

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรม ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ คือ

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ
3. พฤติกรรมความเจ็บป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### 1. ความหมาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease , COPD) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินอากาศหายใจส่วนล่าง โดยประกอบด้วยโรค 2 ชนิด คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis ) และ โรคถุงลมโป่งพอง ( pulmonary emphysema ) โดยปกติทั่วไปมักพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกันซึ่งจะแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกโรคทั้งสองชนิดนี้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ชัยเวช นุชประยูร, 2539, หน้า 7)

#### 2. พยาธิสภาพ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพของความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจบริเวณหลอดลมใหญ่ (bronchus)ทำให้เกิดมีอาการไอมีเสมหะ และมีการอุดกั้นทางเดินอากาศ (airflow obstruction) โดยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในหลอดลมเล็ก (bronchiole) ทำให้เกิดอาการเหนื่อย (ชัยเวช นุชประยูร, 2542, หน้า 182) หลอดลม หรือ เนื้อปอด มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการทำลาย

ของผนังถุงลมปอดทำให้สภาพความยืดหยุ่นเสียไป หลอดลมตีบแคบลง การดำเนินโรคจะค่อยๆ เหวลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีอาการปรากฏ แต่ในระยะต่อมา เมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้นก็จะมีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อยและหายใจมีเสียงวี๊ด สำหรับผู้ป่วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังจะมีอาการไอเรื้อรัง ซึ่งมักจะเป็นมากในตอนเช้าและเสมหะมักมีสีขาว จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบว่าการเปลี่ยนแปลงภายในปอดจะขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดลมที่เป็นโรค ความรุนแรงและโรคแทรกซ้อน โดยถ้าเป็นที่หลอดลมใหญ่ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะปกติ แต่ถ้าเป็นกับหลอดลมเล็ก จะเห็นรอยโรคในปอดเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะแถวปอดส่วนล่างอาจเห็นหลอดเลือดแดง พัลโมนารีไฮโด หัวใจโต ในบางรายอาจเห็นจุดเงาเล็กๆ กระจายทั่วๆ ไปเป็นหย่อมเล็กๆ หรือเป็นแผลเป็น (scar) ในรายที่เป็นมากๆ หรือมีโรคถุงลมโป่งพองแทรกซ้อน จะพบปอดมี ลักษณะกระบังลมราบ เสาหัวใจลีบ รอยเส้นเลือดในปอดลดลง ลักษณะเช่นนี้ในโรคหลอดลม อักเสบเรื้อรังจะเห็นได้มากกว่าที่พบในโรคถุงลมโป่งพอง และลักษณะทางภาพถ่ายรังสีของโรคถุงลมโป่งพอง ที่ปรากฏดังกล่าวข้างต้นพบได้เมื่อโรคเป็นมากแล้ว ในขณะที่พยาธิสภาพยังมีน้อยภาพถ่ายรังสีมักจะปกติ (ชัยเวช นุชประยูร, 2542, หน้า 189) ถ้ามีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย เสมหะอาจจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวหรือสีเหลือง อาการหอบเหนื่อยมักเกิดขึ้นบ่อย แต่จะมีลักษณะ ค่อยเป็นค่อยไปและผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะหอบเหนื่อยโดยเฉพาะขณะที่มีการออกแรง มากขึ้น ผนังของหลอดลมบวม มีเสมหะในหลอดลม ผู้ป่วยจะไอเป็นพักๆ และอ่อนเพลียหลังออกแรง การที่มีถุงลมบางส่วนโป่งพอง บางส่วนแฟบ ทำให้การระบายอากาศในถุงลมไม่เท่ากัน การขยาย ของทรวงอกลดลงจากการอุดกั้นที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของหลอดลม มีอากาศขังอยู่ในปอด และ ทรวงอกจะขยายมากขึ้น มีการทำลายของเนื้อปอด และสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้ความดันในปอด สูงขึ้น หลอดลมแฟบ และกระบังลมเคลื่อนต่ำ ผู้ป่วยจะหายใจลำบากและต้องออกแรงมากขึ้น ขณะหายใจออก การยืดขยายของทรวงอกลดลง ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อคอ ไหล่ หน้าท้อง ต้องห่อปากหายใจออก เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น เมื่อการระบายอากาศในถุงลมลดลงอย่างมากและเป็นอย่างถาวร มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์และ ขาดออกซิเจน ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ยมากขึ้นและเป็นอย่างเรื้อรัง สถิติปัญญา ความคิด และการตัดสินใจ เลื่องลง ภาวะผู้ป่วยจะเลวลงเรื่อยๆ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงลง อาจเกิดภาวะหัวใจช็อกขาดล้มเหลว เนื่องจากการที่ความดันในปอดสูงขึ้น โดยมักพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจช็อกขาดล้มเหลวจะมีแรงดัน เลือดของหลอดเลือดแดงในปอดสูง คือมีค่าระหว่าง 25-50 มม.ปรอท นอกจากนั้นยังมีการทำงานของไต ผิดปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจบ่อย มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามมา ความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะเครียดต่างๆ ลดลง

### 3. สาเหตุ

สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันดังต่อไปนี้ (ลินจง โปธิบาล, 2539, หน้า 80)

3.1 การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีประวัติสูบบุหรี่มากมาเป็นเวลานาน เชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดเนื่องจากควันบุหรี่ จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม ซึ่งจะเป็นผลให้มีการขยายขนาดและเพิ่มจำนวนของต่อมเมือกต่างๆ ทำให้หลอดลมหดเกร็ง การเคลื่อนไหวของซีเลียสั้นลงหรือหยุดไป อีกทั้งควันบุหรี่ยังทำให้คุณสมบัติของสารเยื่อผิว (Surfactant) เปลี่ยนไป ทำให้ความตึงผิวของถุงลมลดลงจนหายใจเข้า ถุงลมมีโอกาสขยายตัวได้มากเกิดถุงลมโป่งพองตามมา

3.2 มลภาวะต่างๆ การสูดหายใจเอาสารเคมี หรือ ฝุ่นละอองเข้าไปในปอดนานๆ อาจทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

3.3 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดจะน้อยลง

3.4 พันธุกรรม ภาวะขาดสารอัลฟา-1-แอนติทริปซิน(alpha-1-antitrypsin) ซึ่งสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ สารนี้มีมากในปอดจะช่วยป้องกันการย่อยโปรตีน เมื่อขาดสารนี้จึงทำให้มีการทำลายของเนื้อปอดทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ตั้งแต่อายุยังน้อย

3.5 การติดเชื้อ เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเป็นการติดเชื้อจากแบคทีเรีย ไวรัส และอื่นๆ

3.6 ความผิดปกติในหลอดเลือดของปอด ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด และถูกทำลายได้ง่าย

3.7 ภาวะภูมิแพ้

### 4. การรักษา

หลักการใหญ่ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่ การแก้ภาวะตีบตันในหลอดลม กำจัดเสมหะ ลดการบวมของผนังหลอดลม และแก้ภาวะหดเกร็งของหลอดลมโดย

4.1 หลีกเลียงจากสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น ควันบุหรี่ ภาวะอากาศเป็นพิษ ให้ความชุ่มชื้นแก่ทางเดินหายใจเพื่อช่วยให้มีการขับเสมหะได้ง่ายขึ้น แพทย์อาจให้ยาขับเสมหะ เช่น สารละลายเข้มข้นของโปแตสเซียมไอโอไดด์ (Saturated Solution of Potassium Iodide : SSKI) หรือ แอมโมเนียมคลอไรด์ (Ammonium chloride) , แอมโมเนียมคาร์บอเนต (Ammonium carbonate) เป็นต้น นอกจากนี้ การไอที่ถูกต้องวิธีก็สามารถช่วยให้การขับเสมหะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในรายที่ผู้ป่วยไอมาก

แล้วมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นอาจจำเป็นต้องได้ยาระงับการไอ เช่น ยาพวกอนุพันธ์ฝิ่น เช่น โคเดอีน (codeine) หรือยาระงับไอประเภทไม่เสพติด เช่น เดกซ์โทรเมทโทเฟน (dextrometorphane) หรือ โนสคาปีน (noscipine) ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย

4.2 การแก้ภาวะการหดเกร็งของหลอดลม ทำได้โดยการให้ยาขยายหลอดลม ได้แก่ ทีโอฟีลลีนส์ (theophyllines) และ คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids)

4.3 การรักษาภาวะพร่องออกซิเจน ในผู้ป่วยที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำต้องระมัดระวังอย่างมากเพราะอาจทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ จึงต้องมีการเจาะเลือดหาระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ก่อนให้และหลังให้ออกซิเจน เพื่อจะได้ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

## 5. ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้

5.1 การเกิดภาวะการหายใจวาย (respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบการหายใจเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถรักษาระดับความดันของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงให้อยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งโดยทั่วไปถือเอาระดับความดันในหลอดเลือดแดงของคาร์บอนไดออกไซด์ ( $\text{PaCO}_2$ ) 50 มม.ปรอท (mm.Hg) หรือสูงกว่า และระดับความดันในหลอดเลือดแดงของออกซิเจน ( $\text{PaO}_2$ ) 60 มม.ปรอท (mm.Hg) หรือต่ำกว่าเป็นภาวะการหายใจวาย (สุชัย เจริญรัตนกุล, 2544, หน้า 825) ภาวะการหายใจวายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจเกิดขึ้นได้เมื่อโรคดำเนินไปจนถึงขั้นรุนแรง แต่ส่วนมากมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อของหลอดลม การอุดตันของเส้นเลือดในปอด เป็นต้น ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้เกิดภาวะการหายใจวายจากพยาธิสภาพที่เกิดที่หลอดลม อุดลม หรือเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ของปอด เนื่องจากการบวมของผนังหลอดลม การตีบแคบและหดเกร็งของหลอดลม และจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม เช่น ที่พบในโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคหอบหืด เชื่อว่าจะทำให้การกระจายของลมหายใจเข้าสู่ปอดไม่สม่ำเสมอ การถ่ายเทอากาศไม่ดี เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์หรือจากพยาธิสภาพที่อุดลม เช่น โรคอุดลมโป่งพอง ซึ่งมีการทำลายผนังอุดลม และ เส้นเลือดฝอย ทำให้มีความผิดปกติของเส้นเลือดที่มาสู่อุดลม จึงทำให้การไหลเวียนเลือดมาสู่อุดลมน้อยลง แม้การถ่ายเทอากาศภายในอุดลมจะปกติ แต่อากาศที่หายใจเข้าสู่ปอดส่วนนั้นจะ ไม่มีการแลกเปลี่ยน หรือมีการแลกเปลี่ยนได้น้อย เป็นการเพิ่มปริมาตรอากาศสูญเปล่า (dead space) เนื่องจากมีปริมาตรอากาศในอุดลมปอดสูงกว่าปริมาตรเลือดในเส้นเลือดที่ไหลผ่าน ถ้าอุดลมส่วนอื่นไม่สามารถ

ทำงานชดเชย หรือไม่มีการขับถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์ได้เพียงพอ โดยการหายใจให้แรงและเร็วขึ้น ก็จะทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ค้างได้ นอกจากนี้ภาวะที่ไหลเวียนอากาศในถุงลมบางส่วนน้อยลง หรือไม่มีเลย เช่น จากความผิดปกติของหลอดเลือดหรือถุงลมเอง แม้จะมีเลือดมาสู่ถุงลมนั้นอย่างพอเพียง แต่การแลกเปลี่ยนก๊าซในเลือดจะไม่เกิดขึ้น ทำให้มีระดับออกซิเจนต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์สูงได้เช่นกัน

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการหายใจวายเกิดขึ้น จะพบปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หลายอย่าง ได้แก่ เซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอซึ่งเป็นผลจากการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือปัญหาจากผลของการมีคาร์บอนไดออกไซด์ค้างในเลือด ซึ่งคาร์บอนไดออกไซด์ค้างอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรด-ด่างของเลือด หรือถ้าไม่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำร่วมด้วย ในรายที่มีคาร์บอนไดออกไซด์สูงมากในเลือดจะทำให้เกิดอาการง่วงซึม และอาจหมดสติได้

5.2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จากการที่มีภาวะล้มเหลวของการหายใจทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดงพัลโมนารีในปอด แรงต้านในหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น เป็นผลให้แรงดันในหลอดเลือดพัลโมนารีเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้นในเลือด และภาวะการหายใจมีความเป็นกรด (respiratory acidosis) อาจเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้แรงดันในหลอดเลือดพัลโมนารีเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักในการสูบฉีดโลหิตไปฟอกที่ปอด และหัวใจห้องล่างขวาโตขึ้นจนกระทั่งอาจล้มเหลวในที่สุด

จากผลของการมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานาน จะทำให้ร่างกายต้องพยายามช่วยตนเอง เพื่อให้เซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เลือดมีความเข้มข้นและหนืดมาก หัวใจห้องล่างซ้ายจะต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เมื่อเป็นเวลานานจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และอาจล้มเหลวได้ในที่สุด

นอกจากนั้น ยังอาจพบปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันตรายอาจทำให้ถึงตายได้ คือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่ การเต้นผิดจังหวะที่มีกำเนิดไฟฟ้าจากเอเทรียม ยิ่งถ้าผู้ป่วยได้ยาประเภทคาทีโคลามีน (catecholamine) และ อะมิโนฟีลลีน (aminophylline) อยู่จะยิ่งทำให้การเต้นผิดจังหวะของหัวใจเลวลง

## ความเชื่อด้านสุขภาพ

### 1. ความหมาย

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps, Long & Wood, 1983, p.127) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัว หรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534, หน้า 30) โรคิช (Rokeach, 1970, p.39) ให้ความหมายของความเชื่อว่า คือ ความรู้ที่ถี่ถี่นึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาได้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้ที่ถี่ถี่นึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2536, หน้า 40) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ที่ถี่ถี่นึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

### 2. แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมา มีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาถึงแบบแผน มโนทัศน์ เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้รับและมีผู้นามาใช้อย่างแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำ

หรือการปฏิบัติคนนั้นมีราคาไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติคน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าวเป็นแนวความคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock) และในเวลาต่อมาเบคเกอร์ (Becker) ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1966; Becker, 1974 cited in Strecher & Rosenstock, 1997, pp.42-43)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หากไม่ปฏิบัติเช่นนี้อาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ จากแนวความคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้มีการนำมาใช้ครั้งแรกโดย โรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock, et al, 1974 cited in Strecher & Rosenstock, 1997, p.42) เพื่ออธิบายปัญหาทางสาธารณสุขในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเลวินมาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ แล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maiman & Becker , 1974, p.20) กล่าวคือ บุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ว่า ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น และ เมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรง รวมทั้งมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตและในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอื่นๆด้วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้นการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

### 3. ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยที่เอื้ออำนวย หรือชักนำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าวมีส่วนประกอบดังนี้ (Rosenstock, 1974; Maiman & Becker, 1974, pp.21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินได้ว่าเกิดความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับ มีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกับอุปสรรคที่ขัดขวาง การปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น

3. บังคับที่ชักนำให้มีการปฏิบัติ (cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือ หนทาง ที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจาก สื่อมวลชน ต่างๆ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

#### 4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น ต่อมา มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้พยายามศึกษาและเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน เบคเกอร์(Becker) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นมาใหม่เพิ่มเติมจากที่โรเซนสตัดด์ได้ศึกษาไว้

ส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลาย ซึ่งมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 2 ตัวแปรใหญ่ๆ คือ ค่านิยมที่ตั้งไว้ของปัจเจกบุคคลที่มีต่อเป้าหมายและการคาดคะเนของปัจเจกบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman & Becker, 1974; Becker, 1990 p. 5) ตัวแปรทั้งสองได้นำมาใช้ในบริบทของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related behavior) โดยมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือถ้าอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยก็มีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีหายจากโรค 2) เชื่อว่าการปฏิบัติทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้ เช่น คาดคะเนว่าจะลดภาวะคุกคามของโรคได้โดยขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของแต่ละบุคคล



แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบดังนี้ (Becker, 1990, pp 8)

#### 4.1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility)

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับทราบการวินิจฉัยโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะแตกต่างกันไปจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไปในลักษณะดังต่อไปนี้

4.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลคุกคามต่อชีวิต บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ หรือ ไม่มีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

4.1.2 ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้น เคยเจ็บป่วยมาก่อน

4.1.3 ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ผลการศึกษาของการวิจัยที่ผ่านมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับการร่วมมือในการรักษา พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งรวมทั้งการกลับเป็นซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย การศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et.al., 1977, pp.348-368) พบว่าการรับรู้ของมารดา ที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสดังโรคต่างๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน จะมีความร่วมมือในการควบคุมอาหาร และการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531, หน้า 96) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่เป็น โรคมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 100 ราย ของกรณีการ์ เรือนจันทร์ (2535, หน้า 66) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกัน

#### 4.2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity)

ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง และจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Mikhail, 1981, pp.69) แต่ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงเกินไปหรือไม่มีความวิตกกังวลเลย อาจทำให้มีผลในทางลบได้

(Andreoli, 1981, p.327) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นยังไม่แสดงออกจนกว่าบุคคลจะต้องรับรู้ว่าเป็นอันตรายสามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม จึงจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น จากการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker, 1974) สรุปได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่างๆสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงเกินไป เนลสันและคณะ (Nelson, et.al., 1978, p.903) เสนอผลการศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530, หน้า 120) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง ในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดีและโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 รายโดยที่มารดาให้ความร่วมมือดีในการให้บุตรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตั้งแต่บุตรเริ่มเป็นโรค แต่ขัดแย้งการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531, หน้า 96) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

#### 4.3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตน (perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker et. Al., 1978) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะรู้ว่าโรคนี้อาจไม่สามารถหายไปเองได้ ถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้จากการรับประทานยา และการไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด สอดคล้องกับผลการศึกษา ของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534, หน้า 84) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยหรือคู่สมรสที่เป็นพาหะโรคตับอักเสบไวรัสบี ที่มารับบริการที่คลินิกตับอักเสบ ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดติดเชื้อ และคู่สมรสของผู้มาบริจาคเลือดที่ธนาคารเลือด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี

เช่นเดียวกับการศึกษาของกรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535, หน้า 66) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะรู้สึกสบายขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

#### 4.4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาของ (Becker & Maiman, 1975) พบว่า บุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอจะไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดวัคซีนนั้นยังไม่มีความปลอดภัย และบุคคลนั้นมีความกลัวความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายอันคณา จิราจินต์ (2530, หน้า 102) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรเมื่ออุจจาระร่วง เช่นเดียวกับการศึกษาของปรีศณี ศรีวิชัย (2540, หน้า 61) ที่ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 75 ราย พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาชาวเขาเผ่าม้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534, หน้า 86) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี

#### 4.5. ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action)

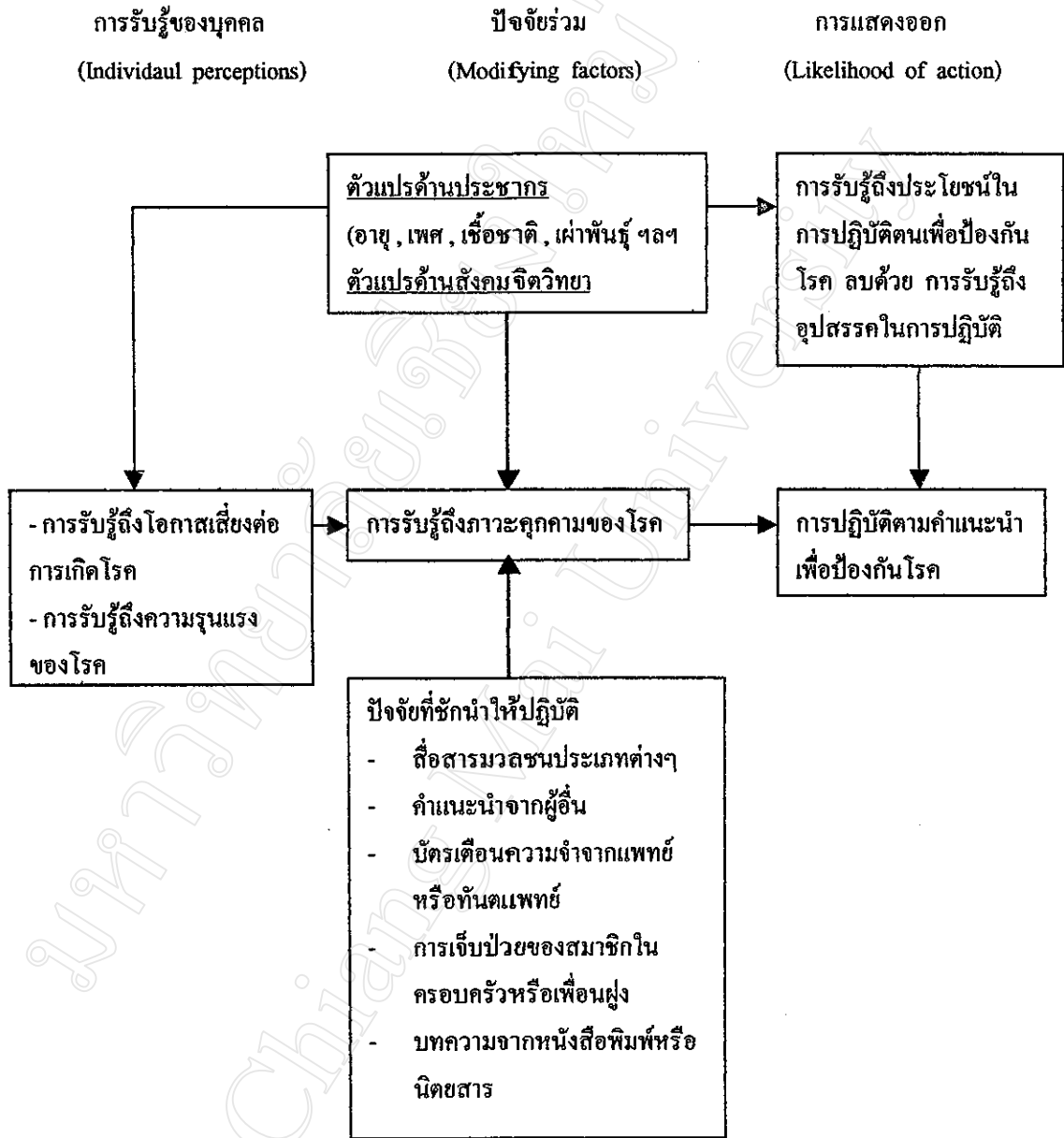
สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ที่มีได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเอง หรือการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชนประเภทต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น หรือการได้รับบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าความพยายามในการศึกษาปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ เพื่อใช้ทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพนี้ยังมีน้อย

#### 4.6. ปัจจัยร่วมอื่นๆ (other variables)

ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยา ตรงตามแผนการรักษา การยินยอมในการตรวจรักษา เป็นต้น รวมถึงโครงสร้างและปัจจัยทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปจากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นเป็นแนวคิดตามโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่เบคเกอร์สร้างขึ้นใหม่ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดย M.H. Becker, R.H. Drachman, J.P.

Kirsoht, 1974

แหล่งข้อมูล : M.H. Becker, 1990, pp 9

## พฤติกรรมความเจ็บป่วย

### 1. ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior)

หมายถึง พฤติกรรมซึ่งเกิดจากปัจจัยบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความเจ็บป่วย ความไม่สบายกาย หรือใจ ด้วยการมีสัญลักษณ์ของอาการผิดปกติหรือโดยคำรับรองจากผู้อื่นว่า บุคคลนั้นกำลัง ประสบความเจ็บป่วยแม้ว่าขณะนั้นเขาไม่ได้เป็นอะไรเลย ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความหมายของการเบี่ยงเบนทางร่างกายและจิตใจที่บุคคลอื่นมีให้บุคคลนั้น จึงเป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้นิยามภาวะสุขภาพของบุคคลและกำหนดนำไปสู่การแสวงหาการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม (Wu, 1973 p.136)

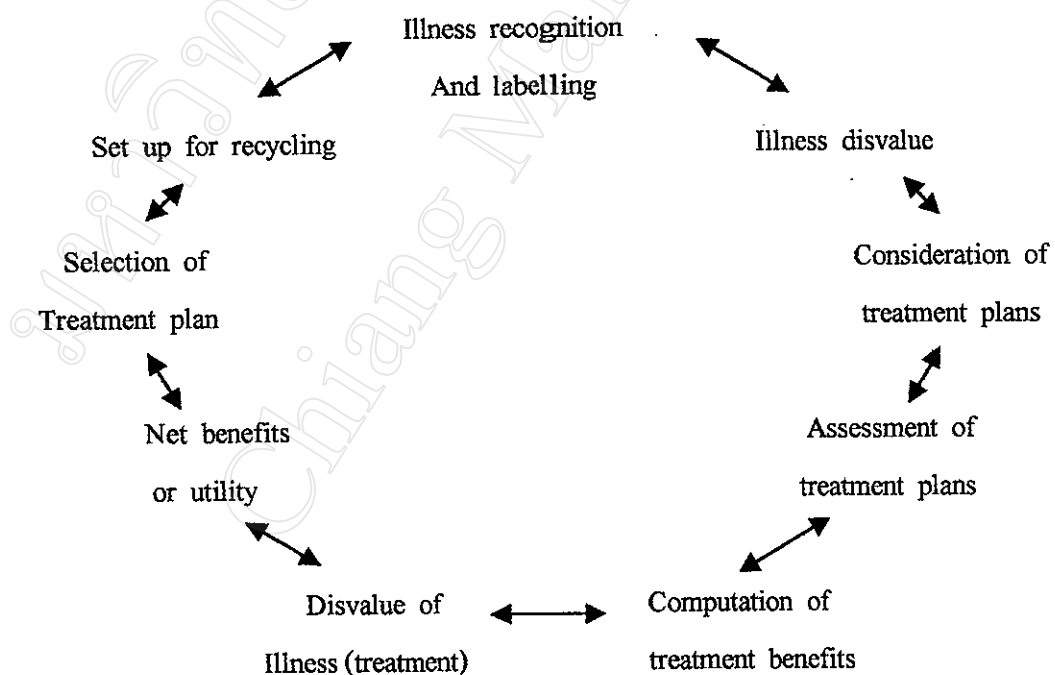
นอกจากนั้นพฤติกรรมความเจ็บป่วยยังหมายถึง การกระทำอะไรลงไปเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่บุคคลได้ตระหนักหรือรับรู้ รวมทั้งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ได้แก่ การรักษาตนเอง การแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง (provisional validation) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ หมอเถื่อน หรือบุคคลอื่นๆ หรือขั้นตอนใดๆซึ่งนำไปสู่การบรรเทาอาการซึ่งบุคคลคิดว่าเป็นการเจ็บป่วย (บุษยมาส ลินรูประมา, 2534 หน้า 1)

เมคานิค (Mechanic, 1963, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 48) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย คือ ลักษณะอาการของบุคคลที่สามารถรับรู้ ประเมินและกระทำต่อสิ่งที่มี ความเจ็บป่วย ไม่สบายหรือมีความบกพร่องในกลไกหน้าที่การทำงานของร่างกาย พฤติกรรมความเจ็บป่วย อาจเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นผู้ป่วยก็ได้ ซึ่งเป็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติเดิมของตน เมื่อบุคคลเกิดความรู้ถึงเจ็บป่วยขึ้นมาด้วยอาการผิดปกติ เขาจะมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้นๆด้วยวิธีการต่างๆที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจากสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน

### 2. แนวคิดของพฤติกรรมความเจ็บป่วย

2.1 กระบวนการการเกิดพฤติกรรมความเจ็บป่วยตามแนวคิดของแฟบริกา (Fabrega, 1973, cited in Becker, 1990, p.18) ซึ่งอธิบายกระบวนการเกิดพฤติกรรมความเจ็บป่วยไว้ว่า เป็นการเริ่มต้นจากขั้นตอนของการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย (illness recognition and labelling) ด้วยการตีความอาการผิดปกติจากข้อมูล ประสบการณ์ หรือการรับข้อมูล จากบุคคลรอบข้าง แล้วนำมาตีค่าประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (illness disvalues) หากมีความสำคัญก็จะพิจารณานำมาวางแผนการรักษา (consideration of treatment plans) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการ

เจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต ตลอดจนประเพณีวัฒนธรรมและมีการประมาณความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษาตามประสบการณ์ในอดีต (assessment of treatment plans) จากนั้นจึงประมวลผลประโยชน์ของการรักษา (computation of treatment benefits) ว่าจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นหรือไม่ ก่อนประเมินค่าของความเจ็บป่วย (disvalues of illness) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆรวมทั้งค่าเสียเวลาของบุคคลนั้นด้วย แล้วพิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ (net benefits or utility) คือเปรียบเทียบผลดีของการรักษามีมากกว่าค่าใช้จ่าย หรือมีประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ทำให้บุคคลนั้นเลือกวิธีการรักษา (selection of treatment plan) แต่ในขั้นตอนสุดท้ายเมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูลในทางเลือกวิธีการรักษาใหม่ หรือประเมินผลการรักษาว่าไม่ได้ผลก็จะกำหนดวิธีการหรือวงจรความเจ็บป่วยใหม่ (set up for recycling) เพื่อการรักษาที่เหมาะสม หรือหากมีการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ หรือภาวะแทรกซ้อนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนแรกเป็นวงจรใหม่ต่อไป ดังแสดงได้ตามรูปแบบข้างล่างนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงรูปแบบอธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วย (H. Fabrega)

แหล่งข้อมูล : M.H. Becker, 1990, pp 19

2.2 ประเภทของพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่อาลอนโซ (Alonzo, 1984, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 49) นักสังคมวิทยาได้จำแนกพฤติกรรมความเจ็บป่วยออกเป็น 4 ประเภท โดยใช้มิติการมองจากการปรับตัวต่อสถานการณ์เป็นแนวทางวิเคราะห์ คือ

2.2.1 ประเภทที่หนึ่ง บุคคลก้าวเข้ามาสู่สถานการณ์เพราะมีอาการผิดปกติขึ้นมา เช่น เกิดอาการอักเสบทางระบบทางเดินหายใจ ปวดศีรษะ มีไข้เป็นต้น ภาวะการเกิดอาการเช่นนี้เป็นพฤติกรรมความเจ็บป่วยประจำวัน อาจลดอาการผิดปกติได้โดยการรักษาตนเองเพราะเป็นความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จึงยังคงรักษาสถานภาพบทบาททางสังคมได้อย่างปกติ

2.2.2 ประเภทที่สอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะและอาการของความเจ็บป่วยมากขึ้น ในมิติทางสังคมและจิตวิทยาบ่งชี้ภัยอันตรายในปัจจุบันหรืออนาคต มีการคาดคะเนว่าปรากฏการณ์เช่นนี้จะมีผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม มีความจำเป็นต้องมีการป้องกันและรักษา เพราะสถานการณ์นั้นเริ่มมีความรุนแรงมากกว่าประเภทแรก

2.2.3 ประเภทที่สาม ในวิถีชีวิตทางสังคมบุคคลไม่อาจละเลยโดยไม่สนใจต่อร่างกายและจิตใจ ความพยายามจะออกไปจากสถานการณ์ประจำวันก็คือ การรับประทานยา การพักผ่อน ในประเภทนี้บุคคลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยมากขึ้น

2.2.4 ประเภทที่สี่ เป็นขั้นที่เรียกว่ามีการวินิจฉัยโดยการพบแพทย์ การใช้วิธีทางการแพทย์เพื่อแก้ไขสถานการณ์ในที่สุด

อาลอนโซ (Alonzo) ได้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและจิตวิทยา ในขณะที่พาร์สัน (Parsons (1951, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 51) เสนอว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นผลผลิตและผลสะท้อนที่ได้อิทธิพลจากความคิด ความเชื่อต่างๆ กล่าวคือ บุคคลจะเรียนรู้ว่าเมื่อใดที่มีอาการเจ็บป่วยขึ้นมา หรือเริ่มมีความรู้สึกผิดปกติหรือสูญเสียการทำงานของระบบส่วนใดส่วนหนึ่ง จะมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเริ่มเปลี่ยนแปลง อาจปฏิเสธความคิดปกติ รังรอ หรือค้นหาวิธีทางแก้ไขอย่างเหมาะสมเท่าที่จะแสวงหาได้ เพื่อขจัดหรือลดภาวะความเจ็บป่วย ความไม่สบายทั้งกายและใจ สำหรับความคิดที่ปรากฏจะมากหรือน้อยรุนแรงหรือไม่รุนแรง อันเป็นความตระหนักและความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์หรือไม่ ก็จะมีความต้องการการยืนยันและแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง ไปจนถึงขั้นแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง การซื้อยารับประทานเอง หรือไปหาบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นผลทางอ้อมจากลักษณะทางวัฒนธรรม และมีผลโดยตรงต่อลำดับขั้นในการเลือกรับบริการสุขภาพว่าควรจะเลือกใช้บริการอะไรก่อน ซึ่งการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะรับรู้ได้ทั้งลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย



เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (2533, หน้า 54) พบว่าลักษณะการเจ็บป่วยนั้นเป็นตัวกำหนด การตัดสินใจไปรับบริการจากแหล่งรักษาต่างๆ และยังเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของวไลพรธม ชลสุข (2540, หน้า 133) ที่ศึกษากระบวนการแสวงหา บริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร พบว่าเหตุผลสำคัญในการเลือก แหล่งบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เนื่องจากมีบุคคลแนะนำหรือพาไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้อาการป่วยและปรึกษานักคิดในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่มีส่วนในการประเมินอาการ ประเมินผลการรักษา รวมถึงการเปลี่ยนแหล่ง บริการสุขภาพแหล่งใหม่ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับบริการ เหตุผลที่เลือกแหล่งบริการสุขภาพ รองลงมาคือ อาการรุนแรงมากขึ้นจึงเข้ารับบริการ

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมตามแนวคิดของซัทแมน (Suchman, 1965, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 51) นักสังคมวิทยาการแพทย์ เสนอว่า พฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคลใดๆ นั้น จะประกอบด้วยพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ คือ

2.3.1. การสำรวจและวินิจฉัยตนเองว่าป่วยหรือไม่ และเมื่อสรุปว่าป่วยก็จะไปพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยอย่างจริงจังภายในหนึ่งสัปดาห์หลังจาก ได้สรุปว่าป่วย

2.3.2. ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์และเริ่มต้นรักษา

2.3.3. ร่วมมือกับแพทย์เพื่อรักษาให้หายและกลับสู่สภาพปกติดั้งเดิม

2.3.4. ทุกขั้นตอนของความเจ็บป่วยผู้ป่วยจะได้รับการเกื้อหนุนเพื่อตัดสินใจและมีการรักษา จากกลุ่มญาติและบุคคลทั่วไป

วู (Wu, 1973, pp 137) ได้กล่าวว่า ถึงแม้การไปพบแพทย์จะเป็นพฤติกรรมแสวงหา ความช่วยเหลือแต่ไม่ใช่องค์ประกอบที่จำเป็นเพียงอย่างเดียวของพฤติกรรมความเจ็บป่วย เพราะพฤติกรรมความเจ็บป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องจำกัดอยู่เพียงแค่ระยะเริ่มต้นของความเจ็บป่วย トラบใดที่บุคคลต้องการหาการรักษาที่ดีกว่า หรือแสวงหาการวินิจฉัยสำหรับภาวะสุขภาพขณะนั้น บุคคลนั้นก็ย่อมเข้าสู่กระบวนการของพฤติกรรมความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเฟบริกา (Fabrega) ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในขั้นตอนสุดท้ายเมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูลในทางเลือกวิธีการรักษาใหม่ หรือประเมินผลการรักษาว่าไม่ได้ผล ก็จะกำหนดวิธีการความเจ็บป่วยใหม่ เพื่อการรักษา ที่เหมาะสม หรือหากมีการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่หรือภาวะแทรกซ้อนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนแรก เป็นวงจรใหม่ต่อไป

2.4 การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

2.4.1 ปฏิบัติตนเพื่อลดอาการ (take action to relieve the symptoms) โดยบุคคลที่ตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อลดอาการจะแสวงหาความช่วยเหลือจาก เพื่อน สมาชิกในครอบครัว จากแพทย์พื้นบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์

2.4.2 ไม่มีการปฏิบัติตน (take no action) บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองป่วยแต่ไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการเจ็บป่วยอาจมีเหตุผลต่างๆกัน (Long, 1993, p.7) ได้แก่ ปฏิเสธอาการแสดงที่เกิดขึ้น ไม่ให้ความสำคัญกับอาการนั้น มีความกลัวผลที่จะตามมาจากความเจ็บป่วย (ความเจ็บปวด เป็นมะเร็ง หรือความตาย) เกรงกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความรู้ที่จะสนใจถึงอาการที่ต้องการการรักษา ไม่มีเงินค่าเดินทางหรือค่ารักษาพยาบาล หรือ ขาดความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

2.4.3 มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างการปฏิบัติตนและไม่ปฏิบัติตน (remain in a state of flux in which he vacillates between taking and not taking)

2.4.4 ปฏิบัติตรงข้ามคำแนะนำ (take counteraction in opposition to the cues) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เนื่องจากบุคคลที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (noncompliance) อาจเกิดจากการที่บุคคลนั้นปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง และมีการแสวงหาคำรับรองจากแหล่งต่างๆ (shopping behavior) เพื่อยืนยันว่าตนเองไม่ป่วยหรืออาการผิดปกตินั้นไม่ต้องรักษา

2.5 องค์ประกอบที่สำคัญต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตน ได้แก่

2.5.1. สิ่งกระตุ้นด้านภาวะสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์ของอาการเจ็บป่วยในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงระดับความสนใจด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลสนใจภาวะสุขภาพของตนตามระดับอาการนั้น

2.5.2 ภาวะคุกคามจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงการบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายทางกายภาพ และการบกพร่องหน้าที่ของร่างกาย

2.5.3. การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน หรือค่านิยมของการปฏิบัติที่ลดภาวะคุกคามของโรค รวมถึงความคาดหวังที่จะประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ

2.5.4. การรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการปฏิบัตินั้นๆ

โดยสรุปแล้วพฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้สภาวะสุขภาพขณะนั้น เพื่อให้ความรุนแรงของโรคลดลง ได้แก่ การแสวงหาการรักษาพยาบาล การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในภาวะโรคที่เรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพ (disabilities) ของร่างกายสูง มีการคุกคามของโรคเป็นระยะๆ

ดังนั้นการควบคุมอาการของโรคไม่ให้เลวลงหรือคุกคามรุนแรงจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน การหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ มลภาวะทางอากาศ เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรม ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สนใจศึกษาคือ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาล การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่พบว่ามีการศึกษามาก่อน การศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยสำรวจปัญหาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จากการค้นคว้ารายงานการวิจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยผลการศึกษามีดังนี้

#### 1. ความเชื่อด้านสุขภาพ

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531, หน้า 74) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาโรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แสดงว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาของการรักษา นิตยา เย็นฉ่ำ (2535, หน้า 48) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ จำนวน 162 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ ความเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ประโยชน์

ในการปฏิบัติตนและด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพดี ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน และธารารัตน์ ดวงแข (2541, หน้า 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วยในการรับยาครั้งที่ 2 ที่ตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความขัดแย้งในการศึกษาของเยาวดี สุวรรณนาคะ (2532, หน้า 67) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคตับอักเสบ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคลินิกโรกระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดี และวชิรพยาบาล จำนวน 123 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย และสมัยพร อาชาล (2543, หน้า 67) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการตรวจรักษาคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 60 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

## 2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย

การศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเป็นส่วนมาก ดังเช่นการศึกษาของนริสา ศรีลาชัย (2540, หน้า 99) ที่ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพนมและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีจำนวน 260 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.9 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่มีเพียงร้อยละ 15.4 ที่ให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคเบาหวาน เมื่อรับรู้มีอาการผิดปกติและให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นก็จะมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้น เริ่มตั้งแต่รอสังเกตอาการ รักษาตนเอง ไปพบแพทย์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้จากการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือขอคำแนะนำจากผู้อื่น การจัดการกับอาการผิดปกติครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการมากที่สุด (ร้อยละ 50.4) รองลงมาเป็นการรักษาตนเอง (ร้อยละ 30.8) และไปพบแพทย์ (ร้อยละ 18.8) จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2540, หน้า 132) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคโลหิตจางที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐบาล ในกรุงเทพมหานคร

จำนวน 200 ราย พบว่า การตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้คือ การรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นรวมทั้งการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การแนะนำจากบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ความพึงพอใจและความเชื่อถือในบริการที่ได้รับ ในขณะที่กฤษณา คำดี (2541, หน้า 29) ได้ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นครั้งแรกจำนวน 60 ราย รายงานผลการศึกษาว่า กลุ่มตัวอย่างจัดการรักษาความเจ็บป่วยของตนเองตามการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย ทุกรายใช้ระบบการแพทย์ของสามัญชน โดยเรียนรู้และพึ่งพาตนเองก่อนเสมอ แล้วจึงแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งอื่น อาจเป็นระบบแพทย์วิชาชีพหรือระบบการแพทย์พื้นบ้าน บางรายอาจใช้บริการสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพทั้งสามระบบ ผู้วิจัยให้ความเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแห่งใดนั้นขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของตน ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอันอาจการซื้อบริการ เช่น การประกันสุขภาพ และความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และความคุ้นเคยกับแหล่งบริการและผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่จัดการกับความเจ็บป่วยตามการให้ความหมายของความเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่าจะไม่รุนแรงจะรักษาตนเองก่อน ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะใช้ระบบการแพทย์วิชาชีพเพิ่มขึ้น อาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชน สำหรับระยะเวลาในการเข้ารับบริการพบว่ากลุ่มที่สามารถให้ความหมายของอาการได้ชัดเจนจะมารับบริการเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายที่ชัดเจนได้ ในขณะที่การศึกษาของ Kasl & Cobb (1964, p. 342) เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมความเจ็บป่วยพบว่า ความถี่ของการไปรักษาในสถานพยาบาลซึ่งเป็นตัวชี้วัดของพฤติกรรมความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับตัวแปรต่างๆ เช่น อาชีพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) การยอมรับตัวเอง (self-acceptance) การรับรู้ภาวะเครียด (perceived stress) และความพร้อมในการเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (readiness to assume the sick role) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนด้านอารมณ์สูง ประเภทก้าวร้าว ซึ่ตกใจ และซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยสูง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาแล้ว พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยบุคคลที่มีกรรับรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของตน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการปฏิบัติตนรวมทั้งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยมีการแสวงหาการรักษาเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อให้ความรุนแรงของโรคลดลง ได้แก่ การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการหลีกเลี่ยงภาวะหรือ

สิ่งกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์(Becker) ดังนี้

