

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของคนงานชาวพม่าในโรงงานผลิตเปิดสด จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารหลักฐานต่าง ๆ โดยนักวิชาการที่มีชื่อเสียงหลายท่านได้นำเสนอเป็นผลงานทางวิชาการไว้ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยยึดหลักระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ เป็นหลัก แบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
- 2.4 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ จะทำให้นุชนมีความโน้มเอียงในการปฏิบัติตามความคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อ จึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อและความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงเสมอไป ซึ่งความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมา มีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาแบบแผนมโนทัศน์ เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลแบบแผนที่ได้รับ และมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถูกพัฒนาขึ้นโดย โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 2-3 อ้างถึงใน ปิยะนุช แก้วเรือง และอันพามร์ ศิริโต. 2551) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่า

สิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาการที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นเพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

- ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
- การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

จากทฤษฎีของโรเซนสต็อก (1974) ผู้วิจัยสรุปได้ว่า องค์ประกอบพื้นฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิต และการปฏิบัติจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค

Becker et al. (1975 : 12 อ้างถึงใน นันทิตา จุไรทัศนีย์. 2551) ได้ปรับปรุงความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มองค์ประกอบสิ่งชักจูงไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วม (Modifying factors) นอกจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค สรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Perceived susceptibility)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits)
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barriers)
5. สิ่งชักจูงไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action)
6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน Rotter (1966 : 20-25) ได้สรุปทัศนคติพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ในเชิงการรับรู้ในผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคล โดยแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้ คือ ความเชื่ออำนาจภายใน (Internal locus of control) หมายถึง การเสริมกำลังที่มีแหล่งมาจากความประพฤติและทัศนคติของบุคคลนั้น ๆ เป็นความคิดที่ว่าความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากความสามารถ ทักษะ หรือการกระทำของตนเอง บุคคลซึ่งมีความเชื่อภายในจะมีความกระตือรือร้น เมื่อประสบความล้มเหลวก็จะมีพยายาม เพื่อให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งการพัฒนาของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน Rotter (1966 : 20-25) ; Strickland (1977 : 259) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนจะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่บุคคลอยู่ในวัยเด็กและมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยและการเจริญเติบโตของเด็ก เด็กวัยก่อนเรียนจะมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมน้อยกว่า และจะรับรู้ว่าคุณค่าและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อตัวเขามาก เนื่องจากตนต้องพึ่งพาคนอื่นเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเด็กโตขึ้น จะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ขอบเขตของการควบคุมตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะจัดการกับตัวเอง โดยเริ่มเคลื่อนย้ายหรือชักจูง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม พัฒนาทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับคนบุคคลอื่น และเริ่มทำตนใหม่อิทธิพลต่อบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น โดยจะเปลี่ยนจากผู้ที่เคยรับความช่วยเหลือมาเป็นผู้ริเริ่มกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความกระตือรือร้น ว่องไว การที่เด็กมีการควบคุมตนเองได้ และรับรู้ว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นมาจากตัวเองหรือเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของเด็ก ดังนั้นการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนในวัยเด็กจะพัฒนาตามอายุ โดยเด็กจะมีความเชื่ออำนาจภายในเพิ่มขึ้นตามระดับอายุที่เพิ่มขึ้น และเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลได้รับความทุกข์และรู้ว่าตนไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเชื่ออำนาจภายนอกมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าเหตุการณ์นั้นดำเนินไปในทางดีและบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าต่าง ๆ ในชีวิต เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยชราบุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นความเชื่ออำนาจผู้อื่นจะสูงขึ้น (Crandall et al. 1965 : 328 ; ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล. 2555 : ออนไลน์)

จากทฤษฎีของ Rotter (1966) ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน มีส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป การที่จะเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลใดที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนหรือความเชื่อภายนอกตน นอกจากจะทำให้สามารถเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลแล้วยังสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อีกด้วย

ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล (2555 : ออนไลน์) พฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการชี้แนะโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs)

และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) ซึ่งความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรต่าง ๆ (Ajzen. 1991)

1. พฤติกรรม (Behavior หรือ B) ส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention หรือ I) หรือเรียกสั้น ๆ ว่า เจตนาเชิงพฤติกรรม (I) ของเขาที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2. เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention หรือ I) ได้รับอิทธิพลจากตัวกำหนด 3 ตัว คือ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior หรือ AB) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC)

2.1 เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior หรือ AB) เป็นการประเมินทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้น ๆ จัดได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรม (AB) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น

2.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าเป็นคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น หรือต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและทำตามด้วย

2.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังตั้งใจ เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น

จากทฤษฎีของ Ajzen (1991) ผู้วิจัยสรุปได้ว่า บทบาทความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทฤษฎีนี้จำแนกความเชื่อ เป็น 3 ประการ คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของการกระทำ (Behavioral Beliefs) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Control Beliefs)

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยคิดว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งการป้องกันและควบคุมการรักษาโรค สำหรับคนงานชาวพม่าจำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมีการดำเนินการของโรครุนแรงขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ตามหลัง โดยที่ผู้วิจัยมีความเห็นวาทะเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องภายหลังการเจ็บป่วยนั้นมีหลายปัจจัยด้วยกันผู้วิจัยได้นำแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker มาเป็นตัวกำหนด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และแรงจูงใจ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพองค์รวม กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข (2555 : ออนไลน์) กรมสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพที่ได้ผลดีที่สุด คือ การดูแลตนเองตั้งนั้นบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้คำแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพองค์รวมของตนเองให้ครอบคลุมทุกด้าน องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 4 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย (Physical dimension) มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) มิติทางสังคม (Social dimension) และมิติทางจิตตปัญญา (Spiritual dimension) ซึ่งมิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิตินี้ถือเป็นสุขภาพจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาพทางจิตตปัญญาจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิต และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดคล้องกันเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจิตตปัญญาเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะยึดกุมสุขภาพในมิติอื่น ๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและชุมชนหากขาดสุขภาพทางจิตตปัญญามนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริงขาดความสมบูรณ์ในตนเองมีความรู้สึกบกพร่องหากมีความพร้อมถึงสิ่งอันมีคุณค่าสูงสุดก็มีความสุขหรือสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่น มีความพิการหรือเป็นโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง

การดูแลตนเองในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991 : unpagged อ้างถึงใน ปิยะนุช แก้วเรือง และอันพามร์ ศิริโต, 2551 : 26) การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้สังเกตเห็นได้และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายในขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองเนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการ

ความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเอง มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

ในแนวคิดของโอเริ่มการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ Goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

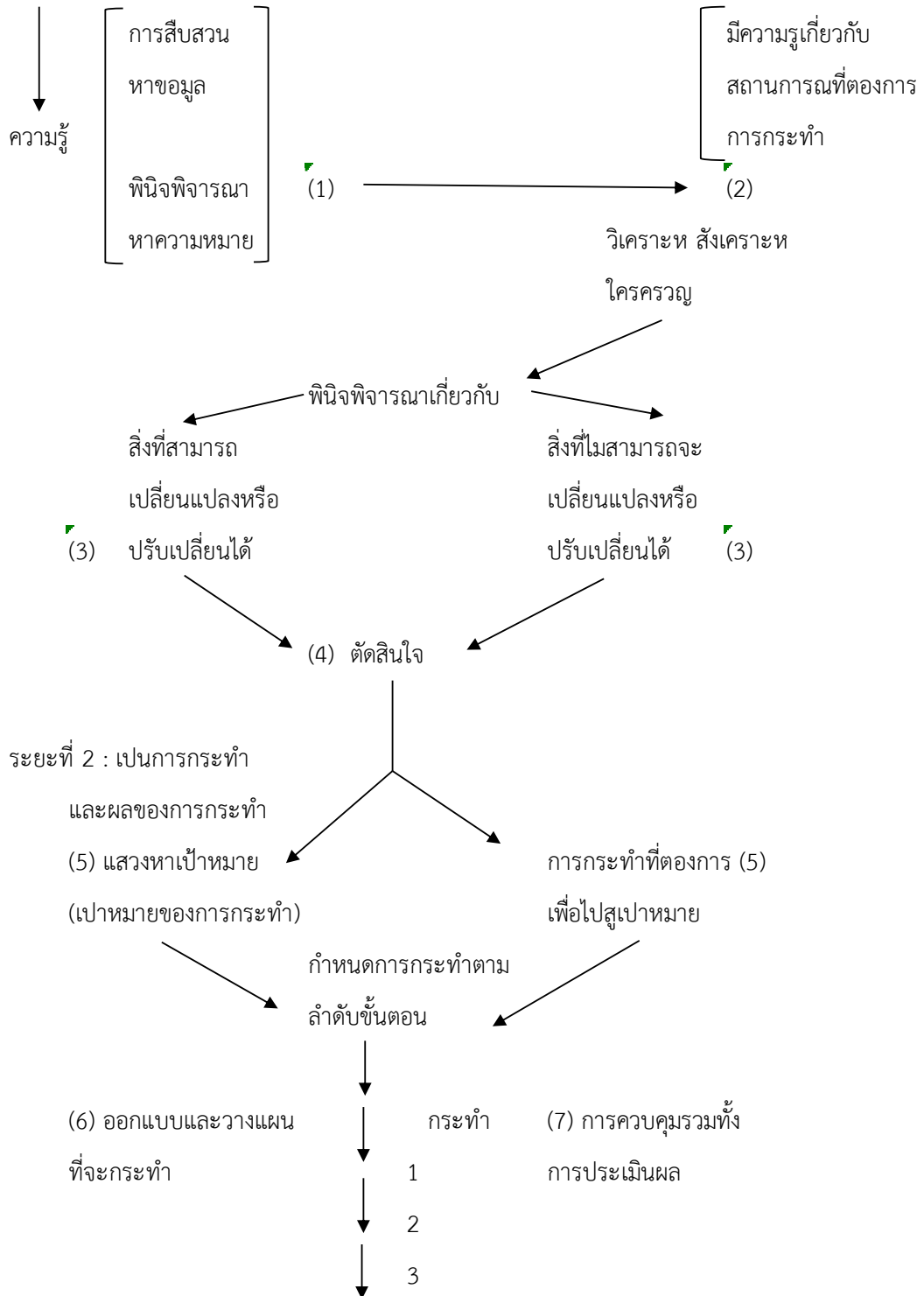
1. ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ
2. ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะดังปรากฏตามแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ระยะเวลาของการดูแลตนเอง

ระยะที่ 1 : การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้



ที่มา: สมจิต หนูเจริญผล (2537 : 25 อ้างถึงใน ปิยะนุช แก้วเรือง และอันฟามร์ ศิริโต. 2551 : 28)

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจนต้องการความรู้ ความคิดเห็น หรือการรับรู้ ความรู้สิ่งที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณา ตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวเพื่อกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

จากทฤษฎีของโอเร็ม (1991) ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

จากแบบพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยคิดว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเองเป็นการกระทำอย่างมีแบบแผนและมีความต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และยังมีป้องกันโรคเพื่อให้ดำรงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของตน และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคณงานชาวพม่าทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการสิ่งแวดล้อม การตรวจรักษาสุขภาพ และการจัดการความเครียดด้านจิตใจ

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล (2555 : ออนไลน์) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) Pender (2006 : 1-12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการ

คิดรู้ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลอง โดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อย ๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 นี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา และ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์หรือกิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

- 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)
- 2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action)
- 2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)
- 2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)
- 2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)
- 2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

จากทฤษฎีของเพนเดอร์ และคณะ (2006) ผู้วิจัยสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (เพศ รายได้ครอบครัว และระดับการศึกษาของบิดาและมารดา) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม เช่น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล (บิดา/มารดา เพื่อน และครู) และการรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์ (สถานที่จำหน่ายอาหาร ข่าวสารที่ได้รับ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารที่เหมาะสม) ต่อการบริโภคอาหารแบบจำลองของ Pender et al. (2006) สามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยนำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษาว่ามีตัวแปรใดบ้างที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคณงานชาวพม่า โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน 6 ด้าน คือ การบริโภคอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการสิ่งแวดล้อม การตรวจสุขภาพ และการจัดการความเครียด

รายละเอียดที่ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน มีดังนี้

1. การบริโภคอาหารและยา คือ รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายทุกวัน รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารเช้าในขนาดพอเหมาะรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วลิสงแห้ง เป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร อาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ลดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารที่มีโซเดียม หลีกเลี่ยงการดื่มสุรารับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันมะเร็ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรไปปรึกษาตามแพทย์สั่ง รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็น เท่านั้น

2. การออกกำลังกาย เป็นการทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังงาน เพื่อให้ร่างกายทั้งหมดหรือส่วนใดหนึ่งเกิดการเคลื่อนไหวหรือเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดการเคลื่อนไหวเพื่อให้อวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายพร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย ต้องค่อยเป็นค่อยไป แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณทีละน้อยจนร่างกายอยู่ตัว อย่างน้อยควรออกกำลังกายให้ได้ 20-30 นาที แต่ระวังอย่าให้เกินกำลัง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ขณะออกกำลังกายต้องปล่อยจิตใจให้วางเฉย อย่าคิดถึงเรื่องงาน หรือเรื่องไม่สบายใจ การออกกำลังกายในตอนเช้าดีที่สุด เพราะจะได้รับอากาศที่บริสุทธิ์และได้แสงแดดตอนเช้าซึ่งมีรังสีอัลตราไวโอเล็ตและห้ามออกกำลังกายหลังอาหารน้อยกว่า 4 ชั่วโมง

3. การพักผ่อนร่างกายและจิตใจ ต้องการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความเมื่อยล้าของร่างกายที่เกิดจากการทำงาน การพักผ่อนกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเปลี่ยนอิริยาบถการดู

รายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การทำงานอดิเรกต่าง ๆ การพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะทุกส่วนของร่างกายได้พัก

4. การจัดการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการกับที่พักอาศัยในการดำเนินชีวิต ให้มีอากาศถ่ายเท ได้สะดวก ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีเสียงรบกวน มีน้ำสะอาดบริโภค ทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและของใช้ มีที่ทิ้งขยะที่เพียงพอและเหมาะสม ทิ้งขยะเป็นประจำ การมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ในสถานศึกษา

5. การตรวจรักษาสุขภาพ เพื่อให้สามารถค้นพบโรคบางอย่างที่ซ่อนเร้นและยังไม่แสดงอาการ การตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะสามารถลดอัตราการป่วยและการตายของคนได้ เมื่อค้นพบอาการ หรือความผิดปกติ จะได้ทำการป้องกันและรักษาได้ในทันที บุคคลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปสภาพร่างกาย เริ่มเสื่อมถอย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จึงควรได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติ ของร่างกายและค้นหาโรคที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การตรวจฟัน สายตา ปอด เลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ วิธีการต่าง ๆ ในการตรวจสุขภาพประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6. การจัดการความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียด ย่อมกระทบกระเทือนต่อภาวะดุลยภาพ ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดภาวะดุลยภาพตามเดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียด การตอบสนองของ บุคคลมีลักษณะแตกต่างกัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตอบสนองได้อย่างเหมาะสมและกลุ่มที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม

6.1 กลุ่มที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม จะมีลักษณะ คือ บุคคลจะตระหนักว่าเขากำลังตกอยู่ใน ภาวะเครียด จะรู้ถึงสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและเข้าใจถึงความต้องการทั้งภายนอกและ ภายในสังคม ขณะเดียวกันก็ตระหนักเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการที่จะรับมือกับความเครียดนั้น หมายถึง การเข้าใจว่าอะไรกำลังดำเนินอยู่ สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็น การลดความต้องการภายนอก บุคคลจะค้นหาวิธีการที่จะขจัดสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนวิธีการไปสู่เป้าหมาย การตัดสินใจว่าอะไรสำคัญ เป็นอันดับแรกที่ต้องเลือกทำก่อน การจัดสรรเวลา การมีความกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น การกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อลด ความต้องการภายใน หมายถึง การใช้เวลาในการผ่อนคลายของร่างกาย การปรับเปลี่ยนลักษณะ การคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ การพยายามเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ผลของการตอบสนองต่อความเครียดที่เหมาะสม จะมีผลดีในระยะยาวความเครียดจะลดลงได้ด้วย ความพยายามของบุคคล นั่นเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น การพัฒนาทักษะใน การแก้ไขปัญหาทำให้มีสุขภาพดีขึ้น เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันของบุคคลที่มีผลต่อความเครียดในอนาคต

สำหรับการปฏิบัติเพื่อสร้างความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจสำหรับเผชิญความเครียด ได้แก่ การพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ การฝึกผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ เช่น การเดินเล่นอ่านหนังสือ กิจกรรมสันทนาการ การทำสิ่งที่สนใจและชื่นชม

6.2 กลุ่มตอบสนองที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้ตระหนักว่ากำลังตกอยู่ในภาวะเครียด แม้ว่าจะมีอาการทางกาย ทางจิตใจ และทางพฤติกรรมปรากฏเป็นสัญญาณให้รู้เพื่อการปรับตัวก็ตาม โดยไม่เข้าใจว่ากำลังเกิดขึ้น เข้าใจถึงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดลักษณะเช่นนี้มักมีการแปลความหมายของอาการเหล่านั้นน้อยอย่างผิด ๆ และแปลความหมายของสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปอย่างไม่สมเหตุสมผล มีการคาดหมายแต่เหตุการณ์ที่เลวร้าย เพื่อผลอันเลวร้ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตมีอาการทางกายซึ่งเป็นผลจากภาวะเครียดนั้นมากขึ้น ทำให้วิตกกังวลกับอาการเหล่านั้น ความวิตกกังวลก่อให้เกิดความวุ่นวายใจและความวุ่นวายใจก็ยิ่งทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะของอาการหลีกเลี่ยงต่อสภาพการณ์ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลจะปลีกตัวออกไปจากสังคม ก้าวร้าว กินเหล้ามากขึ้น ใช้จ่ายประสาธแบบผิด ๆ ติดยา มีปัญหาในที่สุดก็กลายเป็นคนป่วย ผลในระยะยาว คือ การสูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง และพัฒนาไปสู่ปัญหาที่สอง เช่น ความวิตกกังวลแบบกลัวอย่างรุนแรง การที่ต้องพึ่งพายา การติดสุรา การติดยา ต้องพบกับความเจ็บป่วยและมีอาการซึมเศร้า แต่แต่ละคนจะมีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันไป เช่น การแก้ปัญหาแบบวู่วาม การหนีปัญหา การตำหนิตนเอง การโยนความผิดให้ผู้อื่น การหาเหตุผลมาลบล้าง การตำหนิตนผู้อื่น และการพูดท้อไปวนมา

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร สามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ไปตามประสบการณ์และการขีดเลททางสังคม การให้ความหมายของการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดีด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่จะมีผลต่อสุขภาพตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัว

2.4 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัศมี สิทธิพันธ์ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของ

ภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วิราภานต์ ปิ่นสกุล และธนิดา ผาติเสนะ (2554 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานโรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ผลประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในส่วนของเส้นรอบเอวหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวลดลง

ศรัณยา เพิ่มศิลป์ และรุจิรา ดวงสงค์ (2555 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขารัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วันชัย สีหะวงษ์, วรสิทธิ ไหลหลัง และฤชอร วงศ์ภิรมย์ (2551 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว และกัมพูชาเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14 พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด ระดับคะแนนความรู้การป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ที่ปฏิบัติประจำมากที่สุดคือการนอนกางมุ้ง พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือการพ่นเคมีกำจัดยุง ประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา ในแต่ละกลุ่มอายุ และระดับความรู้ มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียแตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา มากที่สุด รองลงมาคือ ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง มีความสัมพันธ์ร่วมกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรณรงค์/สาธิตหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตัวของประชาชนที่ถูกต้อง และใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดน เช่น อาสาสมัครมาลาเรีย สถานีอนามัย เป็นต้น

จีระพรรณ ศรีหามิ, เรือน สมณะ และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2555 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและแรงสนับสนุนจากสามีที่มีต่อการป้องกัน และควบคุมมะเร็งเต้านมของสตรีวัย 35-55 ปี ตำบลจันทาร อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพของตนในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนจากสามี อยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง สรุปผลการจัดโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนจากสามีให้สตรีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มการตรวจมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

นันทิตา จุไรทัศนีย์, บัวทอง สว่างโสภาคกุล และสุรินทร์ นิยมางกูร (2552 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษาของผู้ป่วย และสิทธิการรักษาพยาบาล) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย (การเคยเป็นผู้ป่วยใน และจำนวนครั้งในการรับการรักษา) มีการดูแลตนเองแตกต่างกันและผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ส่วนด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น

สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมากการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเน้นการลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวาง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามแพทย์นัด

อาทร อุกคิต, วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์ (2551 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือปัจจัยนำได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคม ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตัวแปรทั้ง 5 ตัว

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติได้ร้อยละ 18.1 โดยการได้รับการฝึกอบรมสามารถอธิบายได้ร้อยละ 7.0 เพศสามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 สถานภาพทางสังคมสามารถอธิบายเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 4.6 การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.4 และสถานภาพสมรสสามารถอธิบายเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 1.1 ผลการศึกษาดังกล่าวควรส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมและการนิเทศงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องรวมทั้งสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีบทบาทหรือสถานภาพทางสังคมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล (2551 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ร้อยละ 25.9 และปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุคือ ปัจจัยกระตุ้นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และรายได้ จากผลการศึกษารั้งนี้การจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เหมาะสม มีการนัดผู้ป่วยมารับการตรวจต่อเนื่อง บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตนด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี สนับสนุนให้คนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นในควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และคำนึงถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ธรรธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านคือ การรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ และการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีรายได้และความพอเพียงของรายได้ แผลงที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ขอเสนอแนะควรให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือสถานีนอนามัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ อาทิ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และสภาพความพร้อมของร่างกาย เช่น รำไม้พลอง รำไท่เก๊ก เปตอง และมีการพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างกัน

กัญญารัตน จารุติลลกุล (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของประชาชนใน ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า 1) ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงระดับน้อยใน กิจกรรมทุกด้าน 2) ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของประชาชน คือ อายุ สถานภาพการสมรส วุฒิการศึกษา การเป็นสมาชิก กลุ่มทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของประชาชนคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน 4) ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของ ประชาชนที่พบมี 3 ตัว คือ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของประชาชน ได้ร้อยละ 17.2

ธาริณี กาญจนวัลย์ (2551 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ จากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายดานพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดานอบายมุข อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ดานโรคยา และดานอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนดานการผ่อนคลายความเครียด ดานการออกกำลังกาย และดานการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงและมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาเจตคติเป็นรายข้อพบว่าการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวันเป็น สิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัยการดูแลสุขภาพป้องกันและรักษาให้มีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ บุคคลทุกเพศทุกวัย และการรับประทานอาหารผักและผลไม้เหมาะสมสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย

สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา และวิภาวี คงอินทร์ (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถให้ข้อเสนอแนะต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติศาสนกิจและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมตลอดจนลดอุปสรรค ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสำคัญ

ชฎิล สมรมภูมิ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางป้องกันพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า 1) นักเรียนวัยรุ่นส่วนใหญ่

มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสีงต่ำ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 4 ปัจจัย ได้แก่ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การอบรมเลี้ยงดู การไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน และตัวแบบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ปัจจัยที่มี อิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผ่านความคาดหวังจากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสนับสนุนจากเพื่อนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทางอ้อมผ่าน ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทัศนคติ ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทางอ้อมผ่าน ความคาดหวังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี ความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 1 ปัจจัย ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวมีอิทธิพล ทางตรงต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทัศนคติต่อการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) แนวทางป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนวัยรุ่นใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้ประกอบการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ประกอบการหอพักในการป้องกันปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกฎหมายคุ้มครองเด็ก

พยุรัตน์ มีชัย (2557 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล ตนเองของประชาชนวัยกลางคน ในเมืองปากเซ แขวงจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อ พิจารณาแต่ละด้านคือ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคมกที่สุดอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค น้อยที่สุดสำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามลำดับ ค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย อันดับแรกคือ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการพัฒนาด้านปัญญา พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมด้านการ ออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านโภชนาการ และพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ตามลำดับ

วันวิสา รอดกล่อม (2555 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการของ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้ป่วยโดยเฉลี่ยมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เพศ รายได้ อายุ การสนับสนุน

ทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนอาชีพ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัมพวัน ศรีครุฑรานันท์ (2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ผลการศึกษา ครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการกำหนดแนวทางโดยส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ให้เหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปตัวแปรที่มีความชัดเจนใช้อธิบายความสัมพันธ์และพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่า ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการสิ่งแวดล้อม การตรวจรักษาสุขภาพ และการจัดการความเครียดด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการที่คนงานชาวพม่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ นับถือศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางการเงิน โรคประจำตัว บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย และทางเลือกเมื่อท่านเจ็บป่วย และความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้อุปสรรคของความเจ็บป่วย และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

จำแนกตามลำดับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวทางการวิจัย

แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตัวแปรอิสระ

