับสถานบริการในตัวจังหวัด คือ โรงพยาบาลจังหวัด มีผู้ไปใช้บริการมาก ในขณะที่แหล่งบริการระดับท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ มีอัตราการใช้บริการจากประชาชนในอัตราต่ำมาก ทั้งนี้อุปสรรคที่สำคัญที่สุด คือ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการของรัฐเหล่านี้ อุปสรรคอื่น ๆ ได้แก่ ชื่อเสียง ความสามารถของบุคลากร คุณภาพของเวชภัณฑ์ ตลอดจนอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ การประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเองของผู้ป่วยก็มีส่วนในการทำให้ชาวบ้านใช้บริการสุขภาพของรัฐในอัตราต่ำ เนื่องจากชาวบ้าน ประเมินว่าตนเองมีอาการป่วยไม่รุนแรง จึงเลือกวิธีที่สะดวกสบาย และมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ผล คือการซื้อยามาใช้เองจากร้านขายยา ซึ่งรวมทั้งร้านขายยาของที่จำหน่ายยาด้วย ต่อเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น จึงหันไปใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ และในกรณีเช่นนี้ ประชาชนก็นิยมไปใช้แหล่งบริการของรัฐ ในระดับจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มากกว่าจะใช้บริการของรัฐในท้องถิ่น ดังนั้นระบบการส่งต่อคนไข้ของรัฐจากระดับล่างขึ้นสู่สูง จึงไม่เป็นจริงเพราะประชาชนนิยมการข้ามขั้นตอนการบริการในระดับท้องถิ่นไป แม้แต่บริการสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขก็ได้รับความสนใจและใช้ประโยชน์จากประชาชนน้อย ด้วยเหตุผลคือ ไม่ค่อยยอมรับความสามารถของอาสาสมัครเหล่านี้ แต่กลับนิยมใช้บริการของหมอฉีดยาที่มีชื่อเสียงกิตติศัพท์ว่า รักษาเก่ง หายเร็ว เสียมากกว่า และหมอแผนโบราณและหมอต้าแยก็ยังคงมีบทบาทให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตชนบททางไกลความเจริญมากอยู่เช่นกัน

(Frederick and Boonlert, 1977 , pp. 41, 68,76,84,89-90, 91 อ้างในเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ ในพิมพ์ฉวีวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ บรรณธิการ, 2530, หน้า 218-219)

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย และการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเอง การให้บริการด้านสุขภาพโดยรัฐ ความเชื่อสาเหตุของการเกิดโรค ค่านิยม เครือข่ายทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ คือ เพศ อายุฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวซึ่งสามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ ดังนี้

