

613.66
ส 17 601
7.3

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย
ของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น

ปริญญาโทของ
ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ

5 - 5 ส.ค. 2534

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

มีนาคม 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

173140

8.5.128

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปฏิญานินพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอก
การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ดร. เพ็ญแข ประจวบปัจจนิก ประธาน

(ดร. เพ็ญแข ประจวบปัจจนิก)

..... ดร. ดุษฎี โยเหลา กรรมการ

(ดร. ดุษฎี โยเหลา)

คณะกรรมการสอบ

..... ดร. เพ็ญแข ประจวบปัจจนิก ประธาน

(ดร. เพ็ญแข ประจวบปัจจนิก)

..... ดร. ดุษฎี โยเหลา กรรมการ

(ดร. ดุษฎี โยเหลา)

..... อ. สุภาพร ณะชำนนท์ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ. สุภาพร ณะชำนนท์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติ ให้รับปฏิญานินพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... ดร. สมพร บัวทอง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ .. 11 .. เดือน .. มีนาคม .. พ.ศ. 2534

ประกาศคุณูปการ

ปริญญาโทฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก ดร. ใหญ่เข ประจวบจันก ประธาน
ควบคุมปริญญาโท และ ดร. ดุษฎี โยเหลา กรรมการควบคุมปริญญาโท ที่ได้สละเวลาใน
การให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ รวมทั้งได้ให้กำลังใจจนสามารถทำให้ปริญญาโทฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์
ลงได้ และอาจารย์สุภาพ ณะชานันท์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า รวมทั้งให้ข้อคิดเห็น
และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา
และให้กำลังใจแก่ลูกศิษย์ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลพล เจ้าหน้าที่โครงการพัฒนาชุมชน
เพื่อความอยู่รอดของเด็กอำเภอพล และคณะ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจน
ชาวบ้านโสกขามน้อย บ้านโสกนกเต็น และบ้านโคกกลาง อำเภอพล ที่ได้ให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ ผศ. จันทลักษณ์ ณ ป้อมเพชร คุณยุวณี ศุภศิลป์ ผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัย และ
เพื่อนร่วมงานทุกคนที่ได้ให้ความสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำปริญญาโทด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณเพื่อนรุ่น 3 ทุกคนที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะในการทำปริญญาโท
สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ คุณแม่บุญเรือน พึ่งวงศ์ญาติ คุณน้าอารมณ เจียรประจง และ คุณสุรางค์
พึ่งวงศ์ญาติ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1	บทนำ
	ที่มาและความสำคัญของปัญหา 1
	วัตถุประสงค์ของการศึกษา 8
	ประโยชน์ของการศึกษา 9
	ขอบเขตของการศึกษา 9
	ตัวแปรที่ใช้ศึกษา 10
	นิยามศัพท์เฉพาะ 10
	นิยามปฏิบัติการ 12
2	เอกสารผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	การตัดสินใจ 15
	การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย 17
	วิธีการศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย 20
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อ เจ็บป่วย 21
	แผนภูมิสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ศึกษา 41
	สมมติฐาน 42
3	ระเบียบวิธีการศึกษา
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 43
	เครื่องมือที่ใช้ศึกษา 44
	การเก็บรวบรวมข้อมูล 52
	การวิเคราะห์ข้อมูล 52

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	54
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	79
อภิปรายผล	82
ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก	105
ประวัติย่อของผู้วิจัย	127

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามวัดศักยภาพทางเศรษฐกิจ	48
2 แสดงลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	57
3 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรอิสระ ที่ใช้ศึกษา	59
4 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ของชาวชนบท จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ...	62
5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อหาความแตกต่างของการ ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย	68
6 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการ ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย และอาชีพ	69
7 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของ การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามเขตที่ อยู่อาศัย และระดับการศึกษา	70
8 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษา สุขภาพของชาวชนบทที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ ...	71
9 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของ การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความ แตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจ และอาชีพ	72

10	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของ การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความ แตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจ และเขตที่อยู่อาศัย	73
11	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของ การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความ แตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา . . .	74
12	แสดงผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระด้าน ความเชื่ออำนาจภายในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความ เชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ประสบการณ์การฝึกอบรม การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน กับการ ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท	75
13	แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจในตน	107
14	แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความรับผิดชอบ ต่อตัวเอง	108
15	แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดเรื่องความเชื่อ ระบบแพทย์พื้นบ้าน	109
16	แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดการตัดสินใจ ดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	110
17	แสดงการจัดฝึกอบรมของหน่วยงานของรัฐและเอกชนในรอบ สามปีที่ผ่านมา	127

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อพิจารณาถึงการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวมแล้ว กลวิธีในการดำเนินการพัฒนาประเทศที่ผ่านมานับว่ายังมีปัญหาต่อการดำเนินการอยู่มากในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบทวีปเอเชียที่ประชาชนในประเทศที่กำลังพัฒนาได้ต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ประชาชนในประเทศที่กำลังพัฒนาได้ต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บและดูแลรักษาตนเองตามระบบวัฒนธรรมที่สืบมา ซึ่งถ่ายทอดกันมาอย่างสืบเนื่องตามระบบวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยนี้จะถูกตีความและวินิจฉัย รวมทั้งการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร ตลอดจนเครือข่ายของสังคมจากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยทวิตของหงษ์วิวัฒน์ (2533:21) พบว่า ในประเทศไต้หวันร้อยละ 73 ของจำนวนครั้งของความเจ็บป่วยทั้งหมดของประชาชนที่เจ็บป่วยจะได้รับการรักษาในครอบครัวแต่อย่างเดียว นอกจากนี้จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองในกลุ่มความเจ็บป่วยของเด็กในเขตชนบทในประเทศฟิลิปปินส์พบว่าร้อยละ 38 ใช้ยาปัจจุบันในการรักษาตนเอง และอีกร้อยละ 42 รักษาตนเองด้วยวิธีการไม่ใช้ยา

จากการศึกษาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่เป็นปัญหาของประเทศที่กำลังพัฒนาว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยประชากรส่วนใหญ่นิยมดูแลรักษาตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาด้านสุขภาพอย่างหนึ่งองค์การอนามัยโลกได้พยายามให้การสนับสนุนประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ด้อยพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาโดยการพัฒนาประเทศของตนเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี ส่วนผลของการพัฒนาที่คาดหวังว่าจะมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้ประเทศต่าง ๆ สามารถดำเนินการในเรื่องสุขภาพอนามัยไปได้ด้วยตนเอง แต่ในทางตรงกันข้าม ปรากฏว่าประชาชนในชนบทของประเทศที่ด้อยพัฒนาทั้งหลาย ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ คือประมาณร้อยละ 80 (สำนักงาน

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527) ยังไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้นในระดับที่เป็นที่น่าพอใจ และปัญหาที่ติดตามมากก็คือ การมีประชาชนเพิ่มมากขึ้น ผลผลิตของประเทศถูกใช้ไปมากขึ้น ฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศไม่สามารถจะตามแก้ปัญหาความต้องการของประเทศได้ทัน โดยที่ประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายจะต้องเสียเปรียบประเทศที่พัฒนาอยู่แล้วอย่างมากทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง ดังนั้นคณะกรรมการขององค์การอนามัยโลก จึงได้คิดวิธีการที่จะดำเนินการพัฒนาชนบทขึ้น โดยให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ดำเนินการในกิจกรรมพัฒนาด้วย ด้วยเหตุนี้จึงเกิดแนวทางในการพัฒนาชนบทที่ถูกต้องตามความประสงค์ของประชาชนที่เกิดขึ้น คือคำว่า ความร่วมมือของชุมชน (Community Participation) ซึ่งความหมายของคำว่าความร่วมมือของชุมชนนี้มีความหมายมากกว่าความร่วมมือธรรมดา แต่รวมถึงความเป็นเจ้าของเรื่องนั้น ๆ ด้วยการมีแนวความคิดในเรื่องของการให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทนี้ นับเป็นนิมิตร์ใหม่ของประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย เนื่องจากการพัฒนาที่เกิดจากความร่วมมือของชุมชนนั้น เป็นความต้องการแท้จริงของประชาชน

ในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้มีการประชุมใหญ่โดยสมาชิกจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกไปประชุมกันที่ประเทศรัสเซีย ที่เมืองอัลมาอตา (Alma-Ata) เพื่อหาแนวทางที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าภายใน 20 ปีข้างหน้า ผลของการประชุมใหญ่ครั้งนี้ทำให้เกิดข้อตกลงระหว่างประเทศที่เข้าร่วมประชุมคือ กลวิธีที่จะดำเนินการพัฒนาประเทศ โดยความร่วมมือของชุมชน เพื่อที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยไม่เลือกชั้นวรรณะ และในปี พ.ศ. 2523 ก็ได้มีการลงนามร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งประเทศไทย เพื่อเป็นการยืนยันว่าทุกประเทศจะสนับสนุนการพัฒนาประเทศในเรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับประชาชนทุกคน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 และประเทศไทยก็ได้นำนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขมาเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4

นับแต่ประเทศไทยได้ใช้แผนพัฒนาประเทศ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2504-พ.ศ. 2524) จากรายงานของศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ

(ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. 2529) พบว่าผลของการพัฒนาประเทศยังไม่กระจายไปสู่ประชาชนที่ยากจนในชนบทอย่างทั่วถึง ประชาชนในชนบทจำนวนไม่น้อยยังคงเผชิญปัญหาขั้นพื้นฐานที่เป็นต้นเหตุและรากเหง้าของความยากจนอยู่ โดยไม่ได้รับการแก้ไขในรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้านชนบทตามข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กษช. 2 ค) ในปี 2527 พบว่าหมู่บ้านที่ประชากรมีความรู้และการศึกษาดำมียู่ 12,306 หมู่บ้านที่มีประชากรด้อยสุขภาพอนามัยมี 7,094 หมู่บ้าน หมู่บ้านที่มีประชากรมีผลผลิตต่ำ 11,240 หมู่บ้าน หมู่บ้านที่มีประชากรขาดแคลนแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรมี 3,824 หมู่บ้าน (ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ 2529) ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาพื้นฐานที่พบในเขตชนบทโดยทั่วไป คือการด้อยการศึกษา การมีปัญหาด้านสุขภาพ การมีปัญหาการขาดแคลนอาหารการกิน นอกจากนี้ปัญหาขั้นพื้นฐานที่พบในสังคมชนบทโดยทั่วไปแล้ว ในสังคมชนบทก็ยังประสบปัญหาอื่น ๆ ที่พบเฉพาะในพื้นที่นั้น ๆ อีก เช่น ปัญหาการปลูกฝัง ปัญหาการทำลายต้นน้ำลำธาร ซึ่งพบมากในพื้นที่สูงภาคเหนือ ปัญหาเกี่ยวกับความไม่มั่นคงปลอดภัยในพื้นที่ตามแนวชายแดน และปัญหาความมั่นคงในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้รัฐก็มีนโยบายที่จะมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่ชนบท โดยเริ่มต้นดำเนินการพัฒนาชนบทในพื้นที่ความมั่นคงมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เช่นเดียวกัน

ในช่วงของการพัฒนาประเทศ ตามแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) รัฐได้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาชนบทด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา และกำหนดพื้นที่เป้าหมายของการพัฒนาในเขตพื้นที่ชนบทยากจนใน 38 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งผลของการพัฒนาพบว่า ยังมีปัญหาขั้นพื้นฐานในชนบทอีกมาก เมื่อพิจารณาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในชนบท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการตามแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 5 แล้ว พบว่ามีประชากรทั้งเด็กและผู้ใหญ่ใน 7,094 หมู่บ้าน ยังเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคทางเดินอาหาร ไข้ป่าและไข้มาลาเรีย ในจำนวนหมู่บ้านที่มีปัญหาเกี่ยวกับการด้อยสุขภาพอนามัยดังกล่าว จะเป็นหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คือ 2,856 หมู่บ้าน ในขณะที่ภาคกลางมีเพียง 1,411 หมู่บ้าน และภาคใต้มี 1,162 หมู่บ้าน (ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. 2529 : 8)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) รัฐยังมีนโยบายที่จะพัฒนาชนบทควบคู่ไปกับการพัฒนาอุตสาหกรรมเช่นเดียวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 แต่ได้ขยายการดำเนินการออกไปครอบคลุมทั่วประเทศ และจำแนกพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเป็น 3 กลุ่ม โดยพิจารณาจากระดับการพัฒนาของหมู่บ้านตามข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. 2 ค) มาจัดเป็นกลุ่มปัญหา 5 กลุ่มปัญหา คือ กลุ่มปัญหาโครงสร้างพื้นฐาน กลุ่มปัญหาผลผลิต กลุ่มปัญหาสาธารณสุข กลุ่มปัญหาแหล่งน้ำ และกลุ่มปัญหาความรู้ กล่าวคือ พื้นที่ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะด้อยในทางเศรษฐกิจและเผชิญปัญหาอยู่ 4 หรือ 5 ประเภท จากปัญหาทางด้านความไม่สะดวกในการคมนาคมและไม้มั่นคงในการถือครองที่ดินทำกิน ผลผลิตหรือรายได้น้อย สุขภาพอนามัยไม่ดีขาดแคลนน้ำกินน้ำใช้และขาดความรู้ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตจะเป็นพื้นที่ที่ต้องเร่งรัดพัฒนาเป็นอันดับแรก หรือเรียกว่าพื้นที่พัฒนาที่อยู่ในระดับล่างซึ่งมีอยู่จำนวน 5,787 หมู่บ้านทั่วประเทศ พื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะด้อยในทางเศรษฐกิจและเผชิญปัญหาอยู่ 1-3 ประเภท จากที่กล่าวข้างต้นจะเป็นพื้นที่ที่ต้องเร่งรัดการพัฒนาเป็นอันดับรองลงมา หรือที่เรียกว่าพื้นที่พัฒนาที่อยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีอยู่ 35,514 หมู่บ้านทั่วประเทศ ส่วนพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่มีศักยภาพทางการผลิตสูงและมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี รวมทั้งมีปัญหาดังกล่าวข้างต้นอยู่เบาบางจะเป็นพื้นที่พัฒนาตามปกติ หรือที่เรียกว่าพื้นที่พัฒนาที่อยู่ในระดับก้าวหน้า ซึ่งมีอยู่ 11,621 หมู่บ้านทั่วประเทศ (ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. 2529 : 11)

ในด้านการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทนั้น รัฐได้กำหนดแนวทางการดำเนินการไว้ในลักษณะของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนี้ เป็นแนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบผสมผสาน ซึ่งจะสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชนบท หลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การนำเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่จำกัดด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น การใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ และมีอันตรายแก่ผู้ป่วยที่พบเห็นกันอยู่ประจำในหมู่บ้านชนบท ได้แก่ โรคท้องร่วง หรือที่ชาวบ้านทั่วไปเรียกว่า โรคท้องเดิน โรคท้องร่วงนี้สาเหตุเกิดขึ้นจากการ

รับประทานอาหาร หรือน้ำที่มีเชื้อโรค เชื้อโรคนี้จะแพร่กระจายไปยังผู้อื่นได้ ถ้าหากไม่มีการควบคุมผู้ที่มีการท้องร่วงจะทำให้ร่างกายขาดน้ำ และเกลือแร่ วิธีการรักษาที่ดีที่สุดก็คือให้น้ำ และเกลือแร่ทดแทน ในอดีตใช้น้ำเกลือ แต่ในปัจจุบันได้นำเทคโนโลยีเหมาะสมกว่ามาใช้เพื่อการผลิตสิ่งทดแทนน้ำเกลือแร่ให้ได้ในราคาถูก สามารถเก็บไว้ใช้ได้เอง และที่สำคัญคือมีประสิทธิภาพดีเท่าเทียมกับการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดและประการสำคัญที่สุดก็คือชาวบ้านสามารถมีสิ่งนี้ไว้ใช้ประจำวัน สิ่งทดแทนดังกล่าวนี้เรียกว่า "ผงน้ำตาลเกลือแร่" หรือ O.R.S. (Oral Rehydration Salt) ซึ่งมีขายอยู่ทั่วไปหรืออาจผสมเองก็ได้ เพียงแต่มีเกลือและน้ำตาลทรายไว้เป็นประจำบ้านเท่านั้นเอง "ผงน้ำตาลเกลือแร่" เป็นตัวอย่างที่อันหนึ่งของการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการสาธารณสุขมูลฐานเพราะประชาชนสามารถทำได้ และมีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527 : 97) ซึ่งการพัฒนาเทคโนโลยีนี้จะดำเนินการ โดยประสานความคิดและความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างใกล้ชิด โดยภาคของรัฐให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ตลอดจนให้ความรู้ด้านสาธารณสุขที่จำเป็นแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนของตนเอง ความสำคัญของสาธารณสุขมูลฐานนั้นอยู่ที่ว่าประชาชนจะต้องมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของในงานสาธารณสุขที่จำเป็นเบื้องต้น คืองานด้านการดูแลสุขภาพโรคหรือการเจ็บป่วยที่จำเป็น การรู้จักระวังและป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ และพบก้อย ๆ ในบ้าน หรือในหมู่บ้าน การมีความรู้ด้านสาธารณสุข เช่น เรื่องสุขอนามัยอาหาร การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว เป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานคือความต้องการที่จะพัฒนาการพึ่งตนเองของชุมชน ครอบครัวและตัวบุคคลด้านสุขภาพอนามัยเพื่อให้ประชาชนได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ตามคำขวัญขององค์การอนามัยโลก

จากแนวนโยบายในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในชนบทของรัฐดังกล่าว จะเห็นว่า เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในเบื้องต้น ด้วยศักยภาพของตนเอง กล่าวคือ เมื่อประชาชนในชนบทสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตัวเองในเบื้องต้นด้วยความรู้ความเข้าใจ เช่น รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่มีความเจ็บไข้ได้ป่วย หรือเมื่อเจ็บป่วยก็ยังมีความรู้ความ

เข้าใจในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของตัวเองได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทำให้แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ภาระของรัฐที่จะต้องแก้ไขปัญหาความเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนน้อยลง นอกจากนี้การที่ประชาชนในประเทศมีสุขภาพแข็งแรงก็ย่อมส่งผลให้มีพลังกายพลังความคิดที่สมบูรณ์ ก็จะสามารถสร้างสรรค์ประโยชน์ให้กับตนเอง และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวม

อย่างไรก็ตาม การที่ชาวชนบทจะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร โดยที่ไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามนโยบายของรัฐนั้น อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เมื่อพิจารณาถึงการตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลแล้ว หากบุคคลนั้นมีการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยอาศัยแนวทางของการสาธารณสุขที่รัฐได้ให้การส่งเสริมกล่าวคือ เป็นการตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเอง โดยการรับรู้วิธีการดูแลรักษาตนเองจากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีประจำอยู่ในหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน หรือจากบุคคลากรสาธารณสุขด้านอื่น ๆ เช่น อนามัยตำบล เป็นต้น ซึ่งบุคคลากรเหล่านี้เป็นบุคคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย และนับได้ว่าเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข เนื่องจากเป็นผู้ได้รับการอบรมและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน จากรัฐซึ่งเป็นความรู้ตามระบบแพทยวิชาชีพ (Professional Health Sector) ดังนั้นหากบุคคลมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการรับรู้จากบุคคลากรที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือได้ว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ ประสบผลสำเร็จในด้านการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวมด้วย

การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงชีวิตของคนเรานั้น นักสังคมศาสตร์นิยมพิจารณาตัวแปรด้านสังคมเพื่อใช้ศึกษาค้นคว้า ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และรายได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้มา เป็นหลักฐานที่เห็นได้ชัดเจน และเป็นข้อมูลที่แยกประเภทตามเกณฑ์ของตัวแปรแต่ละตัวไม่มากนัก (ประสาธน์ หลีกศิลา. 2529) ส่วนสมจิต หนูเจริญกุล (2533) ได้ประมวลเอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะของการเจ็บป่วย พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่เลือกอำนาจให้บุคคลดูแล

สุขภาพตนเองได้ดีนั้น ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา ดังนั้นจึงมีเหตุผลที่น่าเชื่อถือได้ว่าตัวแปรด้านสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทด้วย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศแล้ว การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยอาศัยแนวทางจากบุคคลากรที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ก็นับว่าเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศอย่างหนึ่ง เนื่องจากเป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือได้ว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของประเทศได้ ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ หรือพฤติกรรมที่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคมนั้น ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523) ได้ทำการศึกษาโดยการประมวลจากเอกสารเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคมและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ เช่น พฤติกรรมซื้อสิทธิ์ พฤติกรรมอาสาพัฒนาชนบท พฤติกรรมการยอมรับนวัตกรรมทางการเกษตร และความเป็นผู้นำทางการเกษตร เป็นต้น เกี่ยวข้องกับจิตลักษณะของมนุษย์หลายด้าน เช่น แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ ความเชื่ออำนาจภายในตนลักษณะมุ่งอนาคต เป็นต้น นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ (2529) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรมการเกษตรของเกษตรกรภาคเหนือ พบว่า ชุดของตัวแปรด้านจิตลักษณะ เช่น ความทันสมัย จะอธิบายความผันแปร การยอมรับในระดับความคิดของเกษตรกรด้วย ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่น่าจะเชื่อถือได้ว่าการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยอาศัยแนวทางจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศอย่างหนึ่ง จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับจิตลักษณะของมนุษย์ดังกล่าวด้วย

จากนโยบายของรัฐที่พยายามให้ประชาชนในชนบท มีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามหลักการของสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว เป็นความพยายามที่จะส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยด้วยตนเองได้ แต่จากการสำรวจของวีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2532:13) พบว่าชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยด้วยตนเองร้อยละ 73.49 ในขณะที่ไปรักษาที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 5.70 และร้อยละ 4.58 ตามลำดับ และจากการศึกษาเดียวกันนี้ยังพบว่าชาวชนบทรักษาตนเอง โดยใช้ยาแก้ปวดแก้ไ้ที่ขายทั่วไปตามท้องตลาดถึงร้อยละ 52.75 ใช้ยาฉีดไม่ระบุชนิด ร้อยละ 11.0 ใช้

ยาชุดถุงร้อยละ 6.89 แต่ยังไม่มีความมั่นใจว่าการที่ชาวชนบทตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้วิธีการ
 ที่ช่อกษาแก้ปวดแก้ไ้ หรือการใช้ยาจัดและยาชุดดังกล่าวนั้นเป็นวิธีการที่เหมาะสม และสามารถ
 แก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้หรือไม่ ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจว่า การที่ชาวชนบทเกิด
 อาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และตัดสินใจดูแลรักษาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ นั้น เป็นวิธีการที่อาศัย
 ข้อมูลหรือประสบการณ์ใดเป็นเหตุผลในการตัดสินใจ หากชาวชนบทตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้
 ข้อมูลข่าวสารที่ได้จากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ก็เป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือได้ว่าวิธีการดูแลรักษาตนเองเมื่อ
 เจ็บป่วยนั้น จะสามารถแก้ไข้ปัญหาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็น
 ที่ยอมรับของแพทย์วิชาชีพ (Professional Health Sector) หากเป็นข้อมูลข่าวสารที่อยู่นอกกลุ่ม
 วิชาชีพสาธารณสุขก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้การดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งให้ชาวชนบท
 ดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ไม่บรรลุเป้าหมายที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ นอกจากนี้
 การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อ
 เจ็บป่วยของชาวชนบทจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้เป็นข้อมูลเพื่อแก้ไข้ปัญหา
 การดำเนินการด้านสาธารณสุขในชนบท เพื่อให้ชาวชนบทสามารถดูแลรักษาตนเองได้อย่างเหมาะสม
 มากขึ้น ตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทไทยในเขต
 จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านสังคมกับการตัด
 ลินใจเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ประโยชน์ของการศึกษา

1. ด้านการนำไปใช้ ทำให้ทราบถึงการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทไทยในเขตจังหวัดขอนแก่น รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งการดูแลรักษาสุขภาพตนเองนี้เป็นนโยบายของรัฐที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองที่พื้นฐานได้ ดังนั้นผลการศึกษาก็จะทำให้ทราบถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท ว่าเป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย โดยรับทราบวิธีการดูแลสุขภาพตนเองจากข้อมูลหรือประสบการณ์ที่ได้รับจากแหล่งวิชาชีพสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แหล่งวิชาชีพสาธารณสุข นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ทราบถึงข้อเท็จจริงที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานพัฒนาชนบทเพื่อให้ชาวชนบทสามารถดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้เหมาะสมมากขึ้นต่อไป

2. ด้านวิชาการ เนื่องจากการศึกษาเรื่องการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทยังมีการจัดทำอยู่น้อยมาก การศึกษาที่ได้จัดทำไว้นี้จะเป็นการศึกษาในเรื่องรูปแบบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น และเป็นการศึกษาในสถานการณ์เฉพาะโรค ดังนั้นการศึกษาถึงการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาที่เป็นการศึกษาฐานการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองให้กว้างขวางยิ่งขึ้น และอาจใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในแง่มุมอื่น ๆ ได้ต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นการศึกษาจากประชากรในเขตจังหวัดขอนแก่น

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ หัวหน้าครัวเรือนที่ได้จากการสุ่มหมู่บ้าน

ที่มีระดับการพัฒนาในระดับก้าวหน้า ปานกลาง และล้าหลัง ระดับละ 1 หมู่บ้าน ตามเกณฑ์ของศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (2529) จำนวนทั้งสิ้น 240 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

3. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและจิตวิทยา ตัวแปรดังกล่าว ได้แก่

3.1 ตัวแปรอิสระ

ก. ด้านจิตลักษณะ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความรับผิดชอบต่อตัวเอง

ข. ด้านสังคม ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน และประสบการณ์การฝึกอบรม

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การตัดสินใจดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

นิยามศัพท์เฉพาะ

- 1) การตัดสินใจ หมายถึง การที่บุคคลเลือกปฏิบัติตามวิธีการใดวิธีการหนึ่งจากที่คาดว่า จะเกิดผลดีมากที่สุด และเกิดผลเสียน้อยที่สุด
- 2) การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่จะดูแลสุขภาพอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยที่เกิดขึ้นกับร่างกายด้วยตนเอง โดยแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากแหล่งข้อมูลที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข และอยู่นอกกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข
- 3) ความเจ็บป่วย หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของบุคคลซึ่งเป็นอาการเจ็บเพียงเล็กน้อยไม่เรื้อรัง และพบอยู่ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว เป็นต้น

4) แหล่งข้อมูลที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุข หมายถึง แหล่งข้อมูลที่ได้จากตัวบุคคลที่อยู่ในวิชาชีวะสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์อนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) แพทย์แผนโบราณ และผดุงครรภ์แผนโบราณในหมู่บ้าน ที่ได้รับการอบรมจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ

5) ระบบแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง วิธีการรักษาอาการผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีการที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่เดิมของสังคมชนบทไทย ได้แก่ การใช้หมอผี การไปหาหมอทรง การเข้าพิธีกรรมทางศาสนา การรักษาด้วยสมุนไพร และการรักษาด้วยมนต์คาถา

6) หัวหน้าครัวเรือน หมายถึง สามีหรือภรรยาในครัวเรือนที่มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจและเรื่องอื่น ๆ ในครัวเรือน

7) ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการศึกษาจากในระบบโรงเรียน โดยจำแนกเป็น 3 ระดับคือ ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา

8) อาชีพ หมายถึง อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ซึ่งเป็นอาชีพที่บุคคลต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพนั้น ๆ มากกว่าการประกอบอาชีพอื่น ในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นรอบปีเกษตรกรรม คือ ช่วงเวลาระหว่างเดือนเมษายนของปี พ.ศ. 2532 จนถึงเดือนมีนาคมของปี พ.ศ. 2533 การวัดจะจำแนกตามประเภทของอาชีพที่ทำ ได้แก่ เกษตรกรรม ค้าขาย รับราชการ รับจ้างอื่น ๆ นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้ว

9) อายุ หมายถึง อายุเต็มไปบริบูรณ์นับถึงวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนถึงวันสำรวจ จำแนกเป็นช่วงอายุ 6 ช่วง คือ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี, 21-30 ปี, 31-40 ปี, 41-50 ปี, 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

นิยามปฏิบัติการ

1. ความเชื่ออำนาจในตน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลว่า ผลที่เขาได้รับ เป็นผลจากการกระทำของตนเองหรือความสามารถของตนเอง เป็นสิ่งที่ตนเองควบคุมได้ ไม่ได้เกิดจาก โชคเคราะห์หรือความบังเอิญ วัดได้โดยใช้แบบวัดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยใช้ข้อความที่เป็นเหตุการณ์ เกี่ยวกับการกระทำที่เกิดจากความเชื่อของชาวชนบทจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามมีทั้งข้อความ ที่เป็นสถานการณ์ที่แสดงว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เกิดจาก โชคเคราะห์ หรือความบังเอิญและประโยคที่ แสดงว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมได้ ผู้ตอบแต่ละคนได้คะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด คือ คะแนนความเชื่อ อำนาจภายในตน และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจดูแลรักษา สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
2. ความรับผิดชอบต่อตัวเอง หมายถึง การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตัวเองในฐานะที่เป็น ส่วนหนึ่งของสังคม ที่จะต้องดำรงตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ รู้จักว่าอะไรผิด ถูก ในทันที ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อตัวเองในเรื่อง การระวังรักษาสุขภาพ จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคอย่าง เหมาะสม และหมั่นศึกษาหาความรู้ให้กับตัวเอง การวัดความรับผิดชอบต่อตัวเอง วัดด้วยแบบสอบถาม ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก และ ข้อความทางลบ ผู้ตอบแต่ละคนได้คะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด คือคะแนน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือการตัดสินใจดูแล รักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
3. เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง ตำแหน่งที่ตั้งบ้านเรือนของครัวเรือนตัวอย่างว่าอยู่ในเขตหมู่บ้านใด โดยจำแนกเขตหมู่บ้านเป็น 3 ประเภท ตามระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ของศูนย์ประสานการพัฒนาชนบท แห่งชาติ คือ หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า ปานกลาง และล้าหลัง
4. ความเชื่อเรื่องระบบแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่ยอมรับเกี่ยวกับ ระบบแพทย์พื้นบ้าน วัดได้โดยใช้แบบวัดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยใช้ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เกี่ยวกับ

ความคิดเห็นต่อระบบแพทย์พื้นบ้าน จำนวน 17 ประโยค ผู้ตอบแต่ละคนได้คะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดคือคะแนนความเชื่อเรื่องระบบแพทย์พื้นบ้าน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

5. ศักยภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จัดหาอาหาร เสื้อผ้าที่อยู่อาศัย เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เนื้อที่เพาะปลูก ความสมดุลงค์ของรายรับ-รายจ่าย และปริมาณของผลผลิตที่ได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา วัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 8 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งประเภทให้ผู้ตอบเลือกตอบและตอบตามข้อเท็จจริง โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบตามเกณฑ์ของ สุพรรณิ ไชยอัมพร (Chaiumporn, 1987) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนตามจำนวนสิ่งของที่วัดได้ผลรวมของคะแนนทั้งหมด คือ คะแนนศักยภาพทางเศรษฐกิจ ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูง คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่ากลาง (median) ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่ำ คือ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่ากลาง (median)

6. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสาธารณสุข หมายถึง การที่ชาวชนบทเข้าไปมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการเข้าร่วมเป็นสมาชิก หรือร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมดำเนินการในกิจกรรมสาธารณสุขที่หน่วยงานของรัฐ เอกชน และอาสาสมัครสาธารณสุขจัดให้มีขึ้น วัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ได้ทำจริงในหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ และให้ผู้ตอบตอบว่า เข้าร่วมเป็นสมาชิกและเข้าร่วมทำ หากผู้ตอบตอบว่าได้เข้าร่วมในขั้นตอนใดในแต่ละกิจกรรม ได้คะแนนแต่ละขั้นตอน 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบว่าไม่ได้เข้าร่วมในกิจกรรมใดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดเป็นคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

7. การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน หมายถึง ความชอบที่จะอ่านเอกสาร สิ่งพิมพ์ การฟังรายการจากวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ วัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามด้านการรับสื่อโดยทางวิทยุ 1 ข้อ ทางโทรทัศน์ 1 ข้อ และการอ่านเอกสาร สิ่งพิมพ์ 1 ข้อ ในแต่ละข้อให้ผู้เลือกตอบตอบตามรายการที่ชอบดู ฟัง หรือ อ่านรายการแต่ละ

ประเภท ถ้าผู้ตอบตอบว่า ชอบดู ฟัง หรืออ่านรายการใดก็จะให้คะแนนรายการละ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบว่าไม่ชอบดู ฟัง หรือ อ่านรายการใดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดเป็นคะแนน การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

8. ประสบการณ์การฝึกอบรม หมายถึง ปริมาณประสบการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการ ฝึกอบรม ซึ่งจัดขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน รอบสามปีที่ผ่านมาวัด โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามข้อเท็จจริงที่เคยมีประสบการณ์ในการ ฝึกอบรม เกณฑ์การให้คะแนนจะให้คะแนนตามประสบการณ์การฝึกอบรมประเภทละ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดคือ คะแนนประสบการณ์การฝึกอบรม จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์ กับตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

9. การตัดสินใจเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลเลือก วิธีการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ แต่ไม่รุนแรงด้วยตนเอง โดยใช้แนวทาง หรือ ข้อมูลการรักษาจากแหล่งข้อมูลที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข วัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษา สร้างขึ้นมีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยคำถามที่แสดงถึงการรับรู้ข้อมูลจากกลุ่มวิชาชีพ สาธารณสุข เพื่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองของชาวบ้านเมื่อเกิดอาการ เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย เป็นต้น ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดคือ คะแนนการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ผู้ที่ได้คะแนนมาก คือ ผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพ สาธารณสุขมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อย คือ ผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสาร จากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เรื่องนี้มีเนื้อหาสาระและการนำเสนอเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

1. การตัดสินใจ ความหมายของการตัดสินใจ กระบวนการตัดสินใจ
2. การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย
3. วิธีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย
5. สมมติฐานในการศึกษา

1. การตัดสินใจ (Decision-making)

1.1 ความหมายของการตัดสินใจ

ได้มีผู้ให้ความหมายของการตัดสินใจของมนุษย์ไว้หลายแง่มุม แต่ก็ เป็นความหมายที่ใกล้เคียงกัน เช่น อะแดร์ (Adair. 1974 : 49-50) ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการคิดของมนุษย์ที่จะตรวจสอบหาวิธีการใด ๆ ที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งต่าง ๆ นอกจากนี้คอนน์ (Conn. 1971 : 89) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจไว้ว่าเป็นการเลือกวิธีการใดวิธีการหนึ่งจากหลาย ๆ วิธีเพื่อแก้ไขปัญหา ส่วนพัทธินี เทียนสุวรรณ (2517) ได้กล่าวถึงการคิดและการตัดสินใจว่าการตัดสินใจเพื่อจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น จะเกิดจากสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมมากระตุ้นให้บุคคลเกิดการรู้สึกรับรู้ เพื่อจะคิดหรือตัดสินใจแสดงพฤติกรรมภายนอกอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งการคิดเพื่อตัดสินใจนี้จะแตกต่างกันไปตามสภาพการณ์

จากความหมายของการตัดสินใจที่นักวิชาการที่ให้ความหมายไว้ดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การตัดสินใจเป็นพฤติกรรมภายในของมนุษย์อย่างหนึ่งที่จะเลือกคิดหาวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งต่าง ๆ

1.2 กระบวนการตัดสินใจ

จากที่กล่าวข้างต้นแล้วว่า การตัดสินใจเป็นการเลือกคิดเพื่อหาวิธีการเพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหา ซึ่งการเลือกคิดนี้เป็นกระบวนการทำงานของสมองที่มีการดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการ ซึ่งกระบวนการคิดเพื่อตัดสินใจนั้นจึงเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ตัดสินใจเห็นความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมาย และวิธีปฏิบัติทำให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพ ได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจไว้แตกต่างกัน ดังนี้

ลินด์บลอม (Lindblom. 1968 : 13) ได้แบ่งกระบวนการตัดสินใจเป็น 5 ขั้นตอน คือ

- 1) ระบุปัญหาให้ชัดเจน
 - 2) กำหนดจุดมุ่งหมายและจัดลำดับความสำคัญของจุดมุ่งหมายนั้น
 - 3) พิจารณาวิธีการปฏิบัติที่เป็นไปได้
 - 4) ประเมินผลดี ผลเสียของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธี
 - 5) เลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด
- ส่วนนิวัต กลิ่นงาม (2521:14) ได้ศึกษากระบวนการตัดสินใจโดยแบ่งกระบวนการตัดสินใจเป็น 6 ขั้นตอน คือ
- 1) ระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ชัดเจน
 - 2) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายในการแก้ปัญหา
 - 3) ค้นหาวิธีปฏิบัติที่เป็นไปได้เพื่อใช้แก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี
 - 4) รวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบวิธีปฏิบัติ
 - 5) ประเมินผลดี และผลเสียของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธี
 - 6) ตกลงใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ดี และมีผลเสียน้อยที่สุด ไปใช้แก้ปัญหา นอกจากนี้ พัทณี เกษนสุวรรณ (2517:28) ได้สรุปกระบวนการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาที่จะต้องตัดสินใจไว้ 4 ขั้นตอน คือ
- 1) ค้นหาสาเหตุของปัญหาโดยการศึกษาและรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจหาได้จากการเรียนรู้ และประสบการณ์
 - 2) กำหนดแนวทางเลือกแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี
 - 3) คาดคะเนผลที่จะได้จากวิธีการเลือกแต่ละวิธี
 - 4) เลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดเพียงวิธีเดียว

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ อาจสรุปกระบวนการตัดสินใจเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาได้เป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

- 1) ระบุปัญหาให้ชัดเจน
- 2) ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดสาเหตุของปัญหา
- 3) กำหนดแนวทางเลือกแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี
- 4) ประเมินผลดีผลเสียของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธี
- 5) เลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด

จากแนวคิดเกี่ยวกับความหมาย และกระบวนการตัดสินใจดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กระบวนการตัดสินใจมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีปัญหาก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น จะต้องผ่านกระบวนการคิดคือ การศึกษาสาเหตุของปัญหา และกำหนดวิธีการในการที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ แล้วจึงเลือกวิธีการที่คิดว่าดีที่สุด ซึ่งจะได้มาจากพฤติกรรมที่แสดงออกภายหลังจากการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติแล้ว ดังนั้นการศึกษาการตัดสินใจโดยพิจารณาจากกระบวนการตัดสินใจจะทำให้ทราบถึงสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมได้ทางหนึ่ง ถ้าหากการตัดสินใจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นที่ยอมรับในสังคมโดยทั่วไปแล้ว พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะเป็นพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมด้วย ดังนั้นการศึกษาถึงการตัดสินใจนี้ จึงมีความสำคัญอย่างหนึ่งที่จะวิเคราะห์ที่มาของพฤติกรรมมนุษย์ได้ทางหนึ่ง

2. การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self-care in Illness)

การดูแลรักษาตัวเองนี้ นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) กล่าวคือ งานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีสถานอนามัยและมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำ เพื่อคอยให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Services) โดยรัฐพยายามจัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมชนบท แต่ยังมีปัญหาในด้านการบริการ ที่ไม่อาจที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรในชนบทให้มากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องนำเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่อย่างจำกัดด้วยวิธีที่เหมาะสม กลวิธีที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จะดำเนินการในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในท้องถิ่น โดยรัฐให้การสนับสนุนด้านความรู้และด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจุบันนี้อาสาสมัครดังกล่าวมีอยู่ 2 พวก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (Village Health Volunteer) อีก

พวกหนึ่ง คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือ ผสส. (Village Health Communicator) โดยอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มนี้จะได้รับการอบรมจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และกลับมาดำเนินงานภายในหมู่บ้านของตนเองในลักษณะของการรักษาพยาบาลที่เป็นโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การส่งเสริมสุขภาพให้กับชาวบ้าน การป้องกันโรคติดต่อ และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักระวังรักษาตนเองให้มีสุขภาพสมบูรณ์ ดังความปรารถนาขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งความหวังไว้ว่าประชาชนทุกคนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 จากหลักการของสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าเป็นลักษณะที่ใช้ความร่วมมือของชุมชน (Community Participation) เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของตนเอง และการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง นับได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) ซึ่งได้ผสมผสานเอาวิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งถือว่าเป็นระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional Health Sector) เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการด้วย

เอ่อมพร ทองกระจาย (2532 : 6) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง และมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintainance) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การรักษาตนเอง (Self Treatment) ซึ่งรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบการบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐที่จะต้องสอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วย

✓ มัลลิกา มัติโก (2530) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Illnes) เป็นการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์เสมอ เป็นการทำพฤติกรรมที่ร่างกายอยู่ในภาวะปกติ เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีประโยชน์ รวมถึงการป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

อีกลักษณะหนึ่ง คือ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมที่ดูแลตนเองในภาวะที่ตนเองรู้สึกว่ามี ความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะรู้ได้จากตัวเอง หรือจากผู้อื่น เช่น การงดอาหารแสลง การซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร รวมทั้งการไปพบแพทย์ ซึ่งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วยนี้แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network) และการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid)

เมื่อพิจารณาถึงสภาพความเจ็บป่วยของประชาชนในชนบท วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2532:9) ได้สำรวจสภาพความเจ็บป่วยของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อปี พ.ศ. 2528 ในเขตจังหวัดขอนแก่น ชัยภูมิ ร้อยเอ็ด พบว่า อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ อันดับหนึ่ง ได้แก่ การเจ็บป่วยที่ระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องร่วง ท้องอืด อันดับสองได้แก่ เป็นไข้ อันดับสาม ได้แก่ อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการไอ เจ็บคอ เป็นหวัด เมื่อพิจารณาอาการเจ็บป่วยจำแนกตามอายุแล้ว พบว่าคนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในวัยแรงงานก่อนวัยกลางคน (อายุ 15-45 ปี) พบว่าร้อยละ 70 มีอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ รองลงมาคือ ปวดตามร่างกาย และปวดท้อง ส่วนวัยแรงงานช่วงกลางคน (อายุ 45-65 ปี) อัตราการเจ็บป่วยของบุคคลในวัยนี้ ร้อยละ 92 พบว่ามีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือ เป็นไข้ ปวดท้อง และจากการศึกษาเดียวกันนี้พบว่าประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะรักษาตนเองถึงร้อยละ 73.49 รองลงมาคือ ไปรักษาที่หมอกกลางบ้านร้อยละ 7.71 และไปรักษาที่สถานีอนามัยเพียงร้อยละ 5.7 นอกจากนี้จากการศึกษาของ นิพนวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2533:175) พบว่าอาการเจ็บป่วยของชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 87.6 รักษาให้หายเองด้วยการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และยังพบว่า การดูแลรักษาตนเองจำนวนมากว่าครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 56.6 เป็นการรักษาตนเองโดยการใช้น้ำสมุนไพรปัจจุบัน

จากปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือดังกล่าว ยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าเป็นพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเองที่เหมาะสมหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากว่าความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ยังเป็นปัญหาที่ยังไม่มีผู้ใดจะ

บ่งชี้ชัดเจนไป เนื่องจากจะมีคำถามเกิดขึ้น เช่น เหมาะสมในความคิดของใครใช้อะไรเป็นเกณฑ์วัดถึงความเหมาะสม เป็นต้น ดังนั้น การดูแลรักษาตนเองอย่างเหมาะสม จึงเป็นหลักการที่จะปรับใช้ในแต่ละสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม โอเร็ม (เอ็อมพร ทองกระจาย. 2532:16 อ้างอิงมาจาก Orem. 1980) ได้ใช้คำว่า การดูแลการรักษาดูแลตนเองเชิงบำบัด (Therapeutic Self care) เป็นความหมายของการดูแลรักษาสุขภาพตนเองที่เป็นไปในทางบวก คือการจัดการโดยกลุ่มวิชาชีพ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ก็คือ การดูแลตนเองใด ๆ ก็ตามที่ไม่นำไปสู่หรือเสี่ยงต่อภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดการหรือการให้คำแนะนำโดยบุคคลที่อยู่ในกลุ่มของวิชาชีพสาธารณสุข

จากความหมายและขอบเขตของการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ใช้เป็นกรอบเนื้อหาเพื่อศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กล่าวคือเป็นการศึกษาถึงการดูแลรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นไข้ เป็นต้น รวมทั้งเป็นการดูแลรักษาตนเองที่เหมาะสม โดยได้รับคำแนะนำหรือทราบข้อมูลจากบุคคลที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข

3. วิธีการศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวทางการศึกษาของนิวัต กลิ่นงาม (2521) ที่ได้ศึกษาการตัดสินใจแก้ปัญหาประชากรของนักศึกษาวิทยาลัยครูส่วนกลาง เป็นแนวทางในการศึกษา แต่ได้ปรับวิธีการศึกษาบางประการเพื่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้น กล่าวคือการศึกษาของนิวัต กลิ่นงาม ได้ใช้วิธีการศึกษาการตัดสินใจจากระบบการตัดสินใจ เป็นกรอบความคิดทางทฤษฎีและได้กำหนดการแก้ปัญหาประชากรของนักศึกษาวิทยาลัยครูส่วนกลางเป็นกรอบ แนวคิดด้านเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจว่าการตัดสินใจของนักศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาประชากรถูกต้องหรือไม่ อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาโดยการใช้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจนี้ อาจมีข้อโต้แย้งในเรื่องของความลำเอียงที่เกิดจากตัวผู้ตัดสินใจ นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการตัดสินใจของนักศึกษา ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์นั้นด้วย ซึ่งผลของ

สถานการณ์อาจมีผลกระทบต่อการวินิจฉัยของผู้เชี่ยวชาญได้ ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จะใช้แนวทางการศึกษาการตัดสินใจโดยศึกษาจากกระบวนการตัดสินใจในชั้นเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด เป็นกรอบความคิดทางทฤษฎี และใช้การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นกรอบความคิดด้านเนื้อหา การศึกษาจะจำแนกการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ด้าน คือ การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข และกลุ่มอื่น ๆ นอกวิชาชีพสาธารณสุข

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

แนวทางการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้ จะพิจารณาเงื่อนไขที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์ 2 ด้าน คือ เงื่อนไขที่เกิดจากตัวมนุษย์เอง ได้แก่ จิตลักษณะต่าง ๆ ในที่นี้มุ่งศึกษาจิตลักษณะด้านความเชื่ออำนาจภายในตน และความรับผิดชอบต่อตัวเอง อีกเงื่อนไขหนึ่งคือ ด้านสภาพแวดล้อมในที่นี้ ศึกษาเกี่ยวกับเขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองตามระบบแพทย์พื้นบ้าน ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การศึกษา และการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ คือ

4.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of Control) เป็นจิตลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะกำหนดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของบุคคล จิตลักษณะด้านความเชื่ออำนาจภายในตนที่จะกำหนดพฤติกรรมที่พึงปรารถนานั้น ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523) กล่าวว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา จะมีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of Control) มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of Control) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนนั้น จะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาหลายด้าน เช่น การศึกษาของ พจน์ จันทวีระกุล (2515) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่าน ความอยากรู้อยากเห็น และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกของเด็กไทยและเด็กจีน

ชั้นประถมปีที่ 4 และชั้นประถมปีที่ 7 พบผลว่าความเข้าใจในการอ่าน ความเร็วและความถูกต้องในการอ่านและความอยากหรืออยากเห็นในเด็กชั้นประถมปีที่ 4 เด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงมีความเข้าใจในการอ่าน และอ่านได้ถูกต้องมากกว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ ส่วนเด็กชั้นประถมปีที่ 7 ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีความเข้าใจในการอ่านสูงกว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ นอกจากนี้การศึกษาของ กรุณา กิจชยัน (2517) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีวินัยแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน และคุณธรรมแห่งพลเมืองดีของเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5 พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมีวินัยแห่งตน ส่วนการศึกษาของอุษา หัชชะวณิช (2521) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรม ความถนัดทางภาษา และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมสูงกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน นอกจากนี้ กรรณิกา กันธะรักษา (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงมีครรภ์

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอำนาจภายในตนจะมีลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรมที่พึงปรารถนาหลายด้าน เช่น พฤติกรรมการอ่านได้เร็วและถูกต้องมีความอยากหรืออยากเห็น ความมีวินัยแห่งตน การมีเหตุผลในเชิงจริยธรรมสูง และพฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ดังนั้นคุณลักษณะของความเชื่ออำนาจภายในตนจึงมีความสำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงออกของบุคคลให้มีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ซึ่งน่าจะนำมาศึกษาร่วมกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทด้วย

รอตเตอร์ (Rotter. 1966:1) ได้ให้ความหมายของการเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ว่าแรงเสริมที่เขาได้รับนั้นไม่เป็นผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการกระทำของเขาเองทั้งหมด แต่เกิดจากโชคเคราะห์หรือการควบคุมของบุคคลอื่น บุคคลประเภทนี้จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลรับรู้ว่า เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเขาเป็นผล

มาจากตัวของเขาเอง บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เลฟคอร์ท (Lefcourt, 1966 : 206) ได้ให้ความหมายความเชื่ออำนาจภายในตนว่า เป็นลักษณะของบุคคลที่รับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวก และเหตุการณ์ทางลบ เป็นผลเนื่องมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ไม่ใช่ผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง และมีความเชื่อว่า เหตุการณ์นั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตน นอกจากนี้ มนตรี อ้นนรงค์ (2517) ได้ให้คำจำกัดความของทัศนคติแบบควบคุมภายในตน คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ตนเป็นผู้กระทำขึ้นเอง โดยอาศัยความสามารถของตนเอง การแสดงออกจะเป็นในรูปแบบของความกระตือรือร้นตั้งใจจริง ตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง สอรับในผลการกระทำของตนเองไม่ว่าจะล้มเหลวหรือได้รับความสำเร็จมีเหตุผลในตนเอง ไม่เชื่อโชคกลาง พรหมลิขิต หรือความบังเอิญในทางกลับกัน ทัศนคติแบบควบคุมจากภายนอกตนเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่ว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ไม่ใช่ตนเป็นผู้กระทำ เช่น โชค และความบังเอิญ เป็นต้น

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลที่ว่า ผลที่เขาได้รับจากการกระทำขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งใด ถ้าบุคคลมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าผลของการกระทำ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตน ตนสามารถควบคุมผลที่เกิดขึ้นก็จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สิ่งใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการกระทำของตน ตนไม่สามารถควบคุมได้ และเชื่อว่าเกิดขึ้นเนื่องจากมีอิทธิพลของอำนาจภายนอก เช่น โชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ บุคคลประเภทนี้จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

จากความหมายที่อยู่ในรูปของลักษณะทางจิตใจดังกล่าวแล้ว วัลภา พิวทน (2527) ได้สรุปถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนที่มีผลต่อพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ คือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการตัดสินใจที่เด็ดเดี่ยว ไม่คล้อยตามผู้อื่นอย่างไม่มีเหตุผล มี

กระบวนการแก้ไขในการทำงานก่อนการตัดสินใจแต่ละครั้ง ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบมีการตั้งใจ ศึกษาหาความรู้ และเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากการงานมากกว่าที่จะเรียนรู้จากบุคคลอื่น หรืออิทธิพลของสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังสามารถที่จะเข้ากับสังคม ได้ดีทั้งกับคนคุ้นเคยหรือไม่คุ้นเคยมาก่อน ซึ่งจะเป็นพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับผู้ที่มีความเชื่อกับอำนาจภายนอกตน

เมื่อพิจารณาถึงมโนทัศน์ (Concept) ของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่จำเป็นต้องอาศัยเหตุผลในการตัดสินใจ เพื่อเลือกพฤติกรรมที่จะดูแลรักษาตนเอง บุคคลที่จะตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง จะมีลักษณะของการตัดสินใจที่ต้องมีจิตลักษณะด้านความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า เชื่ออำนาจภายนอกตน กล่าวคือ จะต้องไม่คล้อยตามคนอื่นอย่างไม่มีเหตุผล ต้องศึกษาหาข้อมูลเพื่อมาประกอบการตัดสินใจด้วยตัวของตัวเอง ดูเชกท์ และวอล์ค (Ducette and Walk. 1973 : 420-426) รายงานว่าผู้มีอำนาจภายในตนมีความสามารถที่จะรับรู้ข่าวสารข้อมูล และรู้จักใช้ข้อมูลนั้นช่วยทำให้การตัดสินใจถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะใช้เวลาในการตัดสินใจนานกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน สำหรับผลการวิจัยในประเทศไทย ผกา บุญเรือง (2520) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจเลือกอาชีพ วุฒิมหาบัณฑิต และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับนิสิตปี 1 ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 185 คน พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนของนิสิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกอาชีพ และยังพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีวุฒิมหาบัณฑิตสูงกว่านิสิตที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน นอกจากนี้กรรณิการักษะรักษา (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในหญิงมีครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในหญิงมีครรภ์ ส่วน ดวงกมล อัครอนุสรณ์ (2527) ได้ศึกษาภาวะการควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษาความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 150 ราย พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมีความสัมพันธ์กัน

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจและพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีอำนาจภายในตนจะรู้จักนำข้อมูลข่าวสารมาช่วยในการพิจารณา ประกอบกับการตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจด้วยตัวของตัวเอง ไม่คล้อยตามผู้อื่นอย่างไม่มีเหตุผล ทำให้มีการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน นอกจากนี้ ยังพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การตัดสินใจเลือกอาชีพ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้คาดว่าจะพบความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทด้วย

4.2 ความรับผิดชอบต่อตนเองกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ความรับผิดชอบ (Responsibility) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความผูกพันผูกพันเพียรรอบคอบ และระมัดระวัง ตลอดจนจดติดตามผลงานที่ได้ทำไปแล้ว โดยไม่ต้องมีการบังคับจากผู้อื่น เพื่อยุติการปรับปรุงแก้ไขงานนั้นให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ยอมรับผลการกระทำของตนเองด้วยความเต็มใจ ทั้งในด้านที่เป็นผลดี และผลเสีย มีความปรารถนาที่จะทำให้อดีขึ้น ทั้งนี้โดยมีการควบคุมตนเองได้

จากความหมายของคุณลักษณะผู้มีความรับผิดชอบดังกล่าว ยูพา อานันท์สิทธิ์ (2515) ได้เสนอนิยามองค์ประกอบของความรับผิดชอบไว้ว่าความรับผิดชอบ เป็นจิตลักษณะของบุคคลที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ 6 ประการ คือ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง และมีความเป็นตัวของตัวเองควบคุมตัวเองได้ เป็นที่ไว้วางใจได้ ยึดมั่นในกฎเกณฑ์และถือศักดิ์ศรี มีความปรารถนาที่จะทำให้อดีกว่าเดิม ทำงานแข็งขันไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนี้ เป็นองค์ประกอบด้านจิตใจและมีปฏิสัมพันธ์กัน และผลรวมของปฏิสัมพันธ์นี้จะแสดงออกถึงความรับผิดชอบ

นอกจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรับผิดชอบดังกล่าวจะพบว่า ความรับผิดชอบของบุคคลอาจพิจารณาได้ 2 ด้านคือ ด้านที่เป็นจิตลักษณะกับด้านที่เป็นพฤติกรรม ซึ่งความรับผิดชอบทั้ง 2 ด้านนี้ จะส่งผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีจิตใจที่มีความรับผิดชอบแล้ว ก็จะทำให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมของความรับผิดชอบด้วย ความสำคัญของคุณลักษณะของผู้ที่มีความรับผิดชอบนี้ จรรยา

และคณะ (จรรยา สุวรรณทัต, ดวงเดือน พันธุมนาวิณ และเพ็ญแข ประจวบจันทน์. 2521) ได้กล่าวว่า ถ้าบุคคลในสังคมรู้จักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเป็นอย่างดีแล้ว ก็ย่อมจะทำงานในหน้าที่ความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ นั้น ดำเนินไปได้จนบรรลุผลสำเร็จ ก่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทั้งของตนเองและสังคม นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า คุณลักษณะของผู้ที่มีความรับผิดชอบจะมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะอื่น ๆ ที่พึงประสงค์ของสังคม หลายด้าน เช่น การศึกษาของสฟโซค พูลนวม (2523) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซื่อสัตย์ กับความรับผิดชอบของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 3 มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษพบว่าความ รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซื่อสัตย์ นอกจากนี้ยังพบผลอีกว่าผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความรับผิดชอบสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ ส่วนการศึกษาของ อารีย์ เศรษฐชัย (2520) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรับผิดชอบต่อ และความเชื่อมั่นในตนเองของนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 พบว่าความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในตนเองเฉพาะ กลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และ 3 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 นอกจากนี้ ประพนธ์ เล็กสวาสดี (2517) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบต่อและการฟัง ผู้อื่นของนักเรียน พบว่าความรับผิดชอบต่อมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟังผู้อื่น ทั้งในกลุ่มนักเรียนชาย และหญิง นอกจากนี้ จิตรนาถ กิรติเสวี (2516) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบต่อ กับความเป็นผู้นำของนักศึกษาวิทยาลัยครูสงขลาชั้นปีที่ 2 ผลการศึกษพบว่าความรับผิดชอบต่อมี ความสัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้นำ

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อจะมีคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ พึงประสงค์ของสังคมด้วย เช่น เป็นผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความเชื่อมั่นในตัวเอง รู้จัก ฟังตัวเอง และมีลักษณะความเป็นผู้นำ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาเรื่องความรับผิดชอบต่อของบุคคลนี้ จะช่วยทำให้ทราบถึงผลของพฤติกรรมที่เกิดจากความรับผิดชอบต่อของบุคคล ซึ่งทำให้สามารถหาทาง ในการที่จะสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีความรับผิดชอบต่อไปด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อนี้ ส่วนมากจะมุ่งศึกษาเฉพาะความรับผิดชอบต่อของ บุคคลที่มีต่อเรื่องใด เช่น ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความรับผิดชอบต่อ

ชุมชน เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงประเภทของความรับผิดชอบแล้ว พรชัย รอดสมจิตร (2527) ได้แบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) ความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง การรับรู้ฐานะบทบาทของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่สามารถช่วยตนเองได้ รู้สึกว่าอะไรผิด อะไรถูก ยอมรับผลการกระทำของตนทั้งที่เป็นผลดีและผลเสีย จะเน้นบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ย่อมจะพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนว่า สิ่งที่จะกระทำลงไปนั้น จะมีผลเสียหรือไม่ และจะเลือกปฏิบัติแต่สิ่งที่ทำให้เกิดผลดีเท่านั้น 2) ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีภาระที่จะต้องพึงปฏิบัติและมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมที่ตนอยู่ เป็นเรื่องที่ผูกพันเกี่ยวข้องกับหลายสิ่งหลายอย่างตั้งแต่สังคมขนาดเล็กจนถึงสังคมขนาดใหญ่

เมื่อพิจารณาถึงมโนทัศน์ (Concept) ของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จะพบว่าผู้ที่จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตัวเองด้วย กล่าวคือ เมื่อบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมอย่างไรในภาวะของการเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีการพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบว่าสิ่งที่ตนเองกระทำลงไปนั้น จะเกิดผลเสียหรือไม่ รู้จักเลือกปฏิบัติแต่สิ่งที่จะทำให้เกิดผลดีเท่านั้น ซึ่งอาจเปรียบเทียบกับกระบวนการตัดสินใจ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจะต้องรู้จักหาข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้จากประสบการณ์มาพิจารณาเลือกทางที่ดีที่สุดสำหรับตนเองก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่งเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ โอเร็ม และ เทเลอร์ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 ; อ้างอิงมาจาก Orem and Taylor. 1968) ได้กล่าวถึงพลังความสามารถดูแลตนเองได้ประการหนึ่ง คือ จะต้องเป็นผู้ที่สนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบต่อตนเอง ส่วนการศึกษาที่เป็นลักษณะของงานวิจัยนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบต่อตัวเองกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย แต่จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้คาดว่าจะพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรับผิดชอบต่อตัวเองกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทด้วย

4.3 เขตที่อยู่อาศัยกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การแก้ปัญหาชนบทตามแผนพัฒนาชนบท ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระยะเวลาที่ 6 ได้ยึดปัญหาที่มีในแต่ละพื้นที่เป็นหลัก โดยมุ่งแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงให้สอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริง และความต้องการของประชาชน โดยกระจายอำนาจให้จังหวัดกำหนดพื้นที่เป้าหมายของตนเอง ในการกำหนดพื้นที่เป้าหมายเพื่อการพัฒนาตามแผนพัฒนาชนบทระดับจังหวัดนั้น จังหวัดจะกำหนดพื้นที่เป้าหมาย เพื่อการพัฒนาตามแผนพัฒนาชนบทระดับจังหวัด และจังหวัดจะกำหนดลำดับความสำคัญก่อนหลังของพื้นที่ที่ต้องเร่งรัดการพัฒนา โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. 2 ค) เป็นเครื่องมือในการพิจารณาประเมินการพัฒนาของหมู่บ้าน กล่าวคือ ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. 2 ค) จะประกอบด้วยกลุ่มปัญหาหลัก 5 กลุ่มปัญหา คือ กลุ่มปัญหาโครงสร้างพื้นฐาน กลุ่มปัญหาผลผลิต กลุ่มปัญหาสาธารณสุข กลุ่มปัญหาแหล่งน้ำ และกลุ่มปัญหาความรู้ หากหมู่บ้านใดมี 4 ถึง 5 กลุ่มปัญหา หมู่บ้านนั้นจัดอยู่ในพื้นที่เร่งรัดการพัฒนาระดับแรก หรือพื้นที่ล่าช้า หมู่บ้านใดมี 3 กลุ่มปัญหา 2 กลุ่มปัญหา และ 1 กลุ่มปัญหา จะจัดอยู่ในพื้นที่เร่งรัดการพัฒนา เป็นอันดับรอง ลดหลั่นกันตามจำนวนกลุ่มปัญหาที่ปรากฏหรือพื้นที่ปานกลาง ส่วนพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่มีศักยภาพทางการผลิตสูง มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดี รวมทั้งมีปัญหาดังกล่าวข้างต้นอยู่เบาบางมาก จะเป็นพื้นที่พัฒนาตามปกติหรือเรียกว่าพื้นที่พัฒนาในระดับก้าวหน้า (ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. 2529:11)

จากการแบ่งกลุ่มพื้นที่เป้าหมายตามระดับการพัฒนา โดยพิจารณาจากปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จะเห็นว่าพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่างกันจะมีความแตกต่างกันทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เช่น ความสะดวกในการคมนาคม ผลผลิตหรือรายได้ สุขภาพ อนามัย น้ำกินน้ำใช้ ตลอดจนความรู้ลึกที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน ความช่วยเหลือด้านการพัฒนาที่ได้รับจากรัฐ ก็จะแตกต่างกันด้วย จากการศึกษาของนิวัต กลิ่นงาม (2521:16) เรื่องการตัดสินใจวางแผนครอบครัว ได้เสนอรูปแบบของการตัดสินใจวางแผนครอบครัวไว้ว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น สภาพด้านเศรษฐกิจ ระบบการช่วยเหลือของรัฐ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เป็นต้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจวางแผนครอบครัว นอกจากนี้ ก่อ สวัสดิพานิช. (2519:175-177) ได้กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อ

การตัดสินใจ กล่าวคือ บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมเช่นไร มักจะตัดสินใจเช่นนั้น ถ้าไม่ยอมรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมก็จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง นอกจากนี้ ไชมอน (สมปราชญ์ จอมเทศ. 2516:102; อ้างอิงมาจาก Simon. 1974) ได้กล่าวว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ คือข้อเท็จจริง การตัดสินใจใด ๆ ก็ตามถ้าหากผู้ตัดสินใจมีข้อเท็จจริงไม่เพียงพอและขาดคุณภาพ การตัดสินใจนั้นมักจะไม่สามารถประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจสังคม แหล่งข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมนุษย์

เมื่อพิจารณาถึงการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ของชาวชนบทที่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน โดยพิจารณาจากระดับการพัฒนาตามที่กล่าวข้างต้นแล้วจะเห็นว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความจำเป็นด้านสภาพแวดล้อมด้วย เช่น ถ้าชาวชนบทที่อยู่ในเขตพื้นที่พัฒนาในระดับหลังเจ็บป่วยต้องการไปปรึกษากับอนามัยตำบล แต่ทางคมนาคมไม่สะดวก นอกจากนี้ความจำเป็นด้านเศรษฐกิจในครัวเรือนจะต้องออกไปรับจ้างเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ตัดสินใจซื้อยาชุดจากร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งต่างกับชาวชนบทที่อยู่ในเขตก้าวหน้าที่มีทางคมนาคมสะดวก สภาพเศรษฐกิจดีทำให้ชาวชนบทสามารถตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมตามแนวทางของระบบแพทย์วิชาชีพได้ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่แสดงให้เห็นว่า ชาวชนบทที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน จะมีผลต่อการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองอย่างไร แต่จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน จะมีการตัดสินใจต่างกันด้วย ดังนั้นจึงคาดได้ว่าประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน จะมีผลต่อการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกันด้วย

4.4 ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้านกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ความเชื่อเป็นความคิดเห็นของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และยอมรับว่าสิ่งนั้นเมื่ออยู่จริงและถูกต้องแล้ว (เจลีชว บุรีภักดี. 2517 : 225) ผู้ใดมีความเชื่ออย่างใด ก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อนั้น ๆ นอกจากนี้ เญ็ญช ประจวบจันทน์ (2533 : 6) ได้อธิบายความเชื่อไว้ว่า ความเชื่อ (Beliefs) ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อทางกายภาพ สังคม หรือไสยศาสตร์

ก็แล้วแต่แสดงถึงอุดมการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเชื่อนั้น ความเชื่อมักมีความต่อเนื่องกันเป็นชุดเพื่ออธิบายบางสิ่ง ซึ่งอาจถูกหรือผิดก็ได้ ความสำคัญของความเชื่อมิได้อยู่ที่ความถูกต้อง แต่อยู่ที่บุคคลมีความเชื่อต่อสิ่งนั้น ดังนั้นการที่บุคคลมีความเชื่ออย่างไร และแสดงออกถึงพฤติกรรมตามความเชื่อ นั้น ๆ โดยไม่คำนึงถึงความถูกหรือผิดแล้ว การแสดงพฤติกรรมอาจเป็นพฤติกรรมที่ผิด และอาจก่อปัญหาให้เกิดกับตัวเองและสังคมได้ การปลูกฝังความเชื่อในสิ่งที่ถูกจึงเป็นความสำคัญที่จะต้องปลูกฝังให้มีในบุคคล เพื่อที่เขาจะได้แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk-care Sector) หรือ ระบบการแพทย์ท้องถิ่น ซึ่งเป็นลักษณะของการแพทย์แบบชาวบ้าน ไม่มีความเป็นวิชาชีพ ชาวบ้านเชื่อว่าความเจ็บไข้ได้ป่วย เกิดจากอำนาจของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง เพราะฉะนั้นในการบำบัดรักษาหรือการดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยนั้น จะต้องหาทางทำให้อำนาจนี้หยุดการกระทำให้เกิดความเจ็บไข้ที่นั่นเสีย โดยทำให้อำนาจนั้นพอใจ หายโกรธ หรือออกไปเสียอย่างนุ่มนวล หรือไม่เช่นนั้นก็ต้องใช้อำนาจจากอีกแหล่งหนึ่ง ที่เชื่อว่ามีพลังสูงกว่ามาทำให้อำนาจที่มาทำให้เจ็บไข้หมดพลังหรือถอยออกไป "อำนาจ" ในที่นี้ไม่ใช่ อำนาจที่เป็นนามธรรม และอยู่กระจัดกระจาย แต่เป็นอำนาจที่ผู้คนในสังคมนั้นเชื่อว่ามีอยู่ และสามารถปรากฏในเชิงรูปธรรม เช่น กฎแห่งกรรมในเรื่องของคนทำบาป ซึ่งวันหนึ่งผลกรรมจะตามสนองให้ตน หรือผู้ใกล้ชิดเกิดอุบัติเหตุ เสียชีวิต เป็นต้น หรืออำนาจนั้นอาจติดอยู่กับเทวดา พระสงฆ์ คน ผี วัตถุ สถานที่ และเวทย์มนต์คาถา ทั้งที่เขียนหรือจารึกเอาไว้ และท่องบ่น ออกมาเป็นเสียงได้ (ฉลาด รมิตานนท์ และอาพันธ์ กาญจนพันธ์. 2532)

เกี่ยวกับความเชื่อ ในการดูแลรักษาตนเองตามระบบแพทย์พื้นบ้านนั้น กิติกร มีทรัพย์ (2532) ได้ศึกษาพบว่า การดูแลรักษาตนเองจะเป็นไปตามระบบความเชื่อตามสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่ยังไม่ถึงเป็นโรค เช่น รู้สึกขี้หงุดหงิด เครียด หรือรู้สึกผิด บาป อาจแก้ปัญหาโดยการทำบุญให้ทาน หรือขอขมา เป็นต้น ถ้ากรณีปัญหาในระดับที่เป็นโรคก็สามารถดูแลตนเองได้บ้างตามข้างต้น แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จำเป็นต้อง "หมอน้ำบ้าน" ซึ่งมีอยู่หลายชนิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วย และญาติว่าอาการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากอะไร เช่น ถ้าเชื่อว่าผีทำเขาก็จะไปหาหมอผี หรือเชื่อว่าถูกคุณ ก็จะไปหาหมอไสยศาสตร์ เป็นต้น ซึ่ง

จะเห็นได้ว่าทั้งผู้ป่วยและหมอจะมีความเห็นตรงกันว่าเหตุของโรคมาจากอะไร เป็นเหตุผลประการหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการแก้ปัญหา หรือการบำบัดรักษาในกรอบของการดูแลรักษาตนเอง (Self-care) ตามระบบแพทย์พื้นบ้านเป็นไปโดยราบรื่น ซึ่งวิธีการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามระบบแพทย์พื้นบ้านของไทยนั้น กิติกร มีทรัพย์ (2532) ยังได้สำรวจพบว่ามีการรักษาตนเอง 3 ประเภท ดังนี้ การรักษาด้วยหมอผีฟ้า หรือผีฟ้า เป็นการดูแลรักษาตนเองโดยญาติจะพาผู้ป่วยไปหาหมอดู หรือ หมอผี หรือหมอทรงเพื่อดูว่าปัญหาการเจ็บป่วยเนื่องมาจากผีฟ้าหรือไม่ ถ้าไม่หมอทรงก็จะเชิญผีฟ้ามารักษาถ้าไม่ใช่ก็จะไม่รับรักษา

การรักษาด้วยการเข้าพิธีสวดภาณยักษ์ เป็นความเชื่อที่ว่าถ้าผู้ใดรู้ว่ามีความอับมงคล หรือผีแฝงอยู่ในตัวทำให้เกิดความไม่สบายใจ หรือเกิดอาการเจ็บไข้ก็จะเข้าร่วมพิธีสวดภาณยักษ์ ซึ่งมีผู้ดำเนินการคือ พระสงฆ์กลุ่มหนึ่ง ผู้ทำหน้าที่ดูผู้รักษาหรือหมอ

การบำบัดรักษาด้วยสมุนไพร เป็นการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากความผันแปรของธาตุทั้ง 4 ในร่างกายหรือเกิดจากอำนาจที่ผิดธรรมชาติ การรักษาจะมีการนำสมุนไพรมาประกอบเป็นยาหม้อหรือยาต้ม รวมทั้งการเสกเป่าคาถาอาคมด้วย

จากความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยตามระบบแพทย์พื้นบ้านตามที่กล่าวข้างต้น เป็นความเชื่อที่มีมานานในสังคมไทย เป็นกระแสที่เชื่อมโยงจากอดีตมาจนถึงปัจจุบัน แม้สังคมไทยปัจจุบันจะมีระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional Health Sector) ซึ่งเป็นระบบแพทย์แบบตะวันตกและมีลักษณะความเป็นวิชาชีพสูงแพร่กระจายเข้าสู่สังคมชนบทไทยผ่านหน่วยงานของรัฐ เช่น สาธารณสุขตำบล เป็นต้น แต่ความเชื่อของชาวชนบทเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการปลุกฝังมาแต่บรรพบุรุษ อาจส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ จากการสำรวจของ วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2532:13) พบว่าชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไปขอคำแนะนำและการรักษาจากหมอแผนโบราณและหมอกกลางบ้าน ถึงร้อยละ 2.81 และร้อยละ 7.71 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่าการใช้แหล่งรักษา จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสถานีอนามัยซึ่งมีเพียงร้อยละ 0.80 และร้อยละ 5.70 ตามลำดับ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าเมื่อเจ็บป่วยคนชนบทก็ยังให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาเจ็บป่วย โดยการรักษากับหมอกกลางบ้าน และหมอแผนโบราณ ซึ่งเป็นการรักษาตามระบบแพทย์พื้นบ้านเป็นการรักษาตามความเชื่อ และค่านิยมซึ่งมีมาตั้งแต่เดิมไม่น้อยกว่าไปรักษาที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้ระบบการแพทย์ปัจจุบันได้แพร่กระจายเข้าไปสู่สังคมชนบทมาก แต่ชาวชนบทที่ยังมีความยึดมั่นอยู่ในความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยตนเอง ตามระบบแพทย์พื้นบ้าน (Folk care Sector) ซึ่งเป็นการรักษาตามความเชื่อและประสบการณ์ สืบทอดกันมาแต่บรรพบุรุษ มากกว่าใช้วิธีการรักษาตามระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional Health Sector) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้านมักจะให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาตนเอง โดยแสวงหาคำแนะนำจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย เนื่องจากจะใช้วิธีการดูแลรักษาตนเองตามความเชื่อของตนเอง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงคาดว่า จะพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเชื่อตามระบบแพทย์พื้นบ้านกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทด้วย

4.5 ศักยภาพทางเศรษฐกิจกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ศักยภาพทางเศรษฐกิจเป็นความสามารถของบุคคลที่ประกอบอาชีพ เพื่อหาปัจจัยที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต สุพรรณิ ไชยอำพร (Chaiumporn, 1987) ได้ศึกษาหาความพยายามพึ่งตนเองของชาวชนบทภาคเหนือของประเทศไทย และได้ศึกษาองค์ประกอบความพยายามพึ่งตนเองด้านหนึ่งคือ ศักยภาพทางเศรษฐกิจโดยพิจารณาจากความสามารถในการหาอาหาร เลี้ยงฝ้าย ที่อยู่อาศัย รวมทั้งเครื่องอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังพิจารณาจากความสมดุลย์ระหว่างรายรับ-รายจ่าย และปริมาณของผลผลิตที่ได้รับเป็นตัวชี้วัดความสามารถทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ นพนธ์ สิมมา (2523) ได้ศึกษาจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับนวัตกรรมของเกษตรกรไทยภาคเหนือ ได้พิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจจากจำนวนรายได้ต่อปี ปริมาณการมีกสิกรรมใช้ของครอบครัวหนึ่ง ๆ รวมถึงการพิจารณาเครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เป็นตัวชี้วัดฐานะทางเศรษฐกิจของเกษตรกร ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าตัวชี้วัดศักยภาพทางเศรษฐกิจของชาวชนบท ได้แก่ ความพอเพียงของเลี้ยงฝ้าย อาหาร ที่อยู่อาศัย และเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งความสมดุลย์ของรายรับ-รายจ่ายของครอบครัว

จากการศึกษาของ นพณ์ สัมมา (2523) พบว่า การยอมรับนวัตกรรมการศึกษาจาก กระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนการศึกษา ของ วีระยศ ทรงผลิ (2530) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ เพื่อการผลิต พบว่าระดับรายได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต นอกจากนี้ผลการศึกษาของ จีระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ (2529) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมการศึกษาที่ใช้ต้นทุนสูง เช่น การใช้รถยนต์ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง จะยอมรับนวัตกรรมการเกษตรสูงกว่า เกษตรกรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำในสถานการณ์ดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท ผู้ที่มีรายได้น้อยจะไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมากนัก ส่วนใหญ่มุ่งความสนใจที่จะหาเงินมาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดของตัวเองเท่านั้น (เรมวาล เน้นท์ศุภวัฒน์. 2524) นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุวัฒน์ ภูเกื้อยะ (2524) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน จะมีการดูแลรักษาตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง จะให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ส่วนรัตน มาศเกษม (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาตนเอง เนื่องจากรายได้ของบุคคลแม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองอย่างยิ่ง จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าศักยภาพทางเศรษฐกิจมีผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมในการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นจึงคาดว่าชาวชนบทที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน จะตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกันด้วย

4.6 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสาธารณะสุขกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาถึงความหมายของการมีส่วนร่วมแล้ว มีนักวิชาการได้ให้ทัศนะคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้หลายประการ เช่น เพียร์ส และสไตเฟล (Pearse & Stiefel. 1979 : 18) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า หมายถึงการที่ประชาชนที่เคยเป็นผู้อยู่นอกได้เข้ามาเพิ่มความหมายในการควบคุมทรัพยากรและสถาบันต่าง ๆ ตามสภาวะสังคมที่เป็นอยู่ นอกจากนี้จากการประชุมทางวิชาการ เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายและกลวิธีซึ่งจัดโดยศูนย์ศึกษาและนโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล (2527) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนคือการที่ประชาชนได้พัฒนาชีวิตความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพในฐานะสมาชิกของสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชนจะทำให้เกิดการพัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงในรูปของการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนเองเป็นตัวของตัวเอง ส่วนสุริสวัสดิ์ หุ่นยนต์ (2528:25) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าหมายถึงการที่กลุ่มคนซึ่งในอดีตที่ผ่านมาเป็นผู้อยู่ในวงนอก ได้เข้ามามีสิทธิ์ และมีโอกาสในการควบคุมทรัพยากรและสถาบันต่าง ๆ ในสังคม รวมตลอดถึงได้เข้าจัดการ การใช้ การกระจาย การผลิต และทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมด้วยตนเอง โดยไม่มีผู้ใดเป็นผู้กำหนดให้

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ อาจสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการที่ประชาชน ซึ่งอยู่นอกได้พัฒนาขีดความสามารถของตนเข้ามามีส่วนในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากรด้วยตนเอง และจากผลของการเข้ามามีส่วนร่วมนี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาสติปัญญาของตนเอง เพื่อการตัดสินใจกำหนดชีวิตของตนได้อย่างเป็นตัวของตัวเอง

ในการพิจารณาการมีส่วนร่วมกิจกรรมอาจมองได้หลายมิติ ซึ่งไวท์ (White. 1982 : 18) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมไว้ 4 มิติ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมในการประเมินผล ส่วนสุริสวัสดิ์ หุ่นยนต์ (2528 : 25) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหา ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข ปฏิบัติ รับผลประโยชน์

และการร่วมประเมินผล อย่างไรก็ตามการพิจารณาการมีส่วนร่วมของประชาชนในชั้นบทกั้น การเข้าร่วมในมิติของการค้นหาปัญหาและตัดสินใจแก้ปัญหา การร่วมประเมินผลนั้นน้อยมาก ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของสุรัสวดี ทุ่นพนธ์ (2528 : 80) ที่สรุปการเข้าร่วมในกิจกรรม พัฒนาสาธารณสุขสมบัติของชาวชนบทว่าจะพบมากในขั้นปฏิบัติการ คือ การใช้แรงงานออกเงิน วัสดุ และการเข้าร่วมประชุมเพียงบางครั้ง ส่วนขั้นตอนอื่น ๆ พบน้อยมาก ดังได้ศึกษาจากการเข้าร่วมทุกมิติของการมีส่วนร่วม อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การมีตำแหน่งในฐานะกรรมการและประธานของกลุ่มกิจกรรม เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาการเข้าร่วมเฉพาะมิติของการเข้าร่วม ในขั้นปฏิบัติการ และขั้นรับผลประโยชน์ ซึ่งผู้ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มกิจกรรมทุกคน รวมทั้งกรรมการประธานก็ต้องเข้าร่วมปฏิบัติการ และรับผลประโยชน์ในฐานะสมาชิก เช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย

เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้านถิ่น การสาธารณสุขมูลฐานมีหลักการดำเนินการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการโดยรัฐ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนรู้จักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ อนามัย ซึ่งกลวิธีการดำเนินการของสาธารณสุขมูลฐานมี 8 ประการ คือ

1. การสุขศึกษา คือ กลวิธีที่ทำให้ประชาชนทุกคน หรือทุกหลังคาเรือน ได้รู้ปัญหาเกี่ยวกับโรคในท้องถิ่น เข้าใจถึงวิธีป้องกันและควบคุมโรคที่พบในท้องถิ่น ตลอดจนถึงการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นมูลฐานของตนเองโดยผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเผยแพร่ แผ่นโฆษณา การจัดอบรมความรู้ด้านสุขศึกษา เป็นต้น

2. การโภชนาการ เป็นกลวิธีที่จะลดภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี กิจกรรมที่ทำในท้องถิ่น เช่น การชั่งน้ำหนักเด็ก เพื่อเฝ้าระวังการขาดสารอาหารในเด็ก การให้โภชนศึกษา การทำอาหารเสริมในหมู่บ้าน เป็นต้น

3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ เป็นการให้ภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแกนกลาง สนับสนุนการดำเนินงานของรัฐ

4. การให้การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบในท้องถิ่น โดยการเผยแพร่วิธีการแก้ปัญหาโรคทางเดินอาหารและลำไส้ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วง โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ และสนับสนุนการดำเนินการของรัฐ
5. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และจัดหาน้ำสะอาด เป็นกลวิธีที่สนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนาการสุขาภิบาลได้ด้วยตนเอง เช่น การจัดฝึกอบรมชาวบ้านเพื่อสร้างที่เก็บกักน้ำฝน สนับสนุนค่าวัสดุก่อสร้าง สำหรับผู้ยากจนโดยดำเนินการในรูปของกองทุนสุขาภิบาล
6. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน โดยดำเนินการในรูปของกองทุนยาเวชภัณฑ์ ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม
7. การวางแผนครอบครัว และการอนามัยแม่และเด็ก เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิดชนิดถาวร การให้การศึกษามีการเผยแพร่ให้มารดามีความรู้ด้านโภชนาศึกษาและปฏิบัติตนที่ถูกต้องลักษณะ
8. การควบคุมโรคในท้องถิ่น มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจบทบาทของตน และสามารถชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงโรคต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาในหมู่บ้านได้ รวมทั้งการร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

กลวิธีดังกล่าว รัฐจะดำเนินการโดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับชาวบ้านตามความคิดเห็นของประชาชนในท้องถิ่นที่เห็นว่าจำเป็นจริง ๆ (Real Needs) ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นต้องดำเนินการพร้อมกันหมดทุกอย่าง

จากกลวิธีในการดำเนินการกิจกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีลักษณะของการให้บริการและชี้แนะให้ประชาชนในท้องถิ่น ได้รู้จักร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ดังนั้นหากชาวบ้านเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวจะได้รับการชี้แจง แนะนำ ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งนับได้ว่าเป็นกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม (Socialization) อย่างหนึ่งที่ทำให้ชาวชนบทรู้ว่า เมื่อเกิดปัญหาเจ็บป่วยขึ้นมาจะมีหนทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างไรบ้าง เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองในขั้นตอนของการรับรู้สาเหตุของปัญหาแล้วจะเห็นว่า หากชาวชนบทได้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้านมาก

เท่าไร โลกทัศน์ของการทราบสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไขก็จะมีมากขึ้น นอกจากนั้นผลการศึกษาของ นีวัตี กลิ่นงาม (2521) ที่ศึกษาการแก้ปัญหาประชากรของนักศึกษาวิทยาลัยครูส่วนกลางพบว่า นักศึกษาวิทยาลัยครูที่เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาเรื่องประชากรศึกษา จะมีการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างกับนักศึกษาวิทยาลัยครูที่ไม่ได้เรียนประชากรศึกษา ส่วนผลการศึกษาของ ชำรง เปรมปรีดี (2530) พบว่า ดัชนีการพึ่งพาตนเองด้านเทคโนโลยีของชาวเขายังไม่อยู่ในระดับที่พอจะพึ่งพาตนเองได้ สาเหตุหนึ่งคือ ชาวไทยภูเขา ยังไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกพันธุ์พืชที่จะปลูก และปรับเทคโนโลยีในการปลูกให้เหมาะสมกับภูมิประเทศในแต่ละท้องถิ่นได้จากเหตุผลและผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคล ดังนั้นจึงคาดว่าจะพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขของชาวชนบท กับการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยจากการศึกษาคั้งนี้ด้วย

4.7 การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนและประสบการณ์จากการฝึกอบรมกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การสื่อความรู้ความแขนงต่าง ๆ ในสังคมชนบทในปัจจุบันมีการสื่อสารจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ไปสู่ชาวชนบทได้หลายวิธีซึ่ง จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ (2529 : 72) ได้สรุปการสื่อความรู้และการรับการถ่ายทอดความรู้ของเกษตรกรจากแหล่งวิชาการต่าง ๆ ได้ 4 วิธีคือ

- 1) การรับถ่ายทอดจากคนในหมู่บ้าน
- 2) การรับความรู้จากที่อื่น เช่นการเดินทางไปดูงานที่หมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จมาแล้ว
- 3) การรับความรู้จากบุคคลภายนอก เช่น จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักวิชาการ
- 4) การรับความรู้จากระบบสื่อสาร เช่น วิทยุ สิ่งพิมพ์ เป็นต้น จากข้อสรุปดังกล่าวจะเห็นว่าประชากรชนบทมีแหล่งที่รับความรู้หลายทาง แต่ปัจจุบันนี้ข่าวสารต่าง ๆ ที่ส่งผ่านระบบสื่อสาร เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ได้เผยแพร่กระจายทั่วทุกแห่งในชนบท นอกจากนี้ ซิงห์ และพารีก (จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. 2529 : 76; อ้างอิงมาจาก Sing and Pareek. 1966) ได้พูดถึงความสำคัญของการสื่อสาร และแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับวิทยาการเกษตรแผนใหม่ที่มีต่อกระบวนการสื่อสาร และแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับวิทยาการเกษตรแผนใหม่ที่มีต่อระบบการยอมรับ

ว่ามีความแตกต่างกัน แต่การสื่อความรู้ด้วยระบบสื่อสาร เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ จะมีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งในระยะเริ่มแรก เพราะการส่งถ่ายความรู้ด้วยวิธีนี้สามารถทำได้รวดเร็วและทั่วถึง แต่ในขั้นการประเมินและขึ้นทดลองใช้ เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่ส่งเสริมจะมีความสำคัญมากกว่า เพราะผู้รับต้องมีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมมากพอจึงจะประเมินได้ และมั่นใจที่จะทดลองใช้

นอกจากข่าวสารที่ได้รับจากสื่อมวลชนดังกล่าวแล้ว ประสบการณ์การฝึกอบรม ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ชาวชนบทได้รับทั้งจากการอบรมที่จัดขึ้นโดยหน่วยราชการ และเอกชนเมื่อพิจารณาถึงความรู้ที่ชาวชนบทได้รับจากสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ กับประสบการณ์การฝึกอบรมแล้ว อาจกล่าวได้ว่าเป็นการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่ชาวชนบทได้รับ และอาจถือได้ว่าเป็นการศึกษาตลอดชีวิต (Lifelong Education) และผลของการศึกษาตลอดชีวิตนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทางสติปัญญา ซึ่งส่วนนี้สอดคล้องกับการอธิบายในเรื่องของการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์ (Knox. 1977) ซึ่งได้กล่าวถึงการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์ว่ามีการศึกษาเป็น 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรกเป็นการศึกษาโดยใช้บุคคลหลายกลุ่มอายุ (Jones and Conrad 1933 ; citing Knox. 1977) พบว่าจากการศึกษาการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์แบบหลายกลุ่มอายุ บุคคลจะมีความสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจนถึงอายุประมาณ 20 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะลดลงตามลำดับ เมื่ออายุมากขึ้น อีกลักษณะหนึ่งคือการศึกษาแบบติดตามผลบุคคลกลุ่มเดียว (Ovens. 1966 ; citing Knox. 1977) ซึ่งติดตามผลการศึกษาเรื่องความสามารถในการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์กลุ่มเดียวในช่วงระยะยาว พบว่าความสามารถในการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์ไม่ลดลงแต่อย่างใด จากผลการศึกษานี้ น็อกซ์ (Knox. 1977) ได้แบ่งความสามารถในการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์เป็น 2 ด้าน คือ ความสามารถในการเรียนรู้ในเรื่อง Fluid Intelligence และ Crystallized Intelligence ซึ่งอย่างแรกบุคคลต้องอาศัยประสบการณ์เดิมน้อย แต่ในประเภทหลังเป็นความสามารถในการเรียนรู้ของคุณคอลลินซ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์เดิม ซึ่งการเรียนรู้บางอย่างสติปัญญาสามารถที่จะพัฒนาได้ในบุคคลที่สูงอายุ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมที่มีมา ดังนั้น การให้การศึกษากับบุคคลจึงต้องให้บุคคลได้เรียนรู้โดยการเพิ่มพูน

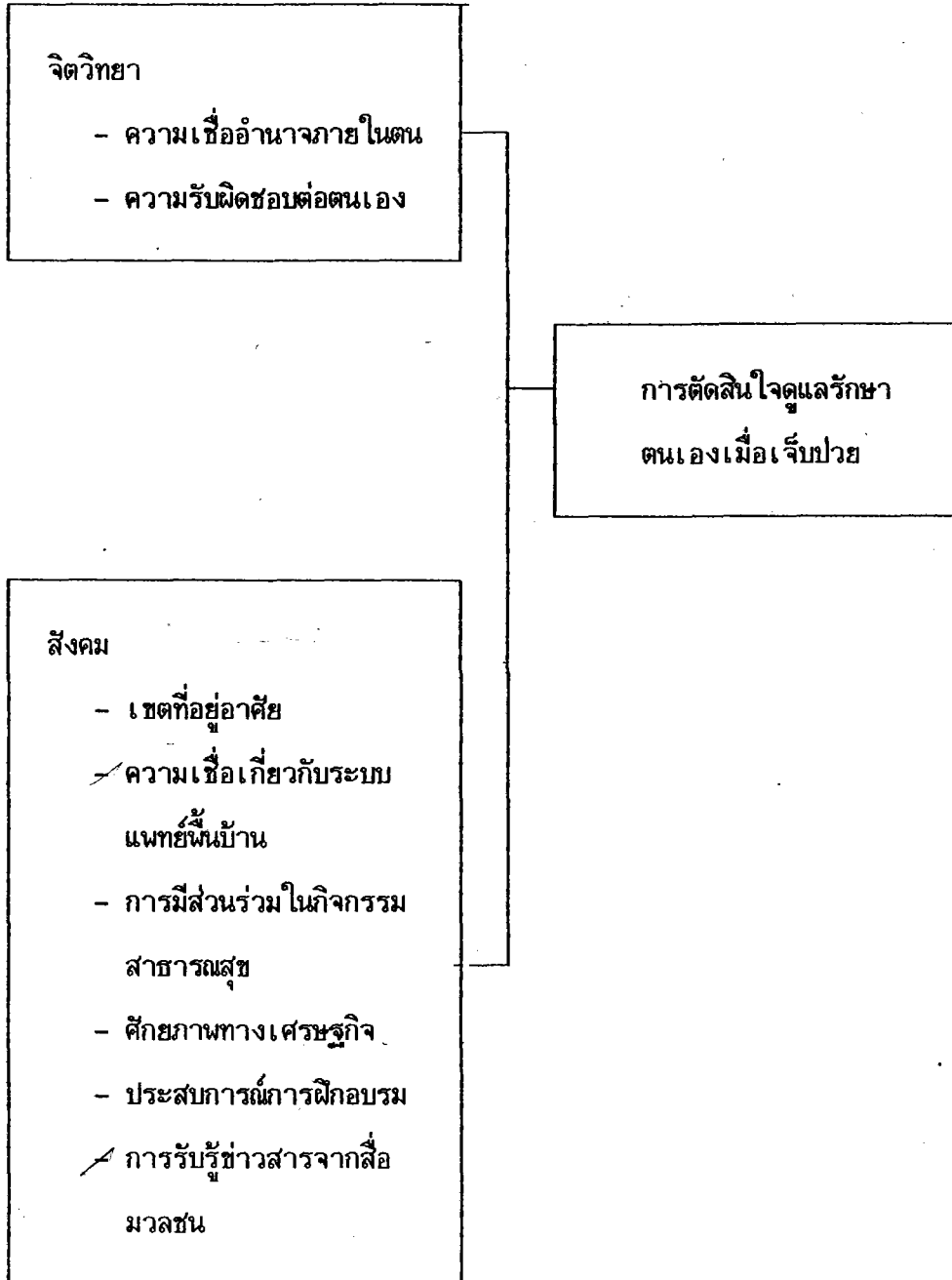
ประสบการณ์ให้มากขึ้น พจนี สะเพียรชัย (2521:7) ได้กล่าวว่าสติปัญญาขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้เรียกว่า Crystallized Intelligence ซึ่งหมายถึง ความสามารถทางสมอง ชนิดที่ตกผลึก หรือสิ่งที่ตกตะกอนมาจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ที่ได้มาจากสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ผลที่ชาวชนบทได้รับความรู้ด้านต่าง ๆ จากการฝึกอบรมและการรับรู้ ข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อมวลชนจึงเป็นความรู้ที่สั่งสมก่อให้เกิดพัฒนาการทางสติปัญญาได้

เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทแล้ว จะพบว่า มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการตัดสินใจการยอมรับนวัตกรรมมาก กล่าวคือ เมื่อเกิดปัญหา การเจ็บป่วยขึ้นจะต้องรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น การรับรู้ถึงสาเหตุอาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิม หรือจากการสอบถามผู้รู้ในชุมชนเพื่อนำมากำหนดวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม และตัดสินใจเลือก พฤติกรรมการดูแลรักษาตัวเองต่อไป ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์การได้รับการอบรม และ ข่าวสารต่าง ๆ ที่ได้รับจากสื่อมวลชนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ นอกจากนี้จาก การศึกษาของ วีระยศ ทรงนุฒิ (2530) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิก กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตและการติดต่อกับเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต ส่วนผลการศึกษาของ นพณ์ สัมมา (2523) ที่ศึกษาจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับนวัตกรรม ซึ่งศึกษาจากกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมพบว่า ผู้ที่มีสมรรถนะทางการศึกษาสูง จะเป็นผู้ที่ มีทัศนคติ แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ และการรับรู้ว่าจะประสบผลสำเร็จ และมีการยอมรับนวัตกรรม นอกจากนี้ จากการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐ (2531) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน ทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง พบว่า การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย การศึกษาดังนี้มุ่งศึกษาเฉพาะการศึกษาที่ได้รับจากการศึกษาอบรมโดยทั่วไปและการรับข่าวสารทั่วไปจากสื่อมวลชนประเภทวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ ซึ่งจะเป็นความรู้และประสบการณ์ที่ชาว ชนบทได้รับและก่อให้เกิดการพัฒนาทางสติปัญญา ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และจากเหตุผลรวม

ทั้งผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว ทำให้คาดว่าจะพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ข่าวสาร และประสบการณ์การฝึกอบรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานอกระบบกับการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยจากการศึกษาคั้งนี้ด้วย

จากแนวคิดการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาแล้ว อาจแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ศึกษาและกำหนดสมมติฐานที่ใช้ศึกษาดังนี้



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ศึกษา

สมมติฐานในการศึกษา

1. ชาวชนบทที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน
2. ชาวชนบทที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน จะตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน
3. ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
4. ความรับผิดชอบต่อตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
5. ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
6. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
7. ประสบการณ์การฝึกอบรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
8. การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษารึ้นนี้ มุ่งศึกษาการตัดสินใจเพื่อดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน
ในชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาลักษณะการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย และมีปัจจัย
ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังกล่าว การศึกษาเรื่องนี้มีระเบียบวิธีดำเนินการดังต่อไปนี้คือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ศึกษารึ้นนี้ เป็นประชากรที่อยู่ในเขตจังหวัดขอนแก่น มี
จำนวนทั้งสิ้น 18 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ มีจำนวนหมู่บ้าน 1,861 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน
298,529 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 1,666,671 คน (ที่ทำการปกครองจังหวัดขอนแก่น,
2533)

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาใช้วิธีการเลือกแบบหลายชั้น (Multistage
Random Sampling) โดยมีลำดับขั้นตอนของการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกอำเภอใช้วิธีการสุ่มแบบสุ่มกลุ่ม (Cluster Sampling)
เนื่องจากทุกอำเภอในเขตจังหวัดขอนแก่นซึ่งมีทั้งสิ้น 18 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ ได้รับผลพัฒนาจาก
ภาครัฐ และมีพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาอยู่ในระดับก้าวหน้า ปานกลาง ล้าหลัง เช่นเดียวกันทุกอำเภอ
ดังนั้นจึงถือได้ว่าทุกอำเภอมีความเหมือนกัน โดยใช้ระดับการพัฒนาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา การสุ่ม
เลือกอำเภอตัวอย่างครั้งนี้จึงเลือก 1 อำเภอในเขตจังหวัดขอนแก่น ด้วยวิธีจับฉลาก ผลของการสุ่ม
เลือกอำเภอครั้งนี้ ได้แก่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ขั้นที่ 2 เลือกหมู่บ้าน ดำเนินการโดยจำแนกหมู่บ้านทุกหมู่บ้านในเขตอำเภอ
ตัวอย่างตามระดับการพัฒนา คือ หมู่บ้านที่อยู่ในระดับการพัฒนาก้าวหน้า ปานกลาง และล้าหลัง
ตามเกณฑ์ของศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (2529) โดยสุ่มตัวอย่างแต่ละระดับการพัฒนา
อย่างละ 1 หมู่บ้าน โดยวิธีการจับฉลาก ผลจากการสุ่มเลือกหมู่บ้านครั้งนี้ คือ

หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า ได้แก่ บ้านโสกนกเต็น ตำบลโสกนกเต็น หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาปานกลาง ได้แก่ บ้านโคกกลาง ตำบลเพ็กใหญ่ หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาต่ำหลัง ได้แก่ บ้านโสกขามน้อย ตำบลโสกนกเต็น

ขั้นที่ 3 ครั้วเรือตัวอย่าง ใช้การสุ่มโดยการแบ่งชั้นแบบไม่เป็นสัดส่วนกัน (Unproportional Stratified Random Sampling) กล่าวคือ แต่ละหมู่บ้านตัวอย่างจะเลือกครั้วเรือตัวอย่างเท่า ๆ กัน โดยถือเอาจำนวนครั้วเรือในหมู่บ้านที่น้อยที่สุดเป็นเกณฑ์ ในการเลือกจำนวนครั้วเรือตัวอย่างในที่นี้บ้านโสกขามน้อยมีจำนวนครั้วเรือทั้งสิ้น 87 ครั้วเรือ บ้านโสกนกเต็นมีจำนวนทั้งสิ้น 198 ครั้วเรือ และบ้านโคกกลางมีจำนวนทั้งสิ้น 85 ครั้วเรือ ดังนั้น จำนวนครั้วเรือตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านจึงใช้จำนวนครั้วเรือที่บ้านโคกกลางเป็นเกณฑ์ในการกำหนดครั้วเรือตัวอย่าง แต่เนื่องจากที่บ้านโคกกลางมีครอบครัวที่หัวหน้าครั้วเรืออพยพไปทำงาน นอกหมู่บ้านชั่วคราว ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้จำนวน 5 ครั้วเรือ จึงเหลือครั้วเรือจำนวน 80 ครั้วเรือ ดังนั้นจึงสุ่มครั้วเรือ ตัวอย่างจากบ้านโสกนกเต็น และบ้านโสกขามน้อย จำนวนหมู่บ้านละ 80 ครั้วเรือ ด้วยวิธีจับสลากและใช้หัวหน้าครั้วเรือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้สัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามในการศึกษาตัวแปรด้านจิตลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามในการศึกษาตัวแปรด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามในการศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง

เมื่อเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาดังกล่าว มีรายละเอียดการสร้าง เกณฑ์การให้คะแนน และการหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ศึกษาดังนี้

1. ลักษณะและการสร้างแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและตัวแปรด้านสังคมเกี่ยวกับตำแหน่งที่ตั้งบ้าน เรือนแบบสอบถามนี้ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองเพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาตัวแปรจิตลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความรับผิดชอบต่อตัวเอง แบบสอบถามมีลักษณะและการสร้างดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจภายในตนมีลักษณะเป็น ประโยคที่มีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ด้าน คือ "ใช่" และ "ไม่ใช่" แต่ละข้อประกอบด้วยประโยค บอกเล่า 1 ประโยค เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วยประโยคที่เป็นเหตุการณ์ที่แสดงถึงการรับรู้ ของบุคคลว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองและตนเองสามารถ ควบคุมได้ และประโยคที่แสดงว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลที่เกิดจากครวเคราะห์หรือความบังเอิญ ตนเองไม่สามารถควบคุมได้

การสร้างแบบสอบถาม ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากนิยามปฏิบัติการและศึกษาตัวอย่างข้อคำถาม ของ นพณ์ สัมมา (2533) แล้วนำเอาความรู้ที่มีสร้างเป็นประโยค จากนั้นนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามแล้วจึงนำไป ทดลองใช้กับชาวชนบทที่บ้านชัยประเสริฐ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 50 คน เพื่อนำผลมา หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อด้วยการใช้สถิติค่าที่ (t-test) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 65) คัดเลือกเอาประโยคที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง โดยให้ระดับนัยสำคัญที่ .05 เพื่อนำไปใช้เป็นแบบสอบถาม จริงจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ และนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของ แบบสอบถามด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติแบบสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 45) ผลจากการหาความเชื่อมั่นจำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .55

เกณฑ์การให้คะแนน สำหรับประโยคที่แสดงว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นผลที่เกิดจากการ กระทำของตนเอง ตนเองสามารถควบคุมได้ และผู้ตอบตอบว่า "ใช่" จะได้ 1 คะแนน ถ้า

ตอบว่า "ไม่ใช่" จะได้ 0 คะแนน ถ้าข้อความที่แสดงว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นผลที่เกิดจากโชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ถ้าผู้ตอบตอบว่า "ใช่" จะได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" จะได้ 1 คะแนน พิสัยของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมาก คือผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อยคือ ผู้ที่มีความเชื่อมั่นภายในตนน้อย เกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมาก หรือน้อยนั้น ใช้ค่าเฉลี่ย \bar{X} เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ความรับผิดชอบต่อตัวเอง แบบสอบถามวัดความรับผิดชอบต่อตัวเองมีลักษณะเป็น ประโยคที่มีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ด้าน คือ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" แต่ละข้อประกอบด้วยประโยค บองเล่า 1 ประโยค เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วยประโยคที่เป็นเหตุการณ์ที่แสดงถึง ความรับผิดชอบต่อตัวเอง เรื่องการระวังรักษาสุขภาพ การจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคอย่าง เหมาะสม และหมั่นศึกษาหาความรู้ให้กับตนเอง

การสร้างแบบสอบถามวัดความรับผิดชอบต่อตัวเองนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากนิยามปฏิบัติการ และศึกษาตัวอย่างของประโยคจากแบบวัดความรับผิดชอบต่อตัวเองของ พรชัย รอดสมจิตร (2527) และนำความรู้ที่นำมาสร้างเป็นข้อความ มีทั้งข้อความทางบวก และข้อความทางลบ จากนั้นจึงได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม และปรับปรุง แก้ไขแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับชาวชนบทที่บ้านชัยประเสริฐ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 50 คน เพื่อนำผลมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อด้วยการสถิติค่าที (t-test) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 65) คัดเลือกเอาข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ .05 เพื่อนำไปใช้เป็นแบบสอบถามจริง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ และนำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติแบบสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 45) ผลจากการคำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .58

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก และผู้ตอบตอบว่า "ใช่" ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ได้ 0 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบและผู้ตอบตอบว่า "ใช่" จะได้ 0 คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบว่า "ไม่ใช่" จะได้ 1 คะแนน พิสัยของคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ผู้ที่ตอบ ได้คะแนนมาก คือผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อย คือผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองน้อย การแบ่งผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองมากหรือน้อยนั้น ใช้ค่าเฉลี่ย \bar{X} เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามสำหรับศึกษาตัวแปรด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างในเรื่อง ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ประสิทธิภาพการฝึกอบรมและการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน แบบสอบถามมีลักษณะและการสร้างดังนี้

ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน แบบสอบถามวัดความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะ เป็นประโยคและมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ด้าน คือ "ใช่" และ "ไม่ใช่" แต่ละข้อประกอบด้วย ประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความที่เป็นเหตุการณ์ที่ แสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุหรือการรักษาอาการเจ็บป่วย ตามระบบแพทย์พื้นบ้าน

การสร้างแบบสอบถามวัดความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเนื้อหาของ ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน นิยามปฏิบัติการและนำความรู้นั้นมาสร้างเป็นข้อความ จากนั้นนำ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับชุมชนที่บ้านชัยประเสริฐ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 50 คน เพื่อนำผลมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ด้วยสถิติ (t-test) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 65) คัดเลือกเอาข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เพื่อนำไปใช้เป็น แบบสอบถามจริง จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติ แบบสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 45) ผลจากการคำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

เกณฑ์การให้คะแนน สำหรับผู้ตอบตอบประโยคว่า "ใช่" ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ได้ 0 คะแนน นิสัยของคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากคือ ผู้ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมาก ผู้ที่คะแนนน้อยคือ ผู้ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านน้อย เกณฑ์ในการแบ่งผู้ที่มีความเชื่อมั่นระบบแพทย์พื้นบ้านมาก หรือน้อยนั้น ใช้ค่าเฉลี่ย \bar{X} เป็นเกณฑ์ ในการแบ่ง

ศักยภาพทางเศรษฐกิจ แบบสอบถามวัดศักยภาพทางเศรษฐกิจนี้มีลักษณะ เป็น ประโยคคำถามที่ให้ผู้ตอบตอบตามข้อเท็จจริง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถที่จะหาเสื้อผ้า อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ขนาดเนื้อที่เพาะปลูก และความสมดุลย์ของรายรับรายจ่ายของครัวเรือน

การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดศักยภาพทางเศรษฐกิจนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเนื้อหาของศักยภาพทางเศรษฐกิจ จากนิยามปฏิบัติการและศึกษาตัวอย่างของข้อความ จากการศึกษาความสามารถทางเศรษฐกิจ (Economic Capacity) ของสุพรรณิ ไชยอำพร (Chaiumporn, 1987) และนำความรู้นั้นมาสร้างเป็นแบบสอบถาม จากนั้นจึงนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามแล้ว ได้ข้อความที่ใช้สอบถามทั้งสิ้น 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนได้ใช้เกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามของสุพรรณิ ไชยอำพร (Chaiumporn, 1987) โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้

ตาราง 1 แสดงเรื่องและเกณฑ์การให้คะแนนของแบบสอบถามศักยภาพทางเศรษฐกิจ

เรื่อง	เกณฑ์การให้คะแนน	หมายเหตุ
1. ความพอเพียงเกี่ยวกับเสื้อผ้าอาหาร	2. มีพอและเหลือเก็บ 1. มีพอดี 0. ไม่พอเพียง	คำว่าพอหรือไม่พอหมายถึงไม่ต้องกู้เงินมาซื้อข้าวและเสื้อผ้า
2. ขนาดเนื้อที่เพาะปลูก	2. มีมากกว่าค่าเฉลี่ย 1. มีเท่ากับค่าเฉลี่ย 0. มีต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	
3. บ้านและที่ดินปลูกบ้าน	2. มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง 1. มีบ้านของตนเองอย่างเดียว 0. ไม่มีทั้ง 2 อย่าง	
4. เครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน เช่น โทรทัศน์ ฟิล์ม เป็นต้น	ให้คะแนนตามจำนวนสิ่งของที่มีอย่างละ 1 คะแนน	

ตาราง 1 (ต่อ)

เรื่อง	เกณฑ์การให้คะแนน	หมายเหตุ
5. ชนิดของวัสดุสร้างบ้าน	2. ถาวร 1. กึ่งถาวร 0. ชั่วคราว	ถาวร หมายถึง พื้นหลังคา ฝ้ายบ้านทำด้วยไม้ หรือ คอนกรีต กระเบื้อง สังกะสี กึ่งถาวร หมายถึง อย่งใด อย่งหนึ่งทำด้วยวัสดุชั่วคราว เช่น หญ้าคา จาก เป็นต้น ชั่วคราว หมายถึง พื้น หลังคา ฝ้ายบ้าน ทำด้วยวัสดุ ชั่วคราวทั้งหมด
6. ความสมดุลย์ของ รายรับ-รายจ่าย	2. ราย ได้มากกว่ารายจ่าย 1. ราย ได้พอดีกับรายจ่าย 0. ราย ได้น้อยกว่ารายจ่าย	
7. การเปรียบเทียบรายได้ ระหว่างปีที่ผ่านมา	2. ปีนี้มากกว่าปีที่แล้ว 1. ปีนี้เท่ากับปีที่แล้ว 0. ปีนี้น้อยกว่าปีที่แล้ว	

ผู้ที่ได้คะแนนมากคือ ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูง ผู้ที่ได้คะแนนน้อย คือ ผู้ที่มี ศักยภาพทางเศรษฐกิจต่ำ เกณฑ์ในการแบ่งผู้มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงหรือต่ำนั้น ใช้ค่ากลาง (Median) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

การมีส่วนร่วมกิจกรรมสาธารณสุข แบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

สาธารณสุขที่มีลักษณะเป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข มีคำตอบให้ผู้ตอบเลือกตอบ ตอบข้อเท็จจริง 3 ด้าน คือ "ร่วมเป็นสมาชิก" "ร่วมทำ" และ "ไม่ได้ร่วม" ในแต่ละข้อจะประกอบด้วยข้อความที่ถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข 1 ข้อความ

การสร้างแบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขนี้ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยสำรวจประเภทของกิจกรรมสาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมา จากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น ซึ่งรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน จากนั้นนำประเภทของกิจกรรมมาสร้างเป็นข้อความที่ถามถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล 2 คน เป็นผู้ตรวจสอบเนื้อหาว่าเป็นกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ทำในหมู่บ้านในรอบปีที่ผ่านมา กิจกรรมที่สำรวจพบทั้งสิ้น 10 กิจกรรม ข้อความที่ใช้ถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขครั้งนี้จึงมี 10 ข้อความ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบว่าร่วมจะได้ 1 คะแนน ไม่ได้ร่วมได้ 0 คะแนน นิสัย ของคะแนนจะรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากถือว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อย คือผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขน้อย สำหรับการแบ่งผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมากหรือน้อยนั้น ถือเอาค่าเฉลี่ย X เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน แบบสอบถามวัดการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมีลักษณะ

เป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับประเภทของข่าวสารที่ได้รับจากช่องทางการรับข่าวสารประเภทสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ประเภทของสารที่ได้รับเป็นข่าวสารโดยทั่วไป รวมทั้งรายการบันเทิง และมีคำตอบให้ผู้ตอบเลือกตอบตามข้อเท็จจริงตามประเภทของสารที่ได้รับหรือไม่ได้รับ

การสร้างแบบสอบถามวัดการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนนี้ ผู้ศึกษาได้อาศัยแนวทางจากการศึกษาของ นพณ์ สัมมา (2523) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ทางการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบว่าได้รับสารประเภทใด ได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่ได้รับได้ 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากคือผู้ที่ได้รับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก ผู้ที่ได้รับคะแนนน้อยคือผู้ที่ได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนน้อย ผู้ที่ได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนมากหรือน้อยนั้น ถือเอาค่าเฉลี่ย X เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ประสบการณ์การฝึกอบรม แบบสอบถามวัดประสบการณ์การฝึกอบรมที่มีลักษณะเป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การฝึกอบรมที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาและให้ผู้ตอบตอบตามข้อเท็จจริงตามที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์

เกณฑ์การให้คะแนน จะให้ตามจำนวนประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมครั้งละ 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากคือผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อย คือผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมน้อย การแบ่งผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมมากหรือน้อยนั้น ใช้ค่าเฉลี่ย X เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดระดับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น มีลักษณะเป็นข้อความประโยคบอกเล่า ประกอบด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ คือ ไปทุกครั้ง ส่วนใหญ่ไป ส่วนใหญ่ไม่ไป ไม่ไปเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามมาตราส่วนประมาณค่า เนื้อหาของแบบสอบถามเป็นข้อความที่แสดงถึงการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข การสร้างแบบสอบถาม ผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงเนื้อหาของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย นิยามปฏิบัติการและนำความรู้เหล่านี้มาสร้างเป็นข้อความ จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับชาวชนบทที่บ้านชัยประเสริฐ อำเภอนล จังหวัดขอนแก่น 50 คน แล้วนำผลมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อด้วยสถิติค่าที (t-test) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 65) คัดเลือกข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เพื่อนำไปใช้เป็นแบบสอบถามจริง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติแบบ

สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) (สุภาพ วาดเขียน. 2525 : 45) ผลจากการคำนวณ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบว่า ไปทุกครั้งส่วนใหญ่ไปส่วนใหญ่ไม่ไป และไม่ไปเลย จะได้คะแนน 3-2-1-0 ตามลำดับ พิสัยของคะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0-30 ผู้ที่ได้คะแนนมาก คือผู้ที่ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อย คือผู้ที่ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย การพิจารณาแบ่งผู้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยอาศัย ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากหรือน้อยนั้น ใช้ค่าเฉลี่ย X เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ในตอนท้ายของแบบสอบถามนี้มีคำถามเปิดให้ผู้ตอบตอบตามข้อเท็จจริงว่า ในกรณีที่ถ้ามีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยแล้วไม่ไปปรึกษาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเลย จะใช้วิธีการรักษาตนเองอย่างไร และเพราะเหตุใด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในส่วนของการวิเคราะห์ต่อไป (ดูรายละเอียดแบบสอบถามภาคผนวก)

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ติดต่อกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้านตัวอย่าง และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวนหนึ่งที่อยู่ประจำในหมู่บ้าน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยได้มีการประชุมชี้แจงผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถามจนสามารถทำงานส่วนนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องจักรสมองกล (Computer) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (PC) โดยดำเนินการต่อไปนี้ คือ

1. ในการศึกษาถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะทั่วไปของตัวแปรทุกตัวที่ใช้ศึกษา รวมทั้งการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ของชาวชนบท มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา
2. ในการเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีความแตกต่างกันในเรื่องเขตที่อยู่อาศัย เพื่อพิสูจน์สมมติฐานข้อ 1 มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ถ้าพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีทดสอบ เชฟเฟ (Scheffe)
3. ในการเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีความแตกต่างกันทางด้านศึกษาทางเศรษฐกิจ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าที (t-test)
4. ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านจิตลักษณะ ด้านสังคมกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษา ใช้สัญลักษณ์และอักษรย่อ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้คือ

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

X	แทน	ค่าเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
MS	แทน	ผลรวมกำลังสองของค่าเฉลี่ย (Mean of Square)
t	แทน	ค่า t ใน t-distribution
F	แทน	ค่า F ใน F-distribution
df	แทน	ค่าองศาแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
*	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
**	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้จัดทำเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

ตอนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

ตอนที่ 3 การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วยจำแนกตามลักษณะทั่วไปของ

กลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน

1. การเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่อยู่อาศัยในเขตการพัฒนาที่มีระดับต่างกัน
2. การเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีความแตกต่างกันด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ
3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ประสิทธิภาพการฝึกอบรม และการรับรู้ข่าวสารกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท ผลการศึกษามีดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านที่ใช้ศึกษานี้ ได้มาโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข่าวสำคัญ (Key Informant) ในหมู่บ้าน พบว่าลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านด้านสภาพด้านประชากร ลักษณะทางสาธารณสุข การศึกษา เศรษฐกิจ และด้านสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งสามหมู่บ้าน มีพื้นเพเดิมเป็นคนอีสาน ประชากรหมู่บ้านโสภณเกตุ และบ้านโสภณน้อย เป็นผู้ที่อพยพมาจากอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อประมาณ 70 ปีที่ผ่านมา ส่วนบ้านโคกกลาง เป็นผู้ที่อพยพมาจากอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่น เมื่อประมาณ 70 ปีที่ผ่านมาเช่นเดียวกัน ปัจจุบันมีบ้านโสภณเกตุ มีประชากรรวม 1,128 คน เป็นชาย 664 คน หญิง 464 คน บ้านโคกกลาง มีประชากรรวมทั้งสิ้น 505 คน เป็นชาย 249 คน เป็นหญิง 256 คน ส่วนบ้านโสภณน้อย มีประชากรทั้งสิ้น 412 คน เป็นชาย 212 คน เป็นหญิง 200 คน และประชากรทั้งสามหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กันทางเครือญาติภายในหมู่บ้าน

การตั้งถิ่นฐานของหมู่บ้านทั้ง 3 หมู่บ้านมีลักษณะตั้งบนที่ราบและมีการตั้งบ้านเรือนแบบรวมกลุ่ม (Cluster) เป็นหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ในเขตป่าสงวน มีแหล่งน้ำสาธารณะที่ใช้ในการเกษตร และรับประทานได้ตลอดปี ได้แก่ ที่บ้านโสภณเกตุ และที่บ้านโคกกลาง ยกเว้นบ้านโสภณน้อย แหล่งน้ำจะใช้ประโยชน์ได้เฉพาะในฤดูฝนเท่านั้น เนื่องจากที่บ้านโสภณน้อย มีแหล่งน้ำธรรมชาติ 3 แห่ง ได้แก่ ห้วยนกกเต็น ห้วยโจด และห้วยอีหลอด แต่เดิมเป็นแหล่งน้ำที่ใช้ได้ตลอดปี แต่เมื่อ

มาประสบภาวะฝนแล้งติดต่อกัน 3 ปี ทำให้แหล่งน้ำเหล่านี้จะให้ประโยชน์ได้เฉพาะฤดูฝน ส่วน ฤดูแล้งน้ำจะแห้ง ชาวบ้านต้องเก็บน้ำฝนไว้ใช้ในฤดูแล้ง

ส่วนการคมนาคมที่ใช้ติดต่อกับตัวอำเภอ ทั้ง 3 หมู่บ้าน มีรถประจำทางที่เป็น รถสองแถวประจำหมู่บ้าน และรถออกจากหมู่บ้านอื่นวิ่งผ่านไปอำเภอผลทุกวัน วันละ 1-2 เที่ยว และมีชาวบ้านเดินทางไปติดต่อซื้อของและทำภาระกิจต่าง ๆ นอกหมู่บ้านทุกวัน

บ้านโสกขามน้อยจะ ไม่มีโรงเรียนตั้งอยู่ในหมู่บ้าน เด็กในหมู่บ้านจะเดินหรือ ขึ้นรถไปเรียนที่โรงเรียนบ้านโสกนกเต็น ส่วนที่บ้านโคกกลาง และบ้านโสกนกเต็นจะมีโรงเรียน ประถมศึกษาตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ในทั้งสามหมู่บ้านเด็กส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มี ผู้ปกครองส่งบุตรหลานไปเรียนสูงกว่าประถมศึกษาบ้างแต่ไม่มากนัก

ส่วนการศึกษานอกระบบพบว่าในรอบสามปีที่ผ่านมา มีหน่วยงานของรัฐและ เอกชนจัดอบรมให้กับชาวบ้านทั้งการอบรมที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ การอบรมสตรี ด้านอาหารและโภชนาการ การอบรมกลุ่มแม่บ้าน การอบรม พสส. อสม. และการอบรมผดุงครรภ์ แผนโบราณ ส่วนการอบรมอื่น ๆ ได้แก่ การอบรม ทส.ปช. การปลูกหม่อนเลี้ยงไหม การอบรม กรรมการพัฒนาหมู่บ้าน และการพาไปศึกษาดูงาน (ดูรายละเอียดภาคผนวก)

ในด้านเศรษฐกิจนั้นทั้ง 3 หมู่บ้าน ชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพหลักด้านการเกษตร คือทำนา ทำไร่มันสำปะหลัง และไร่ปอ นอกจากนี้ที่บ้านโสกนกเต็น และโสกขามน้อย จะมีการ ปลูกหม่อนเลี้ยงไหม ซึ่งเป็นการเลี้ยงตลอดปี ส่วนอาชีพรองคือ การทำหัตถกรรมในครัวเรือน เช่น การจักสาน การทอผ้าไหม เป็นต้น นอกจากนั้นเป็นการไปรับจ้างทำงานนอกหมู่บ้าน จากลักษณะทั่วไป ทางเศรษฐกิจ จะเห็นว่ารายได้ที่เป็นตัวเงินส่วนใหญ่จะได้จากผลผลิตด้านการเกษตร หัตถกรรมใน ครัวเรือน และการรับจ้าง

ด้านการสาธารณสุขนั้น งานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โสกนกเต็น และหมู่บ้าน โสกขามน้อย อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพล ไม่มีอนามัยตำบล ส่วนที่บ้านโคกกลางอยู่ ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขตำบลเพ็กใหญ่ ซึ่งอยู่ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 1 กิโลเมตร ซึ่ง หน่วยงานดังกล่าวจะส่งเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมเยียน และให้ความรู้กับชาวบ้านด้านสาธารณสุขอย่างน้อย อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

บุคคลากรด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน พบว่าที่บ้านโสกขามน้อยมี อสม. 1 คน
 ผสส. 2 คน ผดุงครรภ์แผนโบราณ 2 คน ที่บ้านโสกนกเต็นมี อสม. 1 คน ผสส. 7 คน ที่
 บ้านโคกกลางมี อสม. 1 คน ผสส. 9 คน ผดุงครรภ์แผนโบราณ 1 คน

ทั้ง 3 หมู่บ้านมีกองทุนยา ซึ่งบริหารงานโดย อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้าน
 โดยความสนับสนุนของโรงพยาบาลพล และอนามัยตำบลเพ็ญใหญ่

ในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคนั้น ชาวบ้านทั้งสามหมู่บ้าน นิยมรับประทานอาหารดิบ
 และเมื่อเจ็บป่วย ชาวบ้านทั้งสามหมู่บ้านยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้านบ้าง และ
 ได้ใช้การรักษาการเจ็บป่วยด้วยสมุนไพร หรือรักษาด้วยหมอแผนโบราณ นอกนั้นจะนิยมซื้อยาแผน
 ปัจจุบันมารับประทานเองจากร้านขายยาทั่วไป และจากกองทุนยา ส่วนการไปหาหมอจะไป
 เฉพาะกรณีเจ็บป่วยมาก เช่น อุบัติเหตุ เท่านั้น

ตอนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า
 ปานกลาง และล้ำหลัง ระดับละ 80 คน รวมทั้งสิ้น 240 คน มีลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ
 อาชีพ และระดับการศึกษาดังต่อไปนี้

ตาราง 2 แสดงลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	110	45.8
หญิง	130	54.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
≤ 20	4	1.6
21-30	23	9.6
31-40	75	31.3
41-50	71	29.6
51-60	41	18.3
> 60	23	9.6
อาชีพ		
การเกษตร	169	70.4
ค้าขาย	36	15.0
รับราชการ	9	3.8
รับจ้าง	26	10.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	196	81.7
มัธยมศึกษา	32	13.3
สูงกว่ามัธยมศึกษา	12	5.0

ผลการศึกษจากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย กล่าวคือ เป็นเพศหญิง 130 คน (54.2%) เป็นเพศชาย 110 คน (45.8%) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีจำนวน 75 คน (31.3%) ส่วนด้านการประกอบอาชีพ นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีมากที่สุดคือ 169 คน (70.4%) นอกนั้นจะประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และรับราชการ ส่วนด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ 196 คน (81.7%) นอกนั้นจะมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ใช้ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ตัวแปรด้านจิตลักษณะ คือความเชื่ออำนาจในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง และตัวแปรด้านสังคม คือความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน และประสบการณ์การฝึกอบรม และการตัดสินใจดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทั่วไป จำแนกตามตัวแปรที่ใช้ศึกษาดังต่อไปนี้

ตาราง 3 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่ออำนาจในตน (ช่วงคะแนน 2-9)		
ต่ำ (<5.45)	122	50.8
สูง (>5.45)	118	49.2
ความรับผิดชอบต่อตัวเอง (ช่วงคะแนน 2-10)		
ต่ำ (<6.14)	132	55.0
สูง (>6.14)	108	45.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน (ช่วงคะแนน 1-17)		
ต่ำ (<7.77)	110	45.8
สูง (>7.77)	130	54.2
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ (ช่วงคะแนน 2-20)		
ต่ำ (<11)	138	57.5
สูง (>11)	102	42.5
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข (ช่วงคะแนน 2-15)		
น้อย (<7.75)	115	47.9
มาก (>7.75)	125	52.1
การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน (ช่วงคะแนน 0-12)		
น้อย (<6.85)	89	37.1
มาก (>6.85)	151	62.9
ประสบการณ์การฝึกอบรม (ช่วงคะแนน 0-6)		
น้อย (<1.95)	101	42.1
มาก (>1.95)	139	57.9
การตัดสินใจ (ช่วงคะแนน 1-27)		
น้อย (<16.02)	114	47.5
มาก (>16.02)	126	52.5

ผลการศึกษาจากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ใช้ศึกษานั้น พบว่า มีสัดส่วนไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำมีอยู่ 122 คน (50.8%) ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงมี 118 คน (49.2%) ในด้านความรับผิดชอบต่อตัวเองนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองต่ำมี 132 คน (55.0%) ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูงมี 108 คน (45.0%) ในด้านความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านน้อยมีอยู่ 110 คน (45.8%) ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมากมี 130 คน (54.2%) ส่วนตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่ำมี 138 คน (57.5%) และที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงมี 102 คน (42.5%) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขน้อยมีอยู่ 115 คน (47.9%) ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมากมีอยู่ 125 คน (52.1%) ในด้านการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนน้อยมีอยู่ 89 คน (37.1%) ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมากมีอยู่ 151 คน (62.9%) ส่วนตัวแปรด้านประสบการณ์การฝึกอบรมนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมน้อยมี 101 คน (42.1%) และมีประสบการณ์การฝึกอบรมมากมี 139 คน (57.9%) ในด้านการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ใกล้กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อยมีอยู่ 114 คน (47.5%) และตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ใกล้กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากมีอยู่ 126 คน (52.5%)

ตอนที่ 3 การศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อ 1 ที่ว่า "เพื่อศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทไทยในจังหวัดขอนแก่น" ผลการศึกษาปรากฏตามตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบท จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย	
	X	SD
การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง		
น้อย	11.70	3.90
มาก	19.92	2.65
เพศ		
ชาย	15.31	5.36
หญิง	16.77	5.51
อายุ		
< 20	17.0	1.5
21-30	17.87	4.76
31-40	16.65	4.80
41-50	14.73	5.91
51-60	15.70	6.24
> 60	17.35	5.11
อาชีพ		
การเกษตร	15.66	4.64

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	การตัดสินใจดูแลรักษา สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย	
	X	SD
ค้าขาย	17.97	6.30
รับราชการ	21.89	5.53
รับจ้าง	14.35	7.42
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15.75	5.15
มัธยมศึกษา	15.87	6.30
สูงกว่ามัธยมศึกษา	22.50	4.85
เขตที่อยู่อาศัย		
กึ่งหน้า	15.28	6.02
ปานกลาง	15.66	5.34
ด้านหลัง	17.10	4.16
ความเชื่ออำนาจภายในตน		
ต่ำ	15.25	5.40
สูง	16.97	5.45
ความรับผิดชอบต่อตัวเอง		
ต่ำ	14.10	5.39
สูง	18.55	4.53

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	การตัดสินใจดูแลรักษา สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย	
	X	SD
ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน		
ต่ำ	18.54	4.20
สูง	14.04	5.60
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ		
ต่ำ	15.96	5.27
สูง	16.08	5.29
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม		
สาธารณสุข		
น้อย	12.46	4.79
มาก	19.45	3.64
การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน		
น้อย	12.48	5.59
มาก	18.28	4.14
ประสบการณ์การฝึกอบรม		
น้อย	11.71	4.47
มาก	19.29	3.64

จากผลการศึกษาตามตาราง 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย (X เท่ากับ 19.29 และ 11.70 ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยแต่ไม่ไปหาข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเลยมีอยู่ 68 คน และให้เหตุผลของการไม่ไปหาข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ดังนี้คือ เมื่อมีอาการปวดเมื่อย จะใช้วิธีการรักษาตนเอง โดยการพักผ่อนร่างกาย และรับประทานเองภายในครอบครัว เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างรักษาตนเองดังกล่าวคือ เป็นเรื่องปกติที่ทำงานหนัก ก็ต้องปวดเมื่อย เมื่อรับประทานและพักผ่อนร่างกายก็หายเป็นปกติได้ ไม่จำเป็นต้องไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข อีกอาการหนึ่งคือ ปวดหัว จะใช้วิธีการดูแลรักษาตนเอง โดยการไปซื้อยาแก้ปวดที่มีขายตามท้องตลาดมารับประทานเอง และพักผ่อนร่างกาย โดยให้เหตุผลว่าเคยปวดหัวบ่อย ๆ และซื้อยามารับประทานเองก็หาย ไม่จำเป็นต้องไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ส่วนผู้ที่มีอาการไอ เจ็บคอ อธิบายวิธีการดูแลรักษาตนเอง โดยการซื้อยาจากท้องตลาดมารับประทานเอง โดยให้เหตุผลว่าเคยเป็นบ่อย ๆ เคยซื้อยามารับประทานเองก็หาย จึงไม่ไปสอบถามการรักษาจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ส่วนอาการวิงเวียนศีรษะ จะใช้การดูแลรักษาตนเองโดยการพักผ่อนร่างกาย และซื้อยาประเภทยาลมมารักษาตนเอง โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา และเคยเป็นบ่อย ๆ กินยาลมและพักผ่อนร่างกายก็หายได้ อีกอาการหนึ่งคือการเป็นหวัดดูแลรักษาตนเองโดยซื้อยาจากร้านยาทั่วไปมารักษาตนเอง โดยไม่ไปสอบถามการรักษาจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข เหตุผลเนื่องจากค่ายาแพง นอกจากนี้ยังให้เหตุผลว่าเคยเห็นเพื่อนบ้านเป็นหวัดแล้วซื้อยามารับประทานเองก็หายได้

และเมื่อพิจารณาการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทจำแนกตามภูมิภาคแล้ว พบว่าชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่นที่มีภูมิลำเนาแตกต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ภูมิภาคเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ที่มีภูมิลำเนาทางด้านอีสาน และระดับการศึกษาแตกต่างกันดังต่อไปนี้

ภูมิหลังด้านอาชีพ ผู้ที่มีอาชีพรับราชการจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากที่สุด (X เท่ากับ 21.89) น้อยที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง (X เท่ากับ 14.35)

ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากที่สุด (X เท่ากับ 22.50) น้อยที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (X เท่ากับ 16.75)

ส่วนผู้ที่มีภูมิหลังแตกต่างกันด้านเพศ และอายุ พบว่ามีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือเพศหญิงจะตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่มีอยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (X เท่ากับ 16.77 และ 15.31 ตามลำดับ) ส่วนภูมิหลังด้านอายุพบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี จะตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากที่สุด น้อยที่สุดคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี (X เท่ากับ 17.35 และ 16.65 ตามลำดับ)

ส่วนความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิหลังที่เป็นตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด มีดังนี้

ภูมิหลังด้านเขตที่อยู่อาศัย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่การพัฒนา ระดับล่างหลังจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากที่สุด น้อยที่สุดคือผู้ที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า (X เท่ากับ 17.10 และ 15.28 ตามลำดับ)

ภูมิหลังในด้านความรับผิดชอบต่อตัวเอง พบว่าผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูง จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองต่ำ (X เท่ากับ 18.55 และ 14.10 ตามลำดับ)

ภูมิหลังในด้านความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน พบว่าผู้ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน น้อยจะตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมาก (X เท่ากับ 18.54 และ 14.04 ตามลำดับ)

ภูมิหลังในด้านการศึกษาที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาขารณสุข พบว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาขารณสุขมากจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาขารณสุขมากกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาขารณสุขน้อย (X เท่ากับ 19.25 และ 12.26 ตามลำดับ)

ภูมิหลังในด้านการศึกษาที่รับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาขารณสุขมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนน้อย (X เท่ากับ 18.25 และ 12.48 ตามลำดับ)

ภูมิหลังในด้านประสบการณ์การฝึกอบรม พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมมากจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาขารณสุขมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมน้อย (X เท่ากับ 19.29 และ 11.71 ตามลำดับ)

ส่วนผู้ที่มีความแตกต่างกันทางด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ และความเชื่ออำนาจภายในตนเอง พบว่าจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาขารณสุขไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงจะตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาขารณสุขมากกว่าผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่ำเพียงเล็กน้อย (X เท่ากับ 16.08 และ 15.96 ตามลำดับ) และพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่ดูแลรักษาตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาขารณสุขมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองต่ำเพียงเล็กน้อยเช่นเดียวกัน (X เท่ากับ 16.97 และ 15.29 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน

1. การเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตการพัฒนาที่มีระดับต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า "ชาวชนบทที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน" ผลการศึกษาตามที่แสดงไว้ในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	73.3	2.67
ภายในกลุ่ม	237	27.39	
รวม	239		

$P < .05$

จากผลการศึกษาตามตาราง 5 พบว่าการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มี เขตที่อยู่อาศัยต่างระดับการพัฒนา แสดงให้เห็นว่าชาวชนบทที่อยู่ใน เขตที่อยู่อาศัยที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาตามตาราง 5 ทำให้เกิดความสนใจว่า เมื่อผู้ที่อยู่ในเขตที่อยู่อาศัยต่างระดับการพัฒนาจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกันแล้ว แต่หากมีการจำแนกบุคคลเหล่านี้ออกเป็นกลุ่มย่อยตามลักษณะภูมิหลังที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ภูมิหลังด้านอาชีพ และระดับการศึกษาว่าจะพบความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่ ผู้ศึกษาจึงได้วิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยจำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และภูมิหลังด้านอาชีพและระดับการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาปรากฏในตาราง 6 และ 7 ดังต่อไปนี้

ตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย และอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
เขตที่อยู่อาศัย	2	132.134	5.089*
อาชีพ	3	172.296	6.635*
เขตที่อยู่อาศัย x อาชีพ	6	9.381	0.361
ส่วนที่เหลือ	228	25.966	
รวม	239	27.782	

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่ได้แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรด้านเขตที่อยู่อาศัย และอาชีพ หมายความว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตการพัฒนาดังกล่าวแตกต่างกัน และมีอาชีพแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนิยามตัวแปรเรื่องเขตที่อยู่อาศัย และอาชีพที่ละตัวแปรกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยแล้ว พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่การพัฒนาต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองต่างกัน และผู้ที่มีอาชีพต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองต่างกันด้วย

ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
เขตที่อยู่อาศัย	2	107.267	4.164*
ระดับการศึกษา	2	235.942	9.158*
เขตที่อยู่อาศัย x ระดับการศึกษา	4	17.603	0.683
ส่วนที่เหลือ	231	25.763	
รวม	239	27.782	

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่ได้แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรด้านเขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา หมายความว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตการพัฒนาที่แตกต่างกัน และมีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาตัวแปรเรื่องเขตที่อยู่อาศัย กับระดับการศึกษาที่ละตัวแปรกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยแล้ว พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่มีระดับการพัฒนาต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองต่างกันด้วย

2. เปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีความแตกต่างกันด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า "ชาวชนบทมีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกันจะตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน" ผลการศึกษาตามที่แสดงไว้ในตาราง 8

ตาราง 8 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของการตัดสินใจดูแลรักษา
สุขภาพของชาวชนบทที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ

ศักยภาพทางเศรษฐกิจ	N	X	SD	df	t
สูง	102	16.08	5.29	238	.18
ต่ำ	138	15.96	5.27		

P < .05

จากตาราง 8 พบว่าการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ แสดงให้เห็นว่าชาวชนบทที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาตามตาราง 8 ทำให้เกิดความสนใจว่าเมื่อผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันแล้ว ถ้าหากว่าจะจำแนกบุคคลเหล่านี้ออกเป็นกลุ่มย่อยตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ภูมิหลังด้านอาชีพ เขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา จะพบความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่ จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามศักยภาพทางเศรษฐกิจและภูมิหลังด้านอาชีพ เขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา ซึ่งพบผลการศึกษาตามที่ปรากฏในตาราง 9, 10 และ 11 ดังต่อไปนี้

ตาราง 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความแตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจและอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ	1	13.735	0.512
อาชีพ	3	137.302	5.123*
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ x อาชีพ	3	3.096	0.116
ส่วนที่เหลือ	236	26.801	
รวม	239	27.782	

จากตาราง 9 แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่ได้แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ และอาชีพ หมายความว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และมีอาชีพแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ผู้ที่มีอาชีพต่างกันมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน ส่วนตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจพบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกันจะดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความแตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจและอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ	1	13.735	0.512
อาชีพ	3	137.302	5.123*
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ x อาชีพ	3	3.096	0.116
ส่วนที่เหลือ	236	26.801	
รวม	239	27.782	

จากตาราง 9 แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่ได้แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ และอาชีพ หมายความว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และมีอาชีพแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ผู้ที่มีอาชีพต่างกันมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน ส่วนตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจพบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกันจะดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษา
 สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความแตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจและ
 เขตที่อยู่อาศัย

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ	1	8.914	0.322
เขตที่อยู่อาศัย	2	77.232	2.763
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ x เขตที่อยู่อาศัย	2	6.378	0.244
ส่วนที่เหลือ	234	27.654	
รวม	239	27.782	

P < .05

จากตาราง 10 แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
 ไม่ได้แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ และเขตที่อยู่อาศัย
 หมายความว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และมีที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนา
 ต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 นอกจากนี้ พบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองไม่
 ต่างกัน และผู้ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษา
 สุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อหาความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามความแตกต่างของศักยภาพทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ	1	9.355	0.359
ระดับการศึกษา	2	206.127	7.92*
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ x ระดับการศึกษา	2	68.443	2.63
ส่วนที่เหลือ	234	26.025	
รวม	239		

จากตาราง 11 แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่ได้แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา หมายความว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และมีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน ส่วนผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกันพบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ประสิทธิภาพการฝึกอบรม และการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน กับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทเพื่อทดสอบสมมติข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ของงานวิจัยนี้พบผลดังแสดงไว้ในตาราง 12 ต่อไปนี้

ตาราง 12 แสดงผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรม สาธารณสุข ประสบการณ์การฝึกอบรม การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน กับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท

ตัวแปรอิสระ	N	r
ความเชื่ออำนาจภายในตน	240	.20**
ความรับผิดชอบต่อตัวเอง	240	.61**
ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน	240	-.41**
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข	240	.77**
ประสบการณ์การฝึกอบรม	240	.78**
การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน	240	.57**

ผลการศึกษาจากตาราง 12 แสดงให้เห็นดังนี้

จากสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า "ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย" ผลการศึกษพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .20 ผลการศึกษสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้ที่มีอำนาจภายในตนสูงจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก

จากสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า "ความรับผิดชอบต่อตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย" ผลการศึกษพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรับผิดชอบต่อตัวเองกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .61 ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงว่าผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูง จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก

จากสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย" ผลการศึกษพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้านกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.41 ผลการศึกษสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้านสูงจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย

จากสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า "การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย" ผลการศึกษพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .77 ผลการศึกษสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมากจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก

จากสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า "ประสบการณ์การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย" ผลการศึกษพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การฝึกอบรมกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .78 ผลการศึกษสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมมากจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก

จากสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า "การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย" ผลการศึกษพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .57 ผลการศึกษสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมากจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังต่อไปนี้ คือ

1. ศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น ว่ามีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยอาศัยข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด
2. ศึกษาตัวแปรด้านจิตลักษณะและตัวแปรด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชากรกลุ่มนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือ หัวหน้าครัวเรือนของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตอำเภอพล ในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า ปานกลาง และล่าช้าหลัง ระดับละ 80 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา 240 คน

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภูมิหลังด้านเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา แบบสอบถามวัดตัวแปรด้านจิตลักษณะ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตนและความรับผิดชอบต่อตัวเอง แบบสอบถามวัดตัวแปรด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข

การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน และประสบการณ์การฝึกอบรม รวมทั้งแบบสอบถามที่ใช้วัดการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท โดยใช้การเก็บข้อมูล ด้วยวิธีสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลหลายประเภท เช่น การใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรเรื่องการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังใช้สถิติค่าที (t-test) สำหรับวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) และการหาค่าความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment correlation Coefficient) การวิเคราะห์ข้อมูลนี้ผู้ศึกษาได้ใช้เครื่องจักรสมองกล (Computer) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS(PC)

สรุปผลการวิจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบผลดังต่อไปนี้

1. ภูมิหลังและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาคั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน จากหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า ปานกลาง และล้าหลัง หมู่บ้านละ 80 คน รวมทั้งสิ้น 240 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่คือมากกว่าร้อยละ 50 จะอยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 31-40 ปี ส่วนภูมิหลังด้านการประกอบอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ใช้ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือมากกว่า ร้อยละ 50 จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ มีความรับผิดชอบต่อตัวเองต่ำ มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านสูง มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่ำ มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมาก มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก มีประสบการณ์การฝึกอบรมมาก และมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก

2. การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2.1 สภาพทั่วไปของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย พบว่า จำนวนผู้ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากและน้อย มีไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ มีผู้ที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยแล้วตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากมีจำนวน 126 คน (52.5%) น้อย จำนวน 114 คน (47.5%) ส่วนการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ โดยไม่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข คือการซื้อยามารับประทานเอง การพักผ่อนร่างกาย และการรักษาตนเองภายในครอบครัว เหตุผลที่ตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยไม่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข คือความเคยชินต่อการรักษา ไม่มีเวลา ค่ายาแพง และรักษาตามอย่างเพื่อนบ้าน

2.2 การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบผลที่น่าสนใจที่ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่นที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ผู้ที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน ด้านอาชีพ ระดับการศึกษา ส่วนผู้ที่มีความแตกต่างกันทางด้านเพศ และอายุ พบว่า มีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

2.3 การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ แตกต่างกัน จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างระดับการพัฒนา ลักษณะด้านความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน และประสบการณ์การฝึกอบรม ส่วนผู้ที่มีความแตกต่างกันทางด้านเศรษฐกิจ และความเชื่ออำนาจานในตน พบว่ามีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

3. การทดสอบสมมติฐาน

3.1 การเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีที่อยู่อาศัยในเขตพัฒนาที่มีระดับต่างกัน พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน

จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน มีอาชีพแตกต่างกัน และผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกันมีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน

3.2 การเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีความแตกต่างกันด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกันจะมีการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน มีอาชีพแตกต่างกัน และผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกันอยู่ในเขตที่มีการพัฒนาแตกต่างกัน รวมทั้งผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน

3.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ประสบการณ์การฝึกอบรม และการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน กับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลของการศึกษาสรุปได้ดังนี้

3.3.1 ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.3.2 ความรับผิดชอบต่อตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.3.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.3.5 ประสบการณ์การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.3.6 การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้
จากผลการศึกษาดังกล่าวแล้ว สามารถเรียงระดับของความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ คือ ประสบการณ์การฝึกอบรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ความรับผิดชอบต่อตัวเอง การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านและความเชื่ออำนาจภายในตน

อภิปรายผล

1. การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 52.5 จะตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของรัฐที่ได้พยายามสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับชุมชนชนบท เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นชนบทสามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยได้ตามหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.5 ยังมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย และมีค่าเฉลี่ยของการตัดสินใจเพียง 11.70 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวมมาก (X กลุ่มรวม = 16.02) แสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขที่มีอยู่ค่อนข้างต่ำ เพื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่ได้จากการสำรวจ พบว่า ชาวบ้านส่วนหนึ่งยังมีความเคยชินกับการรักษาตนเองตามที่เคยปฏิบัติมา เนื่องจากเห็นว่าอาการเจ็บป่วยมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงใช้วิธีการดูแลรักษาตนเองโดยการซื้อยาตามท้องตลาดมารักษาตนเอง การรักษาตามเพื่อนบ้าน ไม่มีเวลา และค่ายาแพง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ชาวชนบทยังตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2533) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบทที่จังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ชาวชนบทภาคอีสานจะมีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยโดยการซื้อยากินเองตามร้านค้า การซื้อยาเร่ขายในหมู่บ้าน และรักษากับหมอนพื้นบ้านในหมู่บ้าน เมื่อไม่หายจึงไปแสวงหาการรักษาจากบุคคลภายนอกหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่ อนามัย หรือโรงพยาบาล ต่อไป ดังนั้น ความเคยชินต่อการรักษา การรักษาตามอย่างเพื่อน การไม่มีเวลา ค่ายาแพง และการคิดว่า เป็นเพียงการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจึงอาจเป็นสาเหตุให้ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่นยังมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย ซึ่งมีสัดส่วนถึงร้อยละ 47.5 ดังกล่าว

เมื่อพิจารณาถึงการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามเพศ จากผลการศึกษาตามตารางที่ 3 แล้วพบว่า เพศหญิง จะดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2533) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทภาคอีสาน พบว่า เพศชายจะมีการรักษาตนเองอย่างเดี๋ยวนั้นไม่ไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 90 และร้อยละ 85.6 ตามลำดับ) ที่นี้ น่าจะเป็นเพราะว่า ในสังคมชนบทเพศชายเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบกับการทำมาหากิน เช่น ทำนา ทำไร่ จึงทำให้มีความอดทนและเพิกเฉยต่อการเจ็บป่วยปล่อยให้อาการหาย ไปเอง หรืออาจซื้อยามารับประทานเองเพื่อให้หายหรือประทังอาการไว้เท่านั้น จึงทำให้เพศชายตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อยกว่าเพศหญิง

ส่วนการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยจำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 21-30 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากที่สุด แต่ก็แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ ไม่มากนัก แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุเป็น 2 ระดับ คือ ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ได้แก่ ผู้ที่อายุน้อยกว่าหรือเทียบเท่า 20 ปี ถึงอายุ 60 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษา

ของพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2533) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาในภาคอีสานพบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยชรามักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเคยรักษาตนเองมาก่อนแล้ว ไม่หายจึงตัดสินใจที่จะแสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่น ๆ ได้รวดเร็วกว่ากลุ่มคนในวัยอื่น ๆ นอกจากนี้คนชรายังเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการทรุดโทรมหรือตายได้ง่าย ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจึงตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง โดยไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ส่วนการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท จำแนกตามอาชีพแล้วพบว่าอาชีพรับราชการจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากที่สุด มากกว่าอาชีพรับจ้าง และอาชีพเกษตรกรรมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาชีพรับราชการเป็นอาชีพที่มีการศึกษาสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ และมีการติดต่อกับคนอื่น ๆ มากกว่าอาชีพรับจ้าง หรืออาชีพเกษตรกรรมทำให้ได้รับรู้ข่าวสารและมีโลกทัศน์ที่กว้างกว่าผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง และอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยถึงแม้ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จึงให้ความสำคัญกับวิธีการรักษากับผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข เนื่องจากโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงคือสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอย่างเห็นได้ชัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตน มาศเกษม (2527) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตรานอนหลับ และปัจจัยบางประการกับการดูแลรักษาตนเอง โรคลมบ้าหมู พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลรักษาตนเอง ผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู นอกจากนี้ โอเร็ม (จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532 ; อ้างอิงมาจาก Orem 1985) ที่กล่าวว่าการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจในแผนการรักษาการเจ็บป่วย ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

2. การเปรียบเทียบการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีที่อยู่อาศัยในเขตพัฒนาที่มีระดับต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่มีระดับการพัฒนาก้าวหน้า ปากกลาง และลำหลัง จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนากันจำแนกตาม อาชีพ และระดับการศึกษาแล้วก็ยังพบว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนากัน มีอาชีพต่างกัน รวมทั้งมีระดับการศึกษาต่างกัน มีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าหมู่บ้านตัวอย่างที่ใช้ศึกษา แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในด้านของระดับการพัฒนา แต่เมื่อพิจารณาถึงการให้บริการสาธารณสุขของรัฐที่ชาวบ้านทั้ง 3 หมู่บ้าน จะใช้บริการเพื่อดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จะเห็นว่าไม่มีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ทั้ง 3 หมู่บ้าน จะมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนี้ทั้ง 3 หมู่บ้านยังอยู่ในเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐเช่นเดียวกัน รวมทั้งมีกองทุนยาซึ่งดำเนินการโดยบุคคลากรในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเช่นเดียวกัน ทั้ง 3 หมู่บ้าน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงสภาพการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่าคนส่วนใหญ่คือร้อยละ 52.5 มีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐซึ่งเป็นชาวชนบทที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่การพัฒนากัน แต่ก็ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข และใช้บริการสาธารณสุขของรัฐไม่แตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุนี้อาจส่งผลให้ชาวชนบทที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ต่างระดับการพัฒนามีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองของชาวบ้านที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยกับศักยภาพทางเศรษฐกิจจำแนกตามอาชีพ เขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษาก็พบว่า

มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐ (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน การปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับต่ำ (ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.8) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.7 จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเป็นชาวชนบท ซึ่งในสังคมชนบทจะมีลักษณะเป็นสังคมแบบง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนเมื่อเทียบกับสังคมเมือง ชาวชนบทจึงมีแบบแผนชีวิตที่มีความเหมือนกันในด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่รวมถึงการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของการตัดสินใจในกลุ่มผู้มีเศรษฐกิจสูงและต่ำแตกต่างกันไม่มากนัก จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำของชาวชนบทมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลการศึกษพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .02$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขสูงมาก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าค่อนข้างต่ำ คือ มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนของชาวชนบทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาแล้ว พบว่าส่วนใหญ่คือมากกว่าร้อยละ 50 จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม นอกจากนี้ในพื้นที่ที่เป็นสังคมชนบทยังเป็นพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ขาดแคลนทั้งทรัพยากรด้านกายภาพ และชาวชนบทก็ขาดความสามารถในการควบคุมทรัพยากรเหล่านี้ เช่น ในฤดูกาลทำนา ชาวนาไม่สามารถจะควบคุมฝนให้ตกต้องตามฤดูกาลได้ ดังนั้นผลผลิตในแต่ละปีจะได้หรือไม่ได้ จึงต้องหวังพึ่งธรรมชาติทำให้คนชนบทมักเชื่อ โชคกลาง และยอมแพ้จากแรงกดดัน

ภายนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีอำนาจเหนือคน ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง
อาจจะส่งผลให้คนชนบทมักรยอมจำนนต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ซึ่งลิฟคอร์ต (Lefcourt.
1980 : 215) ได้แสดงความคิดเห็นว่าเมื่อบุคคลต้องตกอยู่ในสภาวะที่ต้องเผชิญกับปัญหาหรือความกดดัน
แห่งชีวิต ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูง จะมีความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับประสบการณ์ทางลบ
(Negative experience) หรือความทุกข์ยากต่าง ๆ ในชีวิตอย่างเต็มความสามารถมากกว่าผู้ที่
มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองต่ำ นอกจากนี้ สุนทรী โคมิน และสนิท สัมครการ (2522) ได้ศึกษาระบบ
ค่านิยมของคนไทย ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสังคมชนบทจะให้ความสำคัญต่อความคิด
สร้างสรรค์ และความทะเยอทะยานน้อย ตลอดจนมีความเกรงใจมากกว่าผู้ที่อยู่ในสังคมเมือง ซึ่ง
แสดงให้เห็นถึงลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองต่ำ ดังนั้นเมื่อคนชนบทเกิดปัญหาจึงมัก
คิดว่าเป็นเคราะห์กรรม และให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหามาจากความเชื่อของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ
ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ มากกว่าร้อยละ 50 จะมีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมาก

จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นชาวชนบท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มี
ความเชื่ออำนาจภายในตนเองต่ำ จะมีแนวโน้มที่จะยอมจำนนต่อปัญหาต่าง ๆ และจะแก้ปัญหามาความ
เจ็บป่วยตามความเชื่อดั้งเดิมของตนเอง จากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นชาวชนบท
ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองต่ำ จึงอาจเป็นสาเหตุให้ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนเอง
กับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีค่าสหสัมพันธ์น้อยดังกล่าว

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบต่อตัวเองกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง
เมื่อเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความรับผิดชอบต่อตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแล
รักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการตัดสินใจ
ดูแลรักษาตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวสาธารณสุขแล้วนับได้ว่าเป็นพฤติกรรมหนึ่ง
ที่พึงประสงค์ของสังคม และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งดวงเดือน นันธมณาวิน (2525)
ได้ทำการศึกษพบว่าพฤติกรรมที่เป็นที่พึงประสงค์ของสังคมหลายด้าน เช่น พฤติกรรมซื้อสัตย์ พฤติกรรม
อาสาสมัครพัฒนาชนบท เป็นต้น จะมีความสัมพันธ์กับจิตลักษณะของมนุษย์หลายประการ เช่น แรงจูงใจ
ใฝ่สัมฤทธิ์ ความเชื่ออำนาจในตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ สฟโซค พูลนวม (2523) ได้ศึกษาถึง

ความรับผิดชอบกับความซื่อสัตย์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 พบว่า ความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซื่อสัตย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรับผิดชอบซึ่งเป็นจิตลักษณะอย่างหนึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูงแล้ว พบว่า เป็นผู้ที่หมั่นศึกษาหาความรู้ให้กับตัวเอง การระวังการรักษาสุขภาพตนเอง และเป็นผู้ที่จัดหาเครื่องอุปโภค บริโภค อย่างเหมาะสม ย่อมเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้าง และย่อมใช้ความวินิจฉัยพิจารณาอย่างรอบคอบ ในการแก้ปัญหาให้กับตนเองมากกว่าผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองต่ำ ดังนั้นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูงเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ย่อมใช้ความรู้ที่ตัวเองสะสมมาตัดสินใจ เพื่อแก้ปัญหาการเจ็บป่วย โดยไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนว่า สิ่งที่คุณเองกระทำลงไปนั้นจะมีผลเสียหรือไม่ และจะเลือกปฏิบัติแต่สิ่งที่จะทำให้เกิดผลเสียหรือไม่ และจะเลือกปฏิบัติแต่สิ่งที่จะทำให้เกิดผลดี เพื่อแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองหรือบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อสูง มีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากมาย

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในระบบของสังคมชนบท ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านนั้นนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชาวบ้าน ซึ่งได้ปฏิบัติสืบทอดกันมาแต่บรรพบุรุษมาจากรุ่นลูกหลาน ดังนั้นการดูแลรักษาตนเองของชาวชนบทด้วยระบบแพทย์พื้นบ้าน จึงยังมีการปฏิบัติสืบทอดมาถึงปัจจุบัน เมื่อชาวชนบทเกิดการเจ็บป่วย จึงดูแลรักษาตนเองกับหมอพื้นบ้าน ดังจะเห็นได้จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขนครพนม (2528) พบว่าชาวชนบทร้อยละ 34.5 ไปรักษาจากหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีทั้งยาสมุนไพร หมอธรรม หมอทรง หมอน้ำมนต์ หมอผี นอกจากนี้ อรทัย รอยอาจิณ (2523) ได้สำรวจพฤติกรรมระหว่างผู้ใช้บริการของรัฐและผู้รับบริการที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีความเห็นต่างทางสังคม (Social gap) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่เป็นชาวชนบท เป็นเหตุให้การให้บริการสาธารณสุขของรัฐต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และยังมีเหตุผลสำคัญในการเลือกใช้บริการของ

แพทย์แผนโบราณ หรือแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การที่สามารถสื่อสารเข้าใจกันดี ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยระบบแพทย์แผนปัจจุบันที่ให้บริการโดยบุคลากรของรัฐ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ได้ให้เหตุผลว่าเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ไปหาบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข เนื่องจากค่ายาแพง และรักษาตนเองตามความเชื่อและรักษาตามเพื่อนบ้าน

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าชาวชนบทยังให้ความสำคัญกับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยระบบแพทย์พื้นบ้าน เนื่องจากมีความเชื่อและความเข้าใจ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างต่ำ ทำให้ชาวชนบทที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน จึงไม่ให้ความสำคัญต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยระบบแพทย์แผนปัจจุบัน จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมากจะตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย

7. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย จากการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สำหรับในข้อนี้ เมื่อพิจารณาถึงการเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ในกิจกรรมนั้น ๆ และเมื่อชาวชนบทเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมากเท่าไรก็ย่อมได้รับรู้เรื่องราวการสาธารณสุขมากเท่านั้น นอกจากนี้ กิจกรรมสาธารณสุขยังเป็นกิจกรรมที่มาจากสังคมภายนอกชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งแปลกใหม่ ๆ พร้อมทั้งจะยอมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ อิงเกล และสมิธ (Inkeles & Smith. 1974 : 19-25) ได้กล่าวว่าเป็นคุณลักษณะของผู้ที่ทันสมัย ซึ่งผู้ที่มีความทันสมัยนี้จะเป็นผู้ที่สนใจหาข้อมูลและข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการตัดสินใจของตนเอง ดังนั้นเมื่อชาวชนบทที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข มีอาการเจ็บป่วย ย่อมมีการตัดสินใจที่จะแก้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยวิธีการที่เสี่ยงน้อยที่สุด นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 129) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลตนเองต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการณ์ให้ความหมายของสิ่งที่ค้นพบ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ เรมवल นันทศุภวัฒน์ (2524) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้

ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถ้ามีความรู้เรื่องของโรค จะดูแลรักษาตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เรื่องโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐ (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องสาเหตุและอาการเจ็บป่วยมาก จะดูแลรักษาตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย ดังนั้นการที่ชาวชนบทได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข รวมถึงสามารถใช้ความรู้ที่นำมาพิจารณาตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมตามหลักการของการสาธารณสุข ซึ่งจัดการโดยระบบวิชาชีพ ดังนั้นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมากย่อมตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากด้วย

8. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย พบว่า การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมากจะได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งผู้สนใจรับรู้ข่าวสารจากสิ่งแวดล้อมภายในสังคมนี้ อิงเกล และสมิธ (Inkeles & Smith. 1974 : 19-25) ได้กล่าวว่า เป็นลักษณะของผู้ที่มีความทันสมัย ซึ่งผู้ที่มีความทันสมัยจะเป็นผู้ที่มีความคิดในเชิงบวกต่อสภาพแวดล้อมสามารถศึกษา และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล ดังนั้นเมื่อชาวชนบทที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก ย่อมมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ซึ่งเรวิช (อัจฉรา โอประเสริฐ. 2531 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Ravish. 1985 : 10-11) ได้กล่าวว่าการขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมจะเป็นผลให้บุคคลขาดความมั่นใจในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า มีผลต่อสรีรวิทยา ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ฮับบาร์ด (จิรภา หงษ์ตระกูล. 2532 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Hubbard. 1984 : 266) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับกิจกรรมการดูแลรักษาตนเองด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนหนึ่งของการได้รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับรู้ข่าวสารจากสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลรักษาตนเองด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ในสังคมทำให้รับรู้

ปที่สฐานของสังคม รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่สามารถนำมาเลือกปฏิบัติได้ และเมื่อพิจารณาถึงผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาแล้วพบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 62.9 เป็นผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก ดังนั้นเมื่อชาวชนบทมีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก ก็ย่อมจะได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมและสังคมมากจึงย่อมนำความรู้ที่ได้รับจากข่าวสารจากสื่อมวลชนมาเลือกปฏิบัติได้มากขึ้น และเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยก็ย่อมมีทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ทางเลือกที่จะมีโอกาสเสี่ยงน้อยที่สุดในการแก้ไขรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง คือ ไปหาบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข ดังนั้นผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก จึงตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากด้วย

9. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การฝึกอบรมกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สำหรับในข้อนี้เมื่อพิจารณาผู้ที่มิประสบการณการฝึกอบรมมาแล้ว จะเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญอย่างสูงต่อการศึกษา และมีความมุ่งมั่นที่จะได้รับการศึกษาที่ดีขึ้นกว่าเดิม จึงสนใจเข้ารับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอิงเกล และสมิธ (Inkeles & Smith, 1974 : 19-25) ได้กล่าวว่า ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อการศึกษา และหมั่นศึกษาหาความรู้สม่ำเสมอจะเป็นคนที่ทันสมัย และเป็นผู้ที่ยอมรับผู้อื่น รวมถึงมีการคิดอย่างมีเหตุผล เมื่อเกิดปัญหาความเจ็บป่วยขึ้น จึงใช้ประสบการณ์ที่ได้จากประสบการณ์การฝึกอบรมคิดแก้ไขปัญหายอย่างมีเหตุผลด้วย ส่วนการได้รับการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้อธิบายไว้ในเรื่องลักษณะทั่วไปของชุมชนที่ใช้ศึกษา จะพบว่า เป็นการฝึกอบรมที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานของสาธารณสุข เช่น การอบรมสตรีด้านอาหารและโภชนาการ การอบรม ผสส. อสม. และการอบรมผดุงครรภ์แผนโบราณ ซึ่งทั้งหมดนี้นับเป็นการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย จากที่ได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่คือร้อยละ 57.9 เป็นผู้ที่มิประสบการณการฝึกอบรมมาก ดังนั้นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์การฝึกอบรมจึงเป็นความรู้ทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้แล้วในระหว่างการฝึกอบรมก็มีโอกาสที่ได้ติดต่อกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่ง

เป็นส่วนหนึ่งของความรู้ที่จะนำมาดูแลรักษาตนเองได้ โคเฮน และวิลส์ (รัตนมาศเกษม. 2527; อ้างอิงมาจาก Cohen & Wills 1985) ได้ศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านการแพทย์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมั่นใจที่จะดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมากด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น มีข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. เนื่องจากการศึกษาเบื้องต้นปรากฏผลว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีถึงร้อยละ 47.5 เป็นผู้ที่ไม่ดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย ซึ่งเป็นปริมาณที่ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย คือ เพศชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้มีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง และผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลทางด้านสาธารณสุขในทางบวก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรให้ความสนใจกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเพศชาย ผู้มีการศึกษาต่ำ ผู้มีอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพรับจ้าง รวมทั้งผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานเพื่อที่จะได้วางแผนทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ให้เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขให้มากขึ้นในโอกาสต่อไปด้วย
2. จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านจิตลักษณะ คือ ความรับผิดชอบต่อตัวเอง และความเชื่ออำนาจในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งทำให้เห็นแนวทางการปฏิบัติว่า นอกจากจะพัฒนาพฤติกรรมการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยตรงแล้ว การพัฒนาจิตลักษณะของชาวชนบท ก็มีความสำคัญ เนื่องจากปัจจัยด้านจิตลักษณะมีส่วน

เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบททั้งสิ้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาจิตลักษณะของประชาชนชนบท โดยให้ความสำคัญในการพัฒนาจิตลักษณะด้านความรับผิดชอบต่อตัวเอง และความเชื่ออำนาจในตนด้วย

3. การศึกษาตัวแปรด้านสังคม พบผลที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ที่มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชนมาก มีประสบการณ์การฝึกอบรมมาก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมาก จะเป็นผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก ส่วนผู้ที่มีความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมาก จะเป็นผู้ที่ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขน้อย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชากรในชนบทได้เห็นความสำคัญของการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน การเข้าร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข และเข้าร่วมในการอบรมให้มาก นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาระบบแพทย์พื้นบ้านให้เป็นที่พึ่งของชาวชนบทได้อย่างเป็นที่ยอมรับของกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข เช่น การให้การอบรมชาวชนบทเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร เพื่อแก้ไขการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง และการส่งเสริมให้มีกลุ่มสมุนไพรในชุมชนชนบท เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การนำตัวแปรเข้ามาใช้ศึกษา
 - 1.1 เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทที่มีความแตกต่างกันในด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจ และเขตที่อยู่อาศัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นชาวชนบทที่ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันในด้าน การประกอบอาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ และได้รับการบริการจากบริการสาธารณสุขของรัฐไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้นงานวิจัยในครั้งต่อไปควรพิจารณาตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่เห็น ได้ชัดเจน นำมาใช้ในการศึกษา วิเคราะห์ด้วย เช่น ตัวแปรด้านอาชีพ และระดับการศึกษา เป็นต้น
 - 1.2 เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า มีจิตลักษณะด้านความรับผิดชอบต่อตัวเอง และความเชื่ออำนาจในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อ

เจ็บป่วยของชาวชนบท ซึ่งยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษามาก่อน ดังนั้นการทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยครั้งต่อไปควรพิจารณาตัวแปรจิตลักษณะด้านอื่น ๆ เช่น ลักษณะมุ่งอนาคต ความทันสมัย เป็นต้น มาศึกษาด้วยเพื่อขยายงานด้านวิชาการเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวชนบท ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันหลายด้าน เช่น วิถีชีวิต อาชีพ ระดับการศึกษา แต่การันพัฒนาประเทศโดยการให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาตนเองอย่างถูกต้อง เป็นสิ่งที่รัฐให้ความสำคัญกับทุกพื้นที่ทั้งในเขตเมือง และชนบท ดังนั้นการศึกษาคั้งต่อไปควรพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในพื้นที่อื่น ๆ มาศึกษาด้วย เช่น กลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง ทั้งในเขตเมืองและชนบท หรืออาจศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ดังกล่าวด้วย

3. เนื้อหาที่ใช้ศึกษา

เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาถึงสภาพการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยพิจารณาจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขโดยรวม ดังนั้นการศึกษาคั้งต่อไปควรมีการพิจารณาจำแนกผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขว่า ชาวชนบทใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขกลุ่มใดมากที่สุด กลุ่มใดน้อยที่สุด จะทำให้ทราบผลการศึกษาได้ละเอียดลึกซึ้งมากขึ้นต่อไป

4. วิธีการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้มุ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ศึกษาแต่ละตัวแปรกับตัวแปรด้านการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ในเบื้องต้นเท่านั้น ดังนั้นการศึกษาคั้งต่อไปควรมีการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกตามกลุ่มย่อยในแต่ละตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษา เช่น เมื่อพบว่าชาวชนบทมีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูง จะมีการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก ถ้ามีการวิเคราะห์จำแนกตามพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันทางด้านสภาพแวดล้อมให้เห็นได้อย่างชัดเจนแล้วจะพบผลเช่นไร ซึ่งวิธีการเช่นนี้จะทำให้ได้ผลการศึกษาที่มีความละเอียดลึกซึ้ง และสามารถมองเห็นปัญหาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กิติกร มีทรัพย์. "แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจิต และวิถีชีวิตกับการดูแลตนเองในสังคมไทย,"

เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการ
สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

กรรณิกา กันธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับ
สุขภาพอนามัย กับการปฏิบัติตนเพื่อขำรงค์ไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

กรรณา กิจขยัน. ความสัมพันธ์ระหว่างความมีวินัยแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน
และคุณธรรมแห่งความเป็นพลเมืองดีของเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการศึกษา ประสานมิตร, 2517. อัดสำเนา

ก่อ สวัสดิทานิช. ประชากรไทย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2514.

จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล
2528. อัดสำเนา.

จิรภา หงษ์ตระกูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ
ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

จิตรนาก กীরดีเสวี ความสัมพันธ์ระหว่างความมีน้ำใจของครู ความรู้สึกรับผิดชอบ พฤติกรรม
ความเป็นผู้นำ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียนและการฝึกสอน ของนักเรียนชั้นปีที่ 2
วิทยาลัยครูสงขลา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา
ประสานมิตร, 2516. อัดสำเนา

จรรยา สุวรรณทัต, ดวงเดือน พันธมนาวิน และเพ็ญแข ประจวบปัจจนิก. พฤติกรรมศาสตร์เล่ม 1 :
พื้นฐานความเข้าใจทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2521.

- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. การยอมรับวิทยาการแพนใหม่ของเกษตรกรฐานเมืองจังหวัดเชียงใหม่.
 รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2529.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์ และอาพันธ์ กาญจนพันธ์. "ระบบความเชื่อและพิธีกรรมกับการรักษาพยาบาล
 ในล้านนา," เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. นครปฐม
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เฉลียว บุรภัคดี. "จิตวิทยาสังคม," วิทยาศาสตร์สังคม. หน้า 201-236 กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2517.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์, 2522.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. "ความสำเร็จในชีวิตเริ่มวัยก่อนเรียน," จุลสารฉบับพิเศษปีเด็กสากล.
หน้า 23-24 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2521.
- _____. "การวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมที่ควรส่งเสริมในเยาวชนไทยและประชาชนไทย,"
วารสารการวิจัยทางการศึกษา. 10 (2) : 29-47, 2523.
- ดวงกมล อัครอนุสรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษาความเชื่อ
ด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาฯ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. "การดูแลรักษาตนเองพร้อมแดนแห่งความรู้," ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแล
สุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ หน้า 10-41
กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ธำรง เปรมปรีดิ์. "ในหลวงกับการพึ่งพาตนเองของชาวชนบท," วารสารการศึกษานอกโรงเรียน.
25 (141) : 6-14, 2531.
- นพนธ์ สัมมา. จิตลักษณะสำคัญเกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรมทางการเกษตร. ปริญาภิพนธ์ กศ.ด.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.

- นิวัต กลิ่นงาม. การตัดสินใจแก้ปัญหาประชากรของนักศึกษาวิทยาลัยครูส่วนกลาง. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521. อัดสำเนา.
- ประสาท หลักศิลา. การจำแนกแตกต่างทางสังคมอันสืบเนื่องมาจากครอบครัวและการประกอบอาชีพ.
2529. อัดสำเนา.
- ประณต เล็กสวาสดี. ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูเด็ก การฟังผู้อื่น พฤติกรรมด้าน
ความเป็นผู้นำ และความรู้สึกรับผิดชอบ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
วิทยาลัยวิชาการศึกษาประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.
- ปรีชา อุปโยธิน และลือชัย ศรีเงินยวง. "พลวัตของระบบแพทย์แบบพหุลักษณะในภาคกลาง,"
เอกสารประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการ
สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- พกา บุญเรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจเลือกอาชีพและความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนกับกลุ่มตัวอย่างนิสิต ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2520.
อัดสำเนา.
- ผจงจิต อินทสุวรรณ. สถิติอนุมาน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.
- พจน์ จันทร์วีระกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการอ่านความอยากรู้อยากเห็น และ
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของเด็กไทย จีน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.
กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2515. อัดสำเนา
- พจน์ สะเพียรชัย. "ความสามารถทางสมองของมนุษย์," พัฒนาวิถผล. หน้า 6-14, 2512.
- พรชัย รอดสมจิตร. ความสามารถในความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.

- เพ็ญแข ประจักษ์จันติก. พื้นฐานทางสังคมวิทยาและเศรษฐศาสตร์ของการศึกษา. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เอกสิทธิ์ดีไซน์, 2533.
- พัทณี เทียนสุวรรณ. การตัดสินใจในสภาพการเลี้ยงของเด็กและเยาวชนในสถาบันพินิจและ
คุ้มครองเด็กกลาง. วิทยานิพนธ์ คม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2517. อัดสำเนา.
- นิมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. "พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้าน
ในภาคอีสาน," ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 156-206 ลือชัย ศรีเงินยวง
และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- มัลลิกา มัติโก. "แนวความคิดและการพัฒนาดูแลสุขภาพตนเอง," การดูแลสุขภาพตนเอง
ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. นิมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ บรรณาธิการ กรุงเทพฯ :
ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- มนตรี อนันต์รักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกกับทัศนะทางวิทยาศาสตร์
และความเชื่อโชคลางในกลุ่มผู้มีอาชีพครู ในจังหวัดจันทบุรี. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ :
วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2517. อัดสำเนา.
- ยุพา อานันท์สิทธิ์. การศึกษาผลการสอนแบบสืบสวนสอบสวน (Active Inquiry) ในเชิง
วิทยาศาสตร์ที่มีต่อความคิดแบบสอบถาม ความถนัดทางการเรียน และความรู้สึกรับผิดชอบ.
ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2515.
อัดสำเนา.
- เรมวาล นันทกุลวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ คม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2524. อัดสำเนา.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์อัตโนมัติ และปัจจัยบางประการกับการดูแลรักษาตนเอง
โรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

รุจิราภ อรรถลิขัฐ. "การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบสาธารณสุขมูลฐาน," เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

ลือชัย ศรีเงินยวง. "มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพร," เอกสารประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

วัลภา วัฒน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์. "การเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตร," เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

วีระยศ ทรงบุณิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530. อัดสำเนา.

"วิถีทางเพื่อการพึ่งตนเองในงานสาธารณสุขมูลฐาน," วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. เมธี จันทจักรุณณ์ บรรณาธิการ กรุงเทพฯ : สิงหาคม - กันยายน 2531.

วิวัฒน์ชัย อัดถากร. "แผน 6 : สูตรการพัฒนาที่ก้าวหน้าหรือย่ำเท้าอยู่กับที่," เอกสารทางวิชาการนี้ดำ. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองสร้างสรรค์การพิมพ์, 2529.

ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. คู่มือการจัดทำแผนพัฒนาชนบทในระดับจังหวัดในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534). กรุงเทพฯ : อุดมการพิมพ์, 2528.

ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. แผนพัฒนาชนบทในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534). กรุงเทพฯ : อุดมการพิมพ์, 2529.

สพโชค พูลนวม. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อสัจธรรมกับความรู้สึกกับผิดชอบ. ปริญญาโท กศ.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.

สมจิตร หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก,"

ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

บรรณาธิการ, หน้า 126-155 กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์
และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมปราชญ์ จอมเทศ. การบริหารและการจัดการ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2516.

สมทรง ศุภศิลป์ ณ นคร. "พลวัตของระบบการแพทย์แบบหลักหมื่นในภาคอีสาน," เอกสารประกอบการ

การประชุมทางวิชาการสุขภาพ ครั้งที่ 2 ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2532. อัดสำเนา.

สนิท สมัครการ. การตัดสินใจเปลี่ยนอาชีพของชาวนาในภาคกลาง. 2530. อัดสำเนา.

สุรัสวดี หุ่นยนต์. ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนของประชาชนยากจน :

ศึกษาเฉพาะกรณีบ้านหมู่เขาตื้น ตำบลวังลัด อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดนครสวรรค์.

วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528. อัดสำเนา.

สุนทรีย์ โคมิณ และสนิท สมัครการ. ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือ. รายงานการวิจัย

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนาบริหารศาสตร์, 2533. อัดสำเนา.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

การสาธารณสุขมูลฐานแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิชย์, 2527.

สถาบันวิจัยและการพัฒนา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การพึ่งตนเอง : อีกบทหนึ่งของการทบทวน

โลกทัศน์แห่งการพึ่งตนเอง. 2531.

สุนันทา กุ่เกลี้ยง. ความรู้สึกโรคความดันโลหิตสูงการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ คม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

2524. อัดสำเนา.

สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิด และ วิธีหาคุณภาพ. กรุงเทพฯ :

ไทยวัฒนาพานิชย์, 2525.

อภิชาติ ทองอยู่. ทัศนะว่าด้วยวัฒนธรรมกับชุมชนทางเลือกใหม่ของงานพัฒนา. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2527.

อารีย์ เศรษฐชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ความรู้สึก
รับผิดชอบ และความเชื่อมั่นในตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
ปริญญาโท ศึกษาศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2520.
อัสสโน.

อรทัย รอยอาจิม และกาญจนา แก้วเทพ. บทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย.
รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

อาสาฬห์ เกษทรัพย์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโรงเรียนชุมชนของผู้ปกครอง
ในเขตอำเภอบางมูลนาค จังหวัดพิจิตร : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ปกครองของนักเรียนโรงเรียน
ชัยภูมิวิทยา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์, 2524. อัสสโน.

อัจฉรา โอประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้าน
สุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัสสโน.

เอี่ยมพร ทองกระจาย. "การดูแลสุขภาพตนเอง : แนวคิดและการประยุกต์," เอกสารประกอบการ
การประชุมทางวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข
อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัสสโน.

อุษา หัซชะมิช. ความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรม ความถนัดทางภาษาและความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนของเด็กวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2. ปริญญาโท ศึกษาศาสตร์. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521. อัสสโน.

Adair, J. Training for Decision. London Mcdonal, 1974.

Conn, P.H. Conflict and Decision - Making : An Introduction to Political Science.New York : Harper & Row, 1971.

Ducett, J. and Walk, S. "Cognitive and Motivational Correlates of Generalized Expectancies for Control," Journal of Personality and Social Psychology.26 (3) : 420 - 426 ; 1973.

Inkeles, A. and D. Smith, Becoming Modern.London : Heirnemann Education Books. 1974.

Knox, A.B. Adult Development and Learning.Jossey : Inc. Publishers California, 1977.

Kowitz, A.C. and Knutson T.J. Decision Making in Small Group : The Search for Alternatives.Allyn and Bacon Inc, 1980.

Lefcourt, H.M. "Internal versus External Control of Reinforcement : A Review," Psychological Bulletin.65 (3) : 206 - 220 ; 1966.

_____. "Locus of Control and Coping with Life's Evens," Personality : Basic Aspects and Current Research.New Jersey : Prentice - Hall, 1980.

Lindblom, G.E. The policy-making Process.New Jersey : Prentice Hall, 1968.

Messick, D.M. "Choice Behavior as a function of Expected Payoff," Journal of Experimental Psychology.76 : 544 - 549 ; 1968.

Peasse, A. and Stiefel, M. "Inguriory into Participation A. Research Approach," UNRISO Participation Program.Geneva 1979.

- Rotter, J.B. "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement," Psychological Monographs : General and Applied.80 (1) ; 1966.
- Supanee Chaiumporn. Development of A Self-Reliance : Measuring instrument for Farmers of Northern Thailand.Research Center, National Institute of Development Administration, 1987.
- Smart, M.S. and Smart, R.C. Children Development and Relations.P 537
New York : The Mcmillan Company, 1969.
- Wick and Pope "Self-Determination," Social Casework : The Journal of Contemporary Social Work.69 : 1 - 16 ; 1988.
- White, A.T. "Why Community Participation A discussion of The argument go," Community participation : Current issue and Lesson learned.P. 18 :
United Nation Children's Fund, 1982.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 13 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจในตน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	2.33*
2	2.51*
3	1.94*
4	2.87*
5	2.02*
6	3.74*
7	3.67*
8	1.95*
9	1.98*
10	1.95*

* มีระดับนัยสำคัญที่ .05 df = 26

ตาราง 14 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความรับผิดชอบต่อตัวเอง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	3.74*
2	3.11*
3	9.28*
4	2.05*
5	3.77*
6	3.11*
7	3.20*
8	2.05*
9	2.12*
10	2.42*

* มีระดับนัยสำคัญที่ .05 df = 26

ตาราง 15 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดเรื่องความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	3.28*
2	2.34*
3	3.74*
4	5.10*
5	3.20*
6	6.87*
7	14.20*
8	14.20*
9	1.74*
10	2.05*
11	1.96*
12	2.05*
13	2.34*
14	3.74*
15	4.52*
16	1.97*
17	3.74*

* มีระดับนัยสำคัญที่ .05 df = 26

ตาราง 16 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองฯ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	6.62*
2	4.20*
3	3.78*
4	3.76*
5	3.66*
6	2.74*
7	5.45*
8	3.53*
9	3.96*
10	5.04*

* มีระดับนัยสำคัญที่ .05 df = 26

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ความรับผิดชอบต่อตัวเอง
ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน และการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองฯ

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2 t} \right]$$

ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง

$$\begin{aligned} r &= \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{1.33}{2.64} \right] \\ &= .55 \end{aligned}$$

ความรับผิดชอบต่อตัวเอง

$$\begin{aligned} r &= \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{1.99}{4.19} \right] \\ &= .58 \end{aligned}$$

ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน

$$\begin{aligned} r &= \frac{17}{17.1} \left[1 - \frac{2.85}{9.86} \right] \\ &= .76 \end{aligned}$$

การตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

$$\begin{aligned} r &= \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{5.79}{28.47} \right] \\ &= .88 \end{aligned}$$

ภาคผนวก ข.

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจในตน
3. แบบสอบถามวัดความรับผิดชอบต่อตัวเอง
4. แบบสอบถามวัดความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้าน
5. แบบสอบถามวัดศักยภาพทางเศรษฐกิจ
6. แบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข
7. แบบสอบถามวัดการรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน
8. แบบสอบถามวัดประสิทธิภาพการฝึกอบรม
9. แบบสอบถามวัดการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพ

ตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น

- คำชี้แจง
1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน
 2. แบบสอบถามนี้ไม่มีข้อใดผิด-ถูก แต่เป็นการสอบถามความคิดเห็น และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน
 3. คำตอบตามความเป็นจริงของแต่ละข้อจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่องานวิจัยนี้ จึงขอให้ผู้ตอบตอบคำถามตามความเป็นจริงที่สุด
 4. คำตอบที่ได้รับแต่ละคนจะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ ไปประมวลผลเป็นส่วนรวม โดยไม่มีผลเสียหายกับผู้หนึ่งผู้ใดทั้งสิ้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. อาชีพหลัก
 - (1) เกษตรกรรม
 - (2) ค้าขาย
 - (3) รับราชการ
 - (4) รับจ้าง
 - (5) อื่น ๆ (ระบุ)
4. บ้านของท่านตั้งอยู่ที่หมู่บ้าน

5. การศึกษาขั้นสูงสุด

(1) ประถมศึกษา หรือเทียบเท่า

(2) มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

(3) สูงกว่ามัธยมศึกษา

(4) อื่น ๆ (ระบุ)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านจิตลักษณะความเชื่ออำนาจในตน

1. เมื่อฉันเป็นหวัด ฉันเชื่อว่าอาการหวัดจะหายหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง
2. ฉันเชื่อว่าฉันไม่สามารถกำหนดชีวิตของตนเองได้ขึ้นอยู่กับพรหมลิขิต
3. เมื่อฉันประสบอุบัติเหตุ ฉันเชื่อว่าเป็นคราวเคราะห์ของฉัน
4. เมื่อฉันนอนอนมีอาการอ่อนเพลีย ฉันเชื่อว่า จะหายจากการอ่อนเพลียได้ต้องพักผ่อนร่างกาย
5. ฉันจะได้สิ่งที่ฉันต้องการหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุญวาสนาของฉัน
6. ถ้าฉันร่างกายไม่แข็งแรงฉันเชื่อว่าเป็นเพราะฉันกินอาหารไม่มีประโยชน์
7. เมื่อฉันเจ็บไข้ได้ป่วยฉันไม่เชื่อว่าเป็นเพราะโชคชะตาที่กำหนด

	ใช่	ไม่ใช่
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

11. เมื่อท่านมีอาการยอกหลัง ท่านเชื่อว่าการรักษาด้วยการเป่าจะทำให้หายจากการยอกหลังได้
12. เมื่อคนในครอบครัวของท่านมีอาการท้องเสีย ท่านเชื่อว่าการรักษาด้วยสมุนไพรจะช่วยรักษาอาการท้องเสียได้
13. เมื่อท่านพบสตรี มีอาการปวดท้องในระหว่างมีรอบเดือน ท่านเชื่อว่าน้ำมันดีจะช่วยรักษาอาการปวดท้องได้
14. เมื่อท่านพบว่าเด็กมีอาการผอมแห้งแรงน้อย ท่านเชื่อว่าการพาไปหาหมอทรงจะรักษาให้หายได้
15. เมื่อท่านพบคนที่ เป็นไข้เป็นระยะเวลานาน ๆ ต่อเนื่องกัน ท่านเชื่อว่าการพาไปรักษากับหมอทรงจะช่วยรักษาอาการไข้ให้หายได้
16. เมื่อเด็กในครอบครัวของท่านเป็นโรคพยาธิ ท่านเชื่อว่าการรักษาด้วยสมุนไพรจะรักษาโรคพยาธิได้
17. ท่านเชื่อว่าการเป่ากระหม่อมด้วยมนต์คาถาจะช่วยไม่ให้เด็กร้องกวน โดยไม่ทราบสาเหตุ

ไม่	ไม่ใช่
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ศึกษาทางเศรษฐกิจ

1. ในรอบปีเพาะปลูกที่ผ่านมาครอบครัวของท่านมีข้าวพอกินหรือไม่
 - ก. มีพอและเหลือกิน
 - ข. มีพอดี
 - ค. ไม่เพียงพอ
2. โดยทั่วไปคนในครอบครัวของท่านมีเสื้อผ้าใส่เพียงพอหรือไม่
 - ก. มีพอและเหลือใช้
 - ข. มีพอดี
 - ค. ไม่เพียงพอ

3. ในรอบปีเพาะปลูกที่ผ่านมา ท่านมีเนื้อที่เพาะปลูกประมาณ.....ไร่
4. ท่านมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเองหรือไม่
- ก. มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง
- ข. มีบ้านเป็นของตนเองอย่างเดียว
- ค. ไม่มีทั้ง 2 อย่าง
5. ภายในบ้านของท่านมีสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้หรือไม่

	มี	ไม่มี
- วิทยุ
- โทรทัศน์
- ตู้เย็น
- เตาน้ำแก๊ส
- พัดลมไฟฟ้า
- รถจักรยานยนต์
- รถยนต์
- รถจักรยาน
- อื่น ๆ (ระบุ).....

6. บ้านของท่านสร้างด้วยวัสดุอย่างไร

หลังคาบ้านทำด้วย

พื้นบ้านทำด้วย

ฝาบ้านทำด้วย

7. รายได้

7.1 ในรอบปีเพาะปลูกที่ผ่านมา ครอบครัวท่านมีรายได้รวมทั้งสิ้น บาท

7.2 รายได้ของท่านได้มาที่ใดบ้าง

- การเกษตร บาท
- รับราชการ หรือรับจ้าง บาท
- อื่น ๆ บาท

7.3 รายจ่ายของท่านในรอบปีเฉพาะปลูกที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

- ค่าผลิตผลด้านการเกษตร (ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย ค่าจ้าง ค่าเมล็ดพันธุ์พืช)
ประมาณ บาท
- ค่ากินอยู่ในชีวิตประจำวัน (อาหาร เสื้อผ้า การศึกษาบุตร ค่ารักษาพยาบาล
อื่น ๆ) ประมาณ บาท
- ค่าบริจาคเพื่อกิจกรรมในชุมชน บาท

7.4 โดยภาพรวมแล้ว ท่านมีรายได้พอเพียงกับรายจ่ายหรือไม่

- ก. รายได้มากกว่ารายจ่าย
- ข. รายได้พอดีกับรายจ่าย
- ค. รายได้น้อยกว่ารายจ่าย

8. เปรียบเทียบรายได้ระหว่างปีที่ผ่านมา

- ก. ปีนี้มากกว่าปีที่แล้ว
- ข. ปีนี้เท่ากับปีที่แล้ว
- ค. ปีนี้น้อยกว่าปีที่แล้ว

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขในรอบปีพุทธศักราชที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2532)

กิจกรรม	ร่วม		ไม่ได้ร่วม
	ร่วมเป็นสมาชิก	ร่วมทำ	
1. กองทุนยา
2. กองทุนโภชนาการ
3. กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน
4. กองทุนส้วม
5. กองทุนสุขภาพอาหาร
6. กองทุนบัตรสุขภาพ
7. การบริการจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เช่น ฉีดวัคซีน วางแผนครอบครัวฯ
8. การให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เช่น การสาธิตการ ทำอาหารเสริมฯ
9. หอกระจายขี้วในหมู่บ้าน
10. การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน

1. ท่านฟังวิทยุรายการอะไรบ้าง

- | ฟัง | ไม่ฟัง | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.1 รายการบันเทิง เช่น เพลง ดนตรี ละคร มวย |
| | | 1.2 ข่าว |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ก. ข่าวกีฬา |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ข. ข่าวในประเทศ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ค. ข่าวต่างประเทศ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.3 สารคดี ความรู้ (ระบุเรื่อง) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.4 อื่น ๆ (ระบุ) |

2. ท่านดูโทรทัศน์รายการอะไรบ้าง

- | ดู | ไม่ดู | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.1 รายการบันเทิง เช่น เพลง ดนตรี ละคร มวย |
| | | 2.2 ข่าว |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ก. ข่าวกีฬา |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ข. ข่าวในประเทศ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ค. ข่าวต่างประเทศ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.3 สารคดี ความรู้ (ระบุเรื่อง) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.4 อื่น ๆ (ระบุ) |

3. เมื่อเดือนที่แล้วท่านอ่านหนังสือหรือไม่

- ไม่ได้อ่าน
- อ่าน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบท

1. เมื่อท่านมีอาการปวดท้อง ท่านไปปรึกษาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุขเพื่อขอยามารักษาอาการปวดท้องของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด
2. เมื่อท่านมีอาการปวดเมื่อย ท่านไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุขเพื่อสอบถามวิธีการรักษาอาการปวดเมื่อยของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด
3. เมื่อท่านมีอาการปวดหัว ท่านจะไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุขเพื่อสอบถามวิธีการรักษาอาการปวดหัวของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด
4. เมื่อท่านมีอาการไอ เจ็บคอ ท่านจะไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุขเพื่อสอบถามวิธีการรักษาอาการไอ เจ็บคอ ของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

5. เมื่อท่านมีอาการท้องอืด ท่านจะ ไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเพื่อสอบถามวิธีการรักษาอาการท้องอืดของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

6. เมื่อท่านมีอาการปวดตามข้อ ท่านจะ ไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเพื่อสอบถามวิธีการรักษาอาการปวดตามข้อของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

7. เมื่อท่านมีอาการวิงเวียนศีรษะ ท่านจะ ไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเพื่อสอบถามวิธีการรักษาอาการวิงเวียนศีรษะของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

8. เมื่อท่านรู้ว่าท่านเป็นหวัด ท่านจะ ไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขเพื่อขี้อายมารักษาอาการหวัดของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

9. เมื่อท่านมีอาการคลื่นไส้หรือคลื่นตัว และมีไข้ ท่านจะไปหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุขเพื่อ
ขอยามารักษาอาการไข้ของท่าน

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

10. เมื่อท่านรู้สึกปวดหลัง ท่านไปขอคำแนะนำวิธีการรักษาอาการปวดหลังจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะ
สาธารณสุข

ไปทุกครั้ง	ส่วนใหญ่ไป	ส่วนใหญ่ไม่ไป	ไม่ไปเลย
.....

กรณีที่ไม่ไปเลย ท่านใช้วิธีการรักษาอย่างไร

เพราะเหตุใด

หมายเหตุ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีวะสาธารณสุข หมายถึง อนามัย แพทย์ พสส. อสม. หรือผดุงครรภ์
แผนโบราณที่ผ่านการอบรมจากทางราชการแล้ว

ภาคผนวก ค.

การจัดฝึกอบรมในหมู่บ้านตัวอย่างทั้งของรัฐและเอกชน
ในรอบสามปีที่ผ่านมา

ตาราง 17 การจัดฝึกอบรมของหน่วยงานของรัฐและเอกชนในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา

หมู่บ้าน	การอบรม	ผู้จัด
บ้านโสกนกเต็น	ไทยอาสาป้องกันชาติ (ทส.ปช.)	อำเภอพล
	การปลูกหม่อน เลี้ยงไหม	เกษตรตำบล
	การอบรมของศูนย์การศึกษา นอกโรงเรียน	ศูนย์ศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดขอนแก่น
	อบรมสตรีด้านอาหารและโภชนาการ	โรงพยาบาลพล
	อบรมกลุ่มแม่บ้าน	โรงพยาบาลพล
	ฟื้นฟูความรู้ ผสส. อสม.	โรงพยาบาลพล
บ้านโสกขามน้อย	ไทยอาสาป้องกันชาติ (ทส.ปช.)	อำเภอพล
	การปลูกหม่อน เลี้ยงไหม	เกษตรตำบล
	อบรมกลุ่มแม่บ้าน	โรงพยาบาลพล
	อบรมสตรีด้านอาหารและโภชนาการ	โรงพยาบาลพล
	การศึกษาทางด้านการพัฒนา หมู่บ้าน	โครงการพัฒนาชุมชนเพื่อ การอยู่รอดของเด็ก
บ้านโคกกลาง	อบรม ผสส. อสม.	สาธารณสุขตำบลเพ็ญใหญ่
	อบรมผดุงครรภ์แผนโบราณ	สาธารณสุขตำบลเพ็ญใหญ่
	กรรมการพัฒนาหมู่บ้าน	อำเภอพล
	การศึกษาการดำเนินงานด้านการ เกษตรผสมผสาน	(ไม่ทราบหน่วยงานที่จัด)

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นายขงยุทธ ชื่อสกุล พึ่งวงศ์ญาติ
เกิดวันที่ 22 เดือนธันวาคม พุทธศักราช 2494
สถานที่เกิด 67/5 ตำบลบางซื่อ อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน 9/46 กม.25 ถนนพหลโยธิน บางเขน กรุงเทพมหานคร
10220
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน นักวิชาการศึกษา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ท่าพระจันทร์ กรุงเทพมหานคร 10200

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2522 กศ.บ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน

พ.ศ. 2533 วท.ม. (พฤกษศาสตร์) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท
ในจังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

ของ

ชงยุทธ นิ่งวงศ์ญาติ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการวิจัยนวัตกรรมการศาสตร์ประยุกต์

มีนาคม 2534

ลิขสิทธิ์ เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิจัย เรื่องตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของ
ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของ
ชาวชนบทว่า จะมีการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขหรือไม่ รวมทั้ง
ศึกษาตัวแปรด้านจิตลักษณะและด้านสังคมที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อ
เจ็บป่วยนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage
Random Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 240 คน เป็นหัวหน้าครัวเรือนในเขตอำเภอพล ที่อยู่ในเขต
การพัฒนาก้าวหน้า ปานกลาง และล้าหลัง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม
ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ความรับผิดชอบต่อตัวเอง ความเชื่อเกี่ยวกับระบบแพทย์พื้นบ้าน
ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน และ
การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นดำเนินการวิเคราะห์
โดยเครื่องจักรสมรรถนะสูง (Computer) ด้วยโปรแกรม SPSS (PC)

ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ คือ

1. การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย
 - 1.1 ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่นมีการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย
โดยใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขมาก ร้อยละ 52.5 และใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่ม
วิชาชีพสาธารณสุขน้อย ร้อยละ 47.5
 - 1.2 การดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพ
สาธารณสุข คือการซื้อยามารับประทานเอง การพักผ่อน และการรักษาตนเองภายในครอบครัว
เหตุผลที่ตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยไม่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข คือความ
เคยชิน ไม่มีเวลา ค่ายาแพง และรักษาตามอย่างเพื่อนบ้าน
2. ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน มีการตัดสินใจดูแลรักษา
สุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
3. ผู้ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
4. ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษา
สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

5. ความรับผิดชอบต่อตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001
6. ความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001
7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001
8. ประสบการณ์การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001
9. การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

Variables Related to Decision - Making
for Self - care in Illness
of The Thai Rural People
in Changwat Konkhaen

AN ABSTRACT

BY

YOUNGYOUTH POENGVONGYART

A dissertation submitted in partial fulfilment
of the requirements for the Master of Science degree
in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

March 1991

The Study on variables related to decision-making for self-care in illness of The Thai rural people in Changwat Konkhaen contained two main purposes. The first one was to find out whether the Thai rural people used the information from professional health sector in decision-making for self-care in illness or not. The second one was to study the psychological and sociological variables related to this decision-making for self-care in illness. 240 heads of household in more developed areas, moderated developed areas and less developed areas in Phol District, Konkhaen, were drawn by multistage random sampling technique for the study. The questionnaires on the internal locus of control, self-responsibility, beliefs in cureing oneself by using folk-care sector, economic capacity, participation in health activities, information from mass-media, training experience and decision-making in self-care in illness, were used to collect the data. The data were analyzed by the computer in SPSS (PC) program.

The main results came out as follows:-

1. Decision-making for self-care in illness.

- 1.1 There was 52.5% of the Thai rural people in Chungwat Konkhaen who had decision-making for self-care in illness by using more information from professional health sector and 47.5% used less information.

- 1.2 In the group where less information from the professional health sector were used, the samples cured themselves by buying the medicine, relaxing, and family care. The reasons for not using the information from the professional health sector were habit, time problem, cost of medicine and following the neighbor's guidance.

2. The samples who lived in areas with different stages of development had no significantly different (.05 level) in decision-making for self-care in illness.

3. The samples who were different in economic capacity, has no significantly different (.05 level) in decision-making for self-care in illness.

4. Internal locus of control had positive relationship with decision-making for self-care in illness at .001 level

5. Self-Responsibility had positive relationship with decision-making for self-care in illness at .001 level

6. Belief in curing oneself by using folk-care sector had negative relationship with decision-making for self-care in illness at .001 level

7. Participation in health activities had positive relationship with decision-making for self-care in illness at .001 level

8. Training experience had positive relationship with decision-making for self-care in illness at .001 level

9. Information from mass-media had positive relationship with decision-making for self-care in illness at .001 level