

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของ ภาคประชาชน ในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา ได้ทำการศึกษาในเขตอำเภอสังขละบุรี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำการศึกษามีหัวข้อ ดังต่อไปนี้ คือ

1. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.1 ความหมายของสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปและแบบองค์รวม
 - 1.3 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.4 มิติการดูแลสุขภาพตนเอง
2. แนวคิดและทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง
4. ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 4.1 ระบบการแพทย์ภาคประชาชน
 - 4.2 ระบบการแพทย์พื้นบ้าน
 - 4.3 ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ
5. การดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง

1.1 ความหมายของสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง

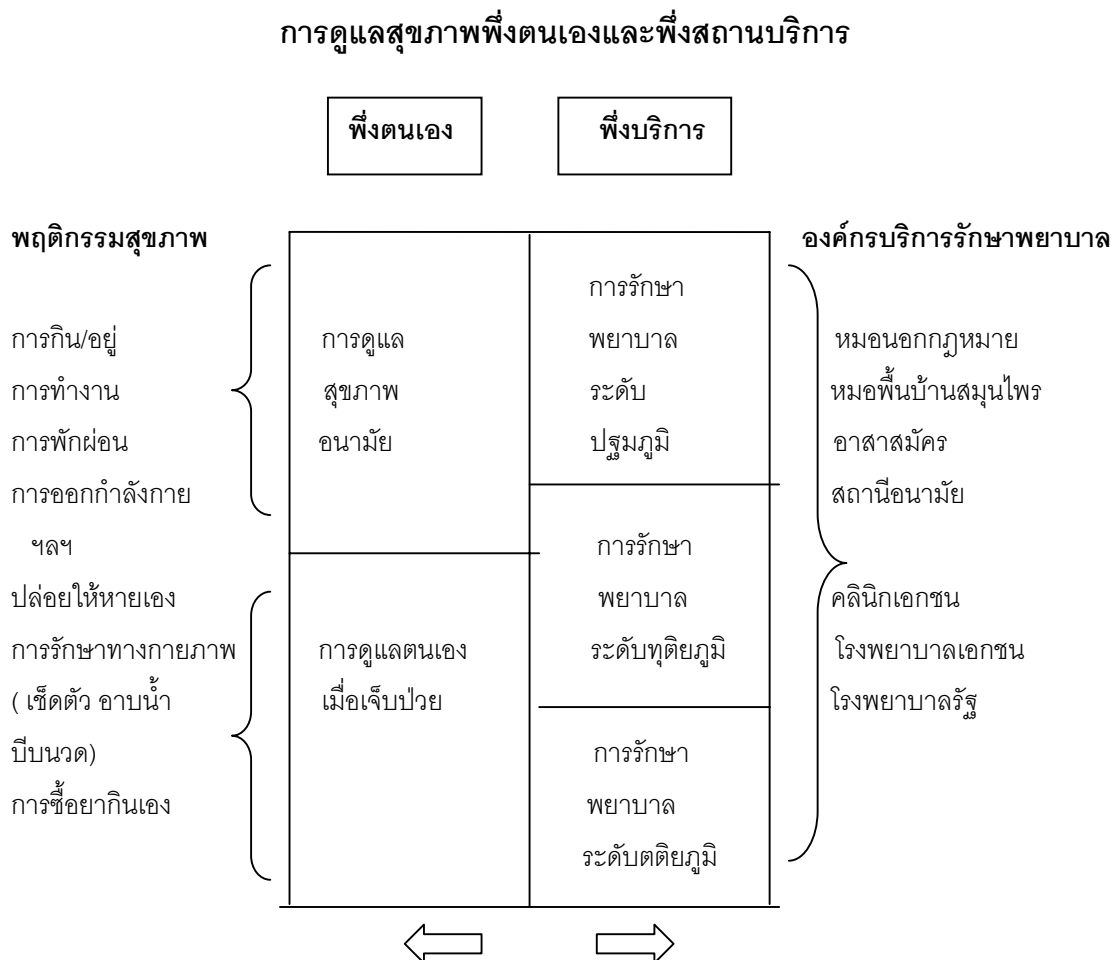
สุขภาพ(health) หรือ “สุขภาพะ” หมายถึงสุขภาพะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็น องค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึง เฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น (ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สปรส., 2546 ; ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ อนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543 ; สุขชาติ โสมประยูร, 2543 ; รุจิรา เจียมอมรรัตน์ และคณะ, 2541) ดังนั้นสุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆมากมาย โดยเฉพาะ

ด้านสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล , 2543)

การดูแลสุขภาพตนเอง(self care) หมายความว่า การดูแลตนเองของประชาชน ครอบครัว และชุมชนด้วยการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญา เทคโนโลยีและทรัพยากรพื้นฐานทั่วไปเพื่อ การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมบนหลักของการพึ่งพาตนเอง(ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ สปรส., 2546) นอกจากนี้การดูแลสุขภาพตนเอง ยังเป็นกระบวนการที่บุคคล/ครอบครัว/ ชุมชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆอันได้แก่ การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การวินิจฉัยโรค รวมทั้ง การรักษาอาการของโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่ง สามารถจำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองว่าประกอบด้วย 1) การบำรุงรักษาสุขภาพของตน 2) การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ 3) การวินิจฉัยความผิดปกติ หรือพยากรณ์สภาพที่เกิดขึ้นด้วย ตนเอง 4) การรักษาด้วยการใช้ยา และวิธีต่างๆ และ 5) การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่การ แพทย์ภาควิชาชีพจัดให้ อีกความหมายหนึ่งก็คือการให้บริการทางสุขภาพอนามัย และการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อแผนการรักษาพยาบาล(Fry,1973 ; Levin, 1981 ; สุจินดา สุขกำเนิดและ คณะ, 2542-2543 ;สุชาติ โสมประยูร, 2543 ; สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2536) ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็น ฐานล่างสุด เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุขซึ่งจัดโดยรัฐ หรือ วิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องสอดคล้องกับสภาวะการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชากรอย่างมีความสำคัญ

จากนิยามที่ให้ไว้ จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาคนั้น ถือเป็น กระบวนการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเอง ถือเป็นระบบหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และมีมาก่อนระบบบริการ สาธารณสุขทั้งหมด โดยความหมายดังกล่าว การดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพ โดยวิชาชีพ(professional care) ที่เป็นบริการของรัฐ จะต้องมีความเป็นหนึ่งเดียว พึ่งพาส่งเสริม และสอดคล้อง ประสานซึ่งกันและกัน ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 การดูแลสุขภาพตนเองโดยพึ่งตนเองและพึ่งบริการ



ที่มา: วิชัย โปษยะจินดา 2542 อ้างใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล, 2543

จากภาพประกอบข้างต้นอธิบายได้ว่า การพึ่งตนเองได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็นการดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ ได้แก่ การกินอยู่หลับนอน การพักผ่อน การทำงาน การออกกำลังกาย ฯลฯ และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การอยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายเอง การรักษาทางกายภาพ เช่น การเช็ดตัว อาบน้ำการบีบนวด และการซื้อยากินเอง ด้านการพึ่งบริการได้กล่าวถึง เมื่อประชาชนดูแลสุขภาพตนเองแล้วในขั้นต้นอาการไม่ดีขึ้นก็ต้องไปพึ่งบริการจากองค์กรบริการรักษาพยาบาล มี 3 ระดับ คือระดับปฐมภูมิ ได้แก่ หมอนอกกฎหมาย หมอพื้นบ้านสมุนไพร อาสาสมัครสาธารณสุข และสถานีนอนามัย ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผู้อธิบายถึงลักษณะการพึ่งตนเองในลักษณะต่างๆ ดังนี้

การพึ่งตนเองของประชาชน หมายถึงการที่ประชาชนมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพขั้นต้นของตนเองและครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยรู้วิธีการป้องกันการเจ็บป่วย มีการติดตามสถานการณ์การเกิดโรค รู้ว่าคนในครอบครัวต้องดูแลสุขภาพเรื่องใดในช่วงเวลาใด มีการตรวจสุขภาพประจำปี และการประกันสุขภาพ (วิหาร ภาวันดี, 2544)

การพึ่งตนเอง (self reliance) กับการดูแลตนเอง (self care) มีความหมายเหมือนกัน ถ้าประชาชนที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น หมายถึงประชาชนมีศักยภาพในระดับหนึ่ง เช่น มีความรู้ความเข้าใจในความรุนแรงของโรค ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพตนเอง หากรัฐเชื่อมั่นในแนวความคิดการดูแลตนเองแล้ว ก็จะส่งเสริมศักยภาพของประชาชนให้เป็นผู้ดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ การกระจายบริการสาธารณสุขมูลฐานเข้าสู่ชุมชนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต้องอาศัยขบวนการเรียนรู้ศึกษาจากชุมชนนั้น ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมที่จะตัดสินใจดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีเหตุผล (Barofsky, 1978) ซึ่งขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองหรือการพึ่งตนเอง มิได้จำกัดแต่เพียงการดูแลที่กระทำด้วยตนเองอย่างเดียว แต่ยังคงครอบคลุมถึงกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนในลักษณะกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help groups) นอกจากนี้ยังมีองค์กรทางศาสนา หมอพื้นบ้าน กลุ่มบุคคลต่างๆ ในชุมชน หรือหมู่บ้านนั้นๆ กล่าวโดยง่ายก็คือ เป็นกิจกรรมการดูแลซึ่งเกิดจากบุคคลอื่นที่นอกเหนือไปจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่กิจกรรมการดูแลสุขภาพไม่จำกัดเฉพาะการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคลอีกด้วย (Levin, 1977)

ดังนั้นการพึ่งตนเองหรือการดูแลตนเอง หมายถึงการที่ประชาชนมีความรู้ ความสามารถ มีศักยภาพระดับหนึ่ง ในด้านความรู้ความเข้าใจความรุนแรงของโรค และประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีคุณภาพ ก็จะส่งผลต่อการกระจายบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพเช่นกัน ซึ่งขอบเขตการดูแลตนเองนั้นมิได้จำกัดแต่เพียงการกระทำด้วยตนเองเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงกิจกรรมที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน อาสาสมัคร และบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่กิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ได้รับความสนใจจากบุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังเป็นรูปธรรมมากขึ้นโดยนำมาเชื่อมโยงกับระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในปัจจุบันการแพทย์ภาควิชาชีพได้มุ่งเน้นในการนำแนวคิดการดูแลตนเองมาใช้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะต้องอาศัยขบวนการเรียนรู้บริบททางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งแนวคิดดังกล่าว ได้พัฒนารูปแบบเด่นชัดขึ้นโดยวิชาชีพพยาบาล เป็นทฤษฎีภายใต้ชื่อทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาความเป็นเอกภาพของวิชาชีพ (Orem, 1971, 1980 อ้างในเอี่ยมพร ทองกระจาย, 2532) โดยความมุ่งหวังว่าทฤษฎีดังกล่าวจะก่อให้เกิดความรู้ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาและการประยุกต์แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของวิชาชีพพยาบาล ยังอยู่ในกรอบจำกัดเฉพาะภายในวิชาชีพ ยังไม่ก่อให้เกิดอิทธิพลต่อระบบบริการสุขภาพอนามัยหรือต่อวิชาชีพอื่นมากนัก นอกจากนี้ความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกิดปัญหาความไม่สอดคล้องกันของลักษณะแต่ละบุคคลที่นำแนวคิดและทฤษฎีไปใช้ ความเป็นไปได้ของทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเป็นไปในด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพหลังจากความเจ็บป่วยแล้วเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามความเด่นชัดของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมขึ้นอยู่กับการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้สนองต่อต่อสภาวะการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นระบบการแพทย์ของประชาชน ซึ่งมาก่อนระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบตะวันตก ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในสภาวะที่เจ็บป่วยและมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการจัดการที่ประชาชนมีบทบาทเอง (popular sector) ประกอบด้วยการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยประชาชนเอง ครอบครัว และเครือข่ายสังคม ซึ่งวิชาชีพทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาพยายามผลักดันให้เกิดการยอมรับจากประชาชนทั่วไป (มัลลิกา มัติโก, 2530) และสรุปที่มาของแนวคิดนี้จากความคิดพื้นฐานต่างๆดังต่อไปนี้

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับสังคม เพราะฉะนั้นการดูแลสุขภาพตนเองและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิหน้าที่และบทบาทของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่มาจากสาเหตุเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ค่านิยม แนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

3. ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกกำหนดด้วยกฎเกณฑ์ของสังคม สังคมจะเป็นผู้มีบทบาทตัดสินใจว่าใครป่วย เป็นอะไร และควรรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยารักษาจึงเป็นหน้าที่ของชุมชนและบุคคล

4. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังกระจายไม่ครอบคลุมทั่วถึงประชาชนในชนบทและเป็นบริการที่มีราคาแพง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง

5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองได้ สามารถควบคุมและรับผิดชอบตนเองได้ โดยอยู่ในการดูแลของแพทย์น้อยลง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐาน และเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ภาคประชาชน(popular sector)ซึ่งเป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดของระบบบริการสาธารณสุข มีระบบย่อยที่ความสำคัญเป็นรองลงมา 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการแพทย์วิชาชีพ (professional care sector) และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (folk care sector) (Kleinman, 1980) เป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาส ช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือกันเองในครอบครัว โดยรับผิดชอบในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถเพื่อการดำรงภาวะสุขภาพ (Noris, 1979) และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นการสร้างระบบบริการแนวใหม่ที่มุ่งส่งเสริมบทบาทของประชาชนด้านการบริการสุขภาพ เป็นการเยียวยารักษาโรค ที่ถูกกำหนดโดยเหล่านักวิชาชีพ ซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ของการจัดบริการสาธารณสุข ที่มีความล้มเหลวมากกว่าความสำเร็จ หรือประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข (ทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ , 2530)

จากแนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเองดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นลักษณะการเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันที่เน้นส่งเสริมบทบาทของประชาชนด้านบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ประชาชนมีโอกาสได้ช่วยเหลือกัน และเป็นกิจกรรมเพื่อ ดูแลตนเองทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนในภาวะปกติ ตามพัฒนาการ และเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยระบบ การแพทย์ภาคประชาชน ระบบการแพทย์วิชาชีพ และระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งต้องอาศัยขบวนการเรียนรู้บริบททางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) หมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุมองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติ คือมิติด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และต้องพิจารณาทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งหมด เน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าการเจ็บป่วยหรืออาการของโรค (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2534 ; มหาจรรยา สุทธิญาโณ, 2543) ความหมายนี้มีความสอดคล้องกับความหมายภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลก(WHO)ที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ครบทุกมิติเช่นเดียวกัน (ประเวศ วะสี, 2545) นอกจากนี้การบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน มีการบริการแบบองค์รวม (holistic care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยเช่นกัน (กองการพยาบาล , 2545) ซึ่งการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมดที่ต้องคิดเป็นองค์รวม โดยสามารถแบ่งสุขภาพะหรือภาวะที่เป็นสุขออกเป็นมิติต่างๆ ที่มีความเกี่ยวพันกันได้ 4 มิติด้วยกันคือ

1) สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่มีโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย และมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

2) สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสได้กับสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดการเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

3) สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึงการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และมีระบบบริการที่เป็นกิจการทางสังคม

4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่บนความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์มีความหลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างมีผลดีต่อสุขภาพทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2543 อ้างในเดชารัต สุขกำเนิดและคณะ) ซึ่งในส่วนของรายละเอียดการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ สามารถแยกอธิบายได้ดังนี้

สุขภาวะทางกาย สภาพทางร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเครื่องชี้วัด ที่เห็นได้ชัดเจนและง่ายกว่าสุขภาพในมิติอื่นๆ การประเมินสุขภาพของคนในสังคมจึงมักจะเริ่มต้นจากการประเมินสุขภาพร่างกายและพฤติกรรมคนไทยในอดีตมองนัยสำคัญของสุขภาพภายในรูปของการมีชีวิตอยู่ยาวนานจนแก่เฒ่า ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ มีครอบครัวอบอุ่นและสามารถสืบต่อลูกหลานขยายวงศ์ตระกูลออกไป การประเมินภาวะสุขภาพที่แสดงทั้งภาวะสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบจึงปรากฏอยู่ในความคาดหวังของสังคมไทยมายาวนานแล้ว (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

สุขภาวะทางจิต สุขภาพที่ดีมีความหมายครอบคลุมถึงสมรรถนะที่จะมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น สมรรถนะที่จะปรับตัวให้เข้ากับภาวะสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและการดำรงชีพได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนปราศจากอาการของโรคทางจิต การแสดงภาพทางจิตของคนในสังคมจึงจำต้องครอบคลุมหลายด้าน ด้านปัญญาความคิด ความเข้าใจ ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ คือสามารถเผชิญกับความตึงเครียดและภาวะกดดันได้ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ด้านการทำงานสามารถทำงานได้เต็มที่ตามความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับความถนัด รวมไปถึงการรู้จักตนเอง ภาคภูมิใจในสิ่งดีที่ตนมีอยู่ เห็นได้ว่าสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมต่อระหว่างภายในคือจิตวิญญาณของบุคคลกับสุขภาพกาย สังคม สิ่งแวดล้อมภายนอก และเป็นกลไกหลักที่ทำหน้าที่ควบคุมดุลยภาพของสุขภาวะ

สุขภาวะทางสังคม กลไกทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมของมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิต วิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตของคนในสังคมอย่างรุนแรง ภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปในประเทศไทย ทั้งในด้านสภาพภูมิอากาศ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ มลภาวะในอากาศ น้ำ ดิน และสภาพของสังคมและครอบครัว อันเป็นผลกระทบมาจากการเพิ่มของประชากร การขยายตัวของเมือง และพื้นที่สำหรับอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว จึงก่อให้เกิดปัญหาหมอกควันและทำให้เกิดการโยกย้ายคนจาก

สังคมชนบทกลายเป็นผู้ขายแรงงานและขายบริการ การเปลี่ยนสังคมจากเกษตรยังชีพไปสู่เกษตรพาณิชย์ การค้าแรงงาน การท่องเที่ยว จึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงและรวดเร็ว เนื่องจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจเหล่านี้จำเป็นต้องใช้พลังงานจากน้ำมันเชื้อเพลิงในปริมาณมาก จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม เกิดเป็นมลพิษสะสมอยู่ในอากาศ ดิน น้ำ และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในที่สุด (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ความรู้ความศรัทธาในศานติกับจิตวิญญาณของผู้คนอันนำมาซึ่งความสมานฉันท์ ความเสมอภาค การให้อภัย และสันติภาพในมวลมนุษย เป็นที่เข้าใจและตระหนักในหมู่มนุษย์ชาติมายาวนาน แนวคิดดังกล่าวเกิดจากวิวัฒนาการทางจิตวิญญาณที่สืบทอดผ่านคำสอนและพิธีกรรมทางศาสนาจนถึงคนรุ่นปัจจุบัน ต่อมาเมื่อวิทยาศาสตร์ที่วิวัฒนาการพัฒนาตัวขึ้น บดบังความเชื่อความเข้าใจในสุขสันต์อันเกิดจากส่วนลึกแห่งจิตวิญญาณให้กลายเป็นเพียงตำนานทางศีลธรรมที่ไม่สามารถชั่งตวงวัดได้และไม่สามารถนำมาใช้เป็นมาตรการปรับแก้ปัญหาสุขภาพได้ สุขภาวะทางจิตวิญญาณแยกออกเป็นสองระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจกชนอันเป็นสถานการณ์สุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับบุคคล และระดับนโยบายสาธารณะ อันเป็นสุขภาวะขององค์กรตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่น จนถึงชุมชน ซึ่งบ่งชี้คุณธรรมของผู้กำหนดนโยบายว่ามีความตระหนักถึงความเสมอภาคและความสมานฉันท์อันจะก่อให้เกิดสันติภาพในสังคมไทยอันกว้างขวางเพียงไร (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

การดูแลตนเองแบบองค์รวมจึงต้องประกอบด้วยสุขภาวะทั้ง 4 ด้านที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่งมักจะพบว่า ความเจ็บป่วยหรือความไม่สมบูรณ์ทางกายก็อาจนำมาซึ่งปัญหาความไม่สมบูรณ์ทางจิต ในทางกลับกัน ความเครียดในจิตใจ ไม่ว่าจะเนื่องมาจากความกดดัน ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง หรือความวิตกกังวล ก็อาจนำมาซึ่งความไม่สมบูรณ์ทางกายหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ (อาการในระยะแรก) การเป็นแผลในกระเพาะอาหาร หรือการเป็นโรคความดันโลหิตสูง(อาการในระยะที่สอง) หรือการป่วยทางจิต หรือการเป็นโรคหัวใจ (อาการในระยะเหนื่อยล้าอ่อนแรง) ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางสังคมกับสุขภาวะทางจิตก็มีลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ หากสุขภาวะทางจิตของสมาชิกในสังคมไม่ดี (เช่น เต็มไปด้วยความวิตกกังวล หรือคับข้องใจ) ก็ยากที่ชุมชนหรือสังคมนั้นจะมีสุขภาวะทางสังคมที่ดี ในทางกลับกัน หากสุขภาวะทางสังคม ไม่ดี เช่น มีการกดขี่ข่มเหง มีการแข่งขันและการเอาตัวเอียงเปรียบสูง หรือใช้ความรุนแรงก็ย่อมทำให้สมาชิกในชุมชนหรือในสังคมเกิดความกดดัน ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง หรือความวิตกกังวลและมีผลให้เกิดความเครียดในที่สุด

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญของสุขภาพที่จะบูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลและชุมชน ให้สอดคล้องประสานเข้ากันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพราะจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยยึดกุมสุขภาวะในมิติอื่นๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วน ทั้งในปัจจุบันและสังคมสาธารณะ(วิพุธ พูลเจริญ, 2544)ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเองก็จะรู้สึกขาดและบกพร่องอยู่เรื่อยไป ต้องคอยหาอะไรมาเติม เช่น ยาเสพติด ความฟุ้งเฟ้อหรือความรุนแรง (ประเวศ วะสี, 2543 อ่างในเดชรัต สุขกำเนิดและคณะ) ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลใดมีความพร้อมถึงสิ่งอันมีค่าสูงสุด ก็อาจมีสุขภาวะดีหรือมีความสุขได้ แม้ว่าอาจมีความบกพร่องทางกาย เช่น พิการ หรือได้รับเชื้อร้ายแรงก็ตาม ดังเช่น ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) จำนวนมากที่หันมาทุ่มเทให้กับการทำงานเพื่อสังคม และมีสุขภาวะที่ดีได้ แม้จะมีโรคร้ายก็ตาม ความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อนของสุขภาวะทั้ง 4 มิติ ภายใต้กระบวนการทัศน์สุขภาวะทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายพรมแดนของการสร้างเสริมและการคุ้มครองสุขภาพไปสู่การพัฒนาและการวางแผนในภาคอื่นๆ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ในมิติต่างๆ(นอกเหนือไปจากการพัฒนาและการวางแผนในภาคสาธารณสุขเอง) เพื่อให้เกิดความตระหนัก การเรียนรู้ และความรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างเสริมและการคุ้มครองสุขภาพอย่างกว้างขวาง

1.3 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่มนุษย์ปฏิบัติมาช้านาน มีการปฏิบัติกันแพร่หลายทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว สัดส่วนของการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้นสูงถึงร้อยละ 65-85 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีหลากหลายความหมาย ลีวิน(Levin, 1976) ได้เสนอ ลักษณะความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมตั้งแต่ดั้งเดิมของประชาชน และมีขอบเขตที่ชัดเจนของมันเอง เป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่มีการจัดองค์กร เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาทางสังคม หล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ทางสังคม
2. การดูแลตนเอง เป็นปรากฏการณ์พื้นฐาน ที่อยู่นอกเหนือจากระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ แต่อยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของสถาบันทางสังคมตามบริบทของโครงสร้างสังคม เศรษฐกิจและการเมืองนั้นๆ
3. การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับชนบประเพณีและวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรค และการเยียวยารักษาด้วยตนเอง

4. การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งเริ่มจากการสังเกตอาการตนเอง การรับรู้อาการด้วยตนเอง และการให้ความหมายเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเพื่อประเมิน และตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ตลอดจนการประเมินผลการรักษาตนเอง

5. การประเมินผลด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันมานาน ตามธรรมชาติ และขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพหรือไม่

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของมนุษย์ ที่เป็นการผสมผสาน ชัดเจน และถ่ายทอดความรู้สึกทางสังคม ตั้งแต่การสังเกตอาการ การรับรู้ความ รุนแรง ตลอดจนการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง ตามรูปแบบการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป ตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคม(มัลลิกา มติโก, 2530) ซึ่งเป็นการกระทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง จึงก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลปกติ ส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดการใช้บริการสถานบริการของรัฐโดยไม่จำเป็น และยังเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อลดภาระในการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ (Linn and Lewis, 1978 อ้างใน สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ, 2540)

จากข้อความข้างต้น พอสรุปลักษณะความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของมนุษย์ ปฏิบัติตามกันมาในลักษณะการถ่ายทอดความรู้ทางสังคม เป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไป และนอกเหนือจากระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีรูปแบบที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคม โดยมีวิธีดังนี้ การสังเกตอาการ การรับรู้อาการ การประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและประเมินผลการรักษา ส่งผลถึงการส่งเสริมสุขภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดภาระการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และยังเป็น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบดูแลตนเอง

1.4 มิติการดูแลสุขภาพตนเอง

มิติของการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถมองเห็นได้ในบริบทของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องไปถึงการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1.4.1 การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ที่เป็นวิธีหนึ่งของการผดุงภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง พบว่ายังมีบทบาทเป็นประโยชน์ในหลายชุมชน สังคม อย่างเช่น การแพทย์พื้นบ้านที่ยังอยู่คู่กับครอบครัว เครือญาติ และชุมชน ที่ยังมีกระบวนการเยียวยารักษาด้วยยากลางบ้าน ด้วยแบบแผนการปฏิบัติเฉพาะ และการรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ ,2533) และเมื่อกล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุขว่าประกอบด้วยการแพทย์ภาคประชาชน ระบบการแพทย์วิชาชีพ และระบบการแพทย์พื้นบ้าน ตามแนวคิดของ(Kleinman,1980) จะเห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองนั้นคาบเกี่ยวอยู่ทุกระบบในระดับมากน้อยแตกต่างกันออกไป และมีความเชื่อมโยงกันระหว่างปัจเจกบุคคลกับเครือข่ายสังคมที่อาศัยอยู่ ระบบการแพทย์ของภาคประชาชนและระบบการแพทย์พื้นบ้านเปรียบเสมือนผู้ให้บริการอันดับแรกถัดจากตนเอง ซึ่งเป็นหน่วยบริการขั้นต้นที่ประชาชนพึ่งบริการ หลังจากการดูแลตนเองแบบพึ่งตนเองมาแล้ว ดังนั้นการยอมรับความสำคัญของการดูแลตนเองก็เหมือนกับการยอมรับความสำคัญของการแพทย์ทั้งสองระบบ เป็นผลพวงของภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ได้พัฒนาและสืบทอดมาเป็นลำดับ ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้เป็นเพียงเทคนิคในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเป็นวัฒนธรรมที่มีคุณค่าแบบองค์รวม ที่ถูกทอดทิ้งละเลย เป็นภูมิปัญญาแบบไทยๆที่ถูกลืมเลือน ซึ่งข้อเท็จจริงที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันเพียงแต่ว่าบุคคลในวิชาชีพบางกลุ่มได้ให้ความสนใจและตระหนักต่อการปลูกฝังวิญญานและความเชื่อมั่นในภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการบำบัดรักษาบำรุงสุขภาพของมนุษย์ในแบบองค์รวม(holistic health) เช่น การนวดแบบไทย การรำผีฟ้า การบำบัดด้วยสมุนไพร ฯลฯ เข้าร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ , 2529)

1.4.2 การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ของการพึ่งตนเองของประเทศ

เมื่อพิจารณามิติของการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบำบัดรักษา จะเห็นได้ว่าสามารถที่จะเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพตนเองกับการพึ่งตนเองของประเทศให้สัมพันธ์กันได้ เช่น ตัวอย่างการใช้ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันที่มีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ ตามความเห็นของเอกไชย พรรณเชษฐ์ (2529) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับโครงการสมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองโดยเน้นว่าสมุนไพรนั้นเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ถ้ามีการรวบรวมความรู้อย่างจริงจัง ในเรื่องการใช้ยาเหล่านี้ที่ได้ผลจริงให้ชาวบ้านรู้จักนำสมุนไพรใช้รักษาโรคต่างๆ ก็จะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติในทางอ้อม ระดับของการยอมรับสมุนไพร ในระบบบริการสาธารณสุขมีอยู่ในระดับหนึ่ง หากได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจังก็จะมีใช้สมุนไพรกันอย่างแพร่หลายยิ่งขึ้น

1.4.3 การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ของการพัฒนาศักยภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และทักษะที่ได้สั่งสมมาตลอดชีวิต เพื่อช่วยในการตัดสินใจ ในสถานการณ์ที่กำลังคุกคามหรือเป็นปัญหาที่เผชิญอยู่ แนวทางที่ดีที่สุดที่มนุษย์แสวงหาสำหรับตนเองนั้น หากได้ผลดีก็จะขยายความคิดนั้นไปสู่สมาชิกในครอบครัว และชุมชน การรวมกลุ่มของประชาชนที่ประสบปัญหาสุขภาพอย่างเดียวกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กระบอ ก เหล่านี้ถือเป็นการที่ปัจเจกบุคคลได้พยายามรวมกลุ่มกันเพื่อช่วยตนเอง ชุมชน และสังคมในเรื่องการดูแลสุขภาพทำให้เกิดระบบค้ำจุนระดับประคองกัน (ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) กลุ่มต่างๆ ดังกล่าวสามารถดำเนินการและพัฒนาศักยภาพของตนเอง จำเป็นต้องฝึกทักษะในการดูแลตนเองอย่างยิ่ง มูลนิธิสุขภาพไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ โดยจัดการฝึกอบรมให้กับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่เรียกว่า “ การให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม “ ซึ่งสมาชิกทุกคนในกลุ่มจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการช่วยเหลือสมาชิก มีโอกาสสำรวจความเข้าใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามควรแต่อดทน (กรมสุขภาพจิต, 2539) และพบว่าการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองเป็นที่ยอมรับกันว่าสมาชิกในกลุ่มจะได้รับประโยชน์ค่อนข้างมาก(สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ, 2542-2543) แสดงให้เห็นว่าบุคคลและชุมชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองไม่จำเป็นต้องพึ่งรัฐ

1.4.4 การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ของความเป็นประชาธิปไตย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบบริการสาธารณสุข

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาตินั้น เริ่มต้นที่การรณรงค์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของเรื่องนี้โดยความเชื่อพื้นฐานว่าประชาชนสามารถปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้ดีกว่าสภาพที่เป็นอยู่ และให้ความสำคัญของการพึ่งตนเองเป็นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นที่การให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดวิถีชีวิตของชุมชนตนเอง เช่น การจัดตั้งกลุ่มกองทุนสวัสดิการการรักษายาบาลโดยชุมชนเอง จากการศึกษาพบว่า บทบาทกองทุนสวัสดิการการรักษายาบาลเกิดจากแนวคิดการจัดสวัสดิการรักษายาบาล ที่สมาชิกกองทุน และคณะกรรมการกองทุนฯ มีความคิดเห็นตรงกันที่จะนำดอกผลที่เหลือจากการแบ่งปันให้สมาชิก แล้วมาจัดสรรช่วยเหลือค่ารักษายาบาลให้กับสมาชิกกองทุนเพื่อช่วยเหลือสมาชิกและผู้ยากไร้

สำหรับบทบาทกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งเกิดจากความเอื้ออาทรต่อกันทางสังคม วัฒนธรรมชนบท สมาชิกกองทุนฯจึงร่วมใจกันเสียสละแบ่งปันผลกำไรจากกองทุนออมทรัพย์ฯ มาตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการฯ ให้แก่สมาชิกทุกคน โดยสมาชิกมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเบิกค่าใช้จ่ายด้านรักษายาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนด และมีหลักประกันว่าไม่ใช้เงินกองทุน สวัสดิการฯแต่จะใช้เฉพาะดอกผลเท่านั้น นั่นหมายถึงกองทุนสวัสดิการฯ จะสามารถเติบโตและคงอยู่ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของสังคมชุมชน มีศักยภาพ มีการพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งขององค์กร มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ การบริหารจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพึ่งตนเองได้ แม้ช่วงที่ประเทศชาติตกอยู่ภายใต้ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจและคณะ, 2545) ซึ่งจะเห็นว่าปัจจุบันการพึ่งตนเองของประชาชน มีการพัฒนาและก้าวหน้าขึ้นในระดับหนึ่ง

จากรายละเอียดข้างต้นพอสรุปได้ว่า มิติการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ที่เป็นวิธีหนึ่งของการผดุงภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งภูมิปัญญาพื้นบ้านและการพึ่งตนเองยังมีบทบาทเป็นประโยชน์ในหลายชุมชน เช่น การรักษาด้วยยากลางบ้าน หมอพื้นบ้าน เป็นต้น 2) การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ของการพึ่งตนเองของประเทศ เช่น การใช้ยาแผนโบราณและแผนปัจจุบันที่มีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ เช่น โครงการสมุนไพรเพื่อพึ่งตนเอง ให้ชาวบ้านรู้จักนำสมุนไพรมาใช้รักษาโรคต่างๆอันเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย 3) การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ของการพัฒนาศักยภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งกล่าวถึงความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์และทักษะที่สั่งสมมาตลอดชีวิต หากนำความรู้และประสบการณ์นี้ไปใช้ได้ผลก็จะถ่ายทอดไปสู่ครอบครัว และชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน 4) การดูแลสุขภาพตนเองในแง่ของความเป็นประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบการดูแลสุขภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

2. แนวคิดและทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม

2.1 สังคม(social)

สังคม หมายถึง กลุ่มคนมากกว่าสองคนขึ้นไป มาอยู่รวมกันเป็นระยะเวลา ยาวนาน ในขอบเขตหรือพื้นที่ที่กำหนด สมาชิกประกอบด้วยคนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัยซึ่งมีการติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกัน โดยมีวัฒนธรรมหรือระเบียบแบบแผนในการดำเนินชีวิตเป็นของตนเองมีกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกัน มีการควบคุมทางสังคมมีการแบ่งงานกันทำ และมีการสืบทอดสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเก่า ซึ่งแต่ละสังคมมีลักษณะและขนาดที่แตกต่างกันไป บางสังคมมีลักษณะ

ที่ซับซ้อนและมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี บางสังคมเป็นสังคมดั้งเดิม ล้าหลัง ที่มีความเป็นอยู่แบบง่าย ๆ บางสังคมมีสมาชิกน้อยเพียงไม่กี่สิบคน เช่น สังคมพวกชาวเขาเผ่าตองเหลืองทางภาคเหนือของประเทศไทย เป็นต้น บางสังคมมีสมาชิกมากนับพันล้านคน เช่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน(พวงเพชร สุรันตนกวีกุล, 2542) ซึ่งสังคมสามารถจำแนกได้ตามลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกและจัดตามลักษณะการดำรงชีพออกเป็น 2 ลักษณะ

1) สังคมแบบปฐมภูมิ (gemeinschaft) เป็นสังคมที่สมาชิกมีความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ ทำการเกษตร จับปลา ล่าสัตว์ มักอยู่รวมกันเป็นหมู่บ้าน สมาชิกรู้จักกันอย่างทั่วถึงและมีความสัมพันธ์กันแบบพี่น้อง สมาชิกในสังคมจะมีฐานะความเป็นอยู่ที่คล้ายคลึงกัน ยึดถือจารีตประเพณีเป็นแนวทางในการติดต่อสัมพันธ์และประกอบกิจกรรมต่างๆ กล่าวได้ว่าเป็นลักษณะของสังคมชนบทหรือสังคมประเพณี เป็นสังคมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปอย่าง แนบแน่น มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน เป็นส่วนตัว ไม่มีพิธีรีตอง มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง เช่น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนเรียน อันเป็นความสัมพันธ์ที่มีความสม่ำเสมอ และยาวนาน (พวงเพชร สุรันตนกวีกุล, 2542) <http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>

2) สังคมแบบทุติยภูมิ (gesellschaft) เป็นแบบสังคมแบบชาวบ้าน คือ สมาชิกมีการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันตามความสามารถหรือตามความถนัดของแต่ละคน เรียกว่ามีการแบ่งงานกันทำ สมาชิกในสังคมจะติดต่อสัมพันธ์กันอย่างผิวเผิน ตามตำแหน่งหน้าที่ การงานโดยมีผลประโยชน์เป็นแรงจูงใจ มีการสร้างกฎเกณฑ์ข้อบังคับ ข้อตกลง หรือกฎหมายขึ้นมาควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกอย่างเป็นทางการ (พวงเพชร สุรันตนกวีกุล, 2542) เป็นสังคมที่สมาชิกขาดความสนิทสนม คู่กันเคยกันเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นแบบทางการ (<http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>) นอกจากนี้สังคมยังประกอบด้วยสถาบันทางสังคม มีลักษณะเป็นนามธรรม หมายถึงแนวทางปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีระเบียบแบบแผนได้รับการยึดถือปฏิบัติจากสมาชิกของสังคมอย่างมั่นคงเป็นเวลานานพอสมควร สถาบันไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายๆ เช่น สถาบันการศึกษา คือแบบแผนในการคิด การกระทำเกี่ยวกับการถ่ายทอด ความรู้ให้แก่สมาชิกในสังคมมีหลักการวัดผล และระเบียบปฏิบัติอื่นๆอย่างเป็นแบบแผน(<http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>) ในทางสังคมศาสตร์แบ่งสถาบันทางสังคมเป็น 7 ประเภท ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันการปกครอง สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันสื่อสารมวลชน และสถาบันนันทนาการ

2.2 ความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม

องค์การสังคม หรือกลุ่มประเภทต่างๆ มีความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มของกฎระเบียบสังคม กลุ่มต่างๆ อย่างใกล้ชิด ชาติอย่างใดอย่างหนึ่งก็จะดำรงเป็นองค์การสังคม หรือสถาบันสังคมอยู่ไม่ได้ เพราะว่าองค์การและสถาบันเป็นส่วนของกันและกัน เมื่อกำหนดเป็นหน่วยสังคมด้านต่างๆ แต่ละหน่วยก็จะเป็นได้ทั้งองค์การสังคมและสถาบันสังคม แต่ละหน่วยมีองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ ตำแหน่งทางสังคม เป็นขององค์การสังคม หน้าที่ เป็นทั้งขององค์การและสถาบัน แบบแผนพฤติกรรม เป็นของสถาบันในสังคม และ องค์วัตถุ เป็นของสถาบันสังคม (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ , 2546)

ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์การสังคมและสถาบันสังคม



(ครอบครัว การศึกษา เศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา การสื่อสาร นันทนาการ การสาธารณสุข การคมนาคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

เมื่อนำองค์ประกอบขององค์การทางสังคมและสถาบันทางสังคมรวมกันแล้ว แต่ละหน่วยสังคมจึงมีองค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้ (1) ตำแหน่งทางสังคม เช่น ตัวอย่างครอบครัว มี พ่อ แม่ ลูก ญาติ (2) หน้าที่ เช่น การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนลูก (3) แบบแผนพฤติกรรม เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับครอบครัว และ(4) องค์วัตถุ เช่น บ้าน เครื่องมือ เครื่องใช้ อาหาร เครื่องประดับ เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ , 2546)

2.3 ทฤษฎีโครงสร้าง หน้าที่ (structural- functional theory)

ทฤษฎีทางสังคม (Social Theory) ประกอบด้วยคำว่า “ ทฤษฎี ” และคำว่า “ ทางสังคม ” ความหมายตามศัพท์คำว่าทฤษฎีทางสังคม คือคำอธิบายเรื่องของคนและความสัมพันธ์ระหว่างคนตามหลักเหตุผล และความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ของคนหรือระหว่างคนต่อคน คนต่อกลุ่มคน คนต่อสภาพแวดล้อม อย่างมีระบบจนสามารถพยากรณ์ได้ รวมถึงคำอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต พีช สัตว์ สิ่งของ เหตุการณ์ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นไปตามหลักเหตุผล มีระบบระเบียบพอที่จะเป็นฐานในการพยากรณ์เรื่องทำนองเดียวกันในอนาคตได้

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีสังคม คือ คำอธิบายปรากฏการณ์สังคมอย่างใดอย่างหนึ่งตามหลักเหตุผล โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของปรากฏการณ์สังคมนั้น จนสามารถที่จะพยากรณ์ปรากฏการณ์สังคมในอนาคตได้ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ , 2538)

ทฤษฎีการหน้าที่(functional theory) คือคำอธิบายเกี่ยวกับการเกิดขององค์การสังคมโดยหน้าที่ หมายถึง การกระทำ (ของมนุษย์) ที่มีเจตนา หรือเป้าหมาย นั่นคือ การจงใจให้เกิดผล เช่น การเรียน การสอน การทำงาน การผลิตสินค้า การเล่นกีฬา การรักษาไข้ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการกระทำที่มีเจตนาให้เกิดผลทั้งสิ้น และการกระทำแต่ละอย่างจะต้องเกิดจากการคิดก่อน จึงเห็นได้ว่าการคิดกับเจตนาจะไปด้วยกัน ซึ่งโดยหลักการแล้ว การกระทำหน้าที่ก่อให้เกิดองค์การสังคม คือ องค์การสังคมเกิดจากการที่มนุษย์ต้องสัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตน นั่นคือคนที่อยากได้ความรู้ก็ต้องเรียนจากครู ครูจะสอนได้ก็ต้องมีลูกศิษย์ จะผลิตสินค้าก็ต้องมีคนที่ซื้อ จะเล่นกีฬาก็ต้องมีคู่แข่ง หรือเพื่อนเล่นด้วยกัน พูดยให้เข้าใจง่าย กลุ่มคนหรือองค์การสังคมเกิดขึ้นเพราะองค์การมีหน้าที่ คนรวมกันเป็นกลุ่มก่อนเป็นองค์การสังคมประเภทต่างๆ การรวมกันจึงก่อเกิดประโยชน์แก่สมาชิก และบรรลุเป้าหมายของตนในกลุ่มคนหรือองค์การสังคม(สัญญา สัญญาวิวัฒน์ , 2546)

ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ (structural- functional theory) เป็นแนวคิดที่เป็นผลมาจากการนำเอาแนวคิดทางด้านชีววิทยามาใช้ โดยอุปมาว่าโครงสร้างของสังคมเป็นเสมือนร่างกายที่ประกอบไปด้วยเซลล์ต่างๆมองว่าหน้าที่ของสังคมก็คือ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยแต่ละส่วนจะช่วยเหลือและเกื้อกูลซึ่งกันและกันเพื่อให้ระบบทั้งระบบมีชีวิตดำรงอยู่ได้ (<http://www.hongsa.com/GB700/chapter2.htm>) และมองกระบวนการขัดเกลาในฐานะเป็นกลไกที่ก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสังคมและกลุ่มทางสังคม กับบุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคม ในแง่ที่เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลทิศทางเดียว คือ กลุ่มและสังคมมีอิทธิพลในการ

กำหนดหรืออบรมสมาชิกได้มีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มเรียนรู้แบบต่างๆ ผ่านไปทางตัวแทนของสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน บุคคลจะถูกสอนให้รู้ถึงบรรทัดฐาน ค่านิยม วัฒนธรรมต่างๆ ที่จำเป็นต่อการกระทำบทบาทต่างๆ การจัดโครงสร้างองค์ประกอบต่างๆ ที่ต้องเรียนรู้เข้าเป็นชุดเรียกว่า สถานภาพ หรือตำแหน่งของบุคคล ซึ่งเชื่อมโยงกับข้อกำหนดทางพฤติกรรมที่เรียกว่า บทบาทและสถานภาพ ซึ่งเป็นรากฐานของความสัมพันธ์ทางสังคม (พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพิงษ์, 2530 อ้างในศุภลีมาน นฤมล วงศ์สุภาพ, 2546)

โดยสรุปแล้ว แนวความคิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของกลุ่มทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่มีลักษณะดังนี้ ในการศึกษาและวิเคราะห์สังคมต้องมองว่าสังคมทั้งหมดเป็นระบบหนึ่งที่แต่ละส่วนจะมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ความสัมพันธ์คือสิ่งที่สนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระบบสังคมเป็นการเคลื่อนไหวเข้าสู่ความสมดุลการปรับความสมดุลของระบบจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ระบบตามไปด้วยความต่อเนื่องของกระบวนการของข่าวสารจากภายในและภายนอก นอกจากนี้ทฤษฎีระบบยังมองว่าความขัดแย้ง ความตึงเครียด และความไม่สงบสุขภายในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับระบบอื่นได้อย่างลึกซึ้ง

(<http://www.hongsa.com/GB700/chapter2.htm>)

2.4 โครงสร้างทางสังคม

โครงสร้างทางสังคม หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในสังคม ซึ่งประกอบด้วยบุคคลและบทบาทต่างๆ (เจอร์ฮาร์ด เลนสกี, 2522) และการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มคน ที่มารวมตัวกันในสังคมจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีแบบแผนในการปฏิบัติร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกันและมีการปฏิบัติต่อกันตามหน้าที่ของแต่ละกลุ่มตามระเบียบแบบแผนของสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบของโครงสร้างทางสังคม คือการจัดระเบียบทางสังคม ฐานะทางสังคม และกลุ่มทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ชุมชน สมาคม ฯลฯ (<http://www.google.co.th/search?q=cache:0xebxfCLN30J:www.nfe.go.th/etv/do>) ตลอดจนสถานภาพบทบาท บรรทัดฐานทางสังคม สถาบันทางสังคม และความคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่กำหนดรูปแบบสังคมและแนวปฏิบัติที่เป็นไปได้ในการจัดองค์กรสังคม (ขวัญใจ ไทยทอง, 2543) โครงสร้างของสังคมเปรียบได้กับบ้านเรือนที่เราอาศัยอยู่อย่าง สมบูรณ์ ประกอบด้วย โครงสร้างที่สำคัญหลายอย่าง เช่น คาน หลังคา พื้น ฝา ประตู หน้าต่าง เป็นต้น โครงสร้างของสังคมก็เช่นเดียวกัน ย่อมประกอบด้วยกลุ่มคน สถาบันทางสังคม และสถานภาพ บทบาทของคนในสังคม (<http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>) เป็นระบบของสังคมเป็นระบบรวมของหน่วยต่างๆ ที่มีหน้าที่ต่างกันออกไป โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการแก้ปัญหาต่างๆ ในอันที่จะบรรลุ

จุดมุ่งหมายร่วมกัน ระบบของสังคมจึงประกอบไปด้วยตัวบุคคลและการเปลี่ยนแปลงต่างๆของบุคคลในชุมชนนั้นๆจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะได้รู้ว่าธรรมชาติของความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันเป็นอย่างไร เพราะสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนจึงอาจที่จะสังเกตเห็นได้ ไม่ว่าจะเป็นในด้านโครงสร้าง หน้าที่ และวัฒนธรรมต่างๆระบบของสังคมมักจะมี ความแตกต่างในด้านของโครงสร้างทางสังคม อันเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคล จึงเกิดกลุ่มต่างๆทางสังคมขึ้นมากมาย แต่ละกลุ่มก็มีเอกลักษณ์และสายสัมพันธ์ที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการจัดการเกี่ยวกับกลุ่มประเภทของผู้ในกลุ่มรวมทั้งวิธีการได้มาซึ่งการเป็นผู้นำของกลุ่ม โครงสร้างทางสังคมจึงประกอบไปด้วยสถานภาพหรือตำแหน่งหน้าที่ รวมทั้งโครงสร้างเกี่ยวกับตำแหน่งและหน้าที่และการดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่(function) การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดรูปแบบที่เป็นระบบวิถีปฏิบัติของบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) โครงสร้างที่สำคัญของสังคมไทยแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ โครงสร้างสังคมชนบทและโครงสร้างสังคมเมืองแต่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งเป็นสังคมแบบประเพณีนำ และเป็นสังคมเกษตรกรรม ดังนั้น ถ้าหากจะรู้จักสังคมและวัฒนธรรมไทยจะต้องพิจารณาจากโครงสร้างสังคมชนบทเป็นหลัก และต้องพิจารณาถึงอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมเมืองที่มีต่อสังคมและวัฒนธรรมชนบทประกอบไปด้วย

1. โครงสร้างสังคมชนบท จัดได้ว่าเป็นโครงสร้างที่สำคัญที่สุด ของสังคมไทย เพราะเท่ากับเป็นโครงสร้างของสังคมไทยทั้งหมด ลักษณะจำเพาะที่สำคัญของสังคมชนบท ได้แก่ การรวมกลุ่มแบบอนุรูปนัยของกลุ่มปฐมภูมิ(primary group) มีการติดต่อกันแบบตัวถึงตัว สภาพแวดล้อมของท้องถิ่นและวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมซึ่งคล้ายคลึงกัน ทำให้สถานภาพและบทบาทของคนในสังคมชนบทไม่แตกต่างกันมากนัก ในสังคมชนบทไม่แตกต่างกันมากนัก ในสังคมชนบทมีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น สมาชิกของสังคมทำหน้าที่สอดคล้องต่อเนื่องกันอย่างราบรื่น โดยมีระบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีการนับถืออาวุโส มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีค่านิยมในเรื่องคุณความดีทางศาสนาเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมทางสังคมของคนชนบท สถานภาพจะมีลักษณะ จำเพาะของตัวบุคคลเอง เช่น อายุความสามารถ และคุณความดี ผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำในสังคมชนบทมักได้แก่ พระ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้อาวุโสที่ชาวบ้านเคารพนับถือ

2. โครงสร้างสังคมเมือง ข้อแตกต่างที่เด่นชัดระหว่างสังคมชนบทกับสังคมเมือง ได้แก่ จำนวนกลุ่มองค์กรที่มีมากในสังคมเมือง หลักเกณฑ์การพิจารณาสถานภาพทางสังคมของบุคคลในเมืองหลวงกับฐานะทางเศรษฐกิจ อำนาจ และความเกี่ยวข้องทางการเมือง และระดับการศึกษาซึ่งผิดจากเกณฑ์ของสังคมชนบท นอกจากนั้นแล้วโครงสร้างชนชั้นทางสังคมในเมืองหลวงจะชัดเจน คือประกอบด้วยกลุ่มคน ที่มีผู้สืบเชื้อสายมาจากตระกูลเก่าและขุนนาง ผู้บริหารในสาขาอาชีพต่างๆ นักธุรกิจ ข้าราชการ ช่างฝีมือ และกลุ่มผู้ใช้โรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้อพยพจากสังคมชนบทมาอาศัยอยู่ตามชุมชนแออัดทั้งหลายของสังคมเมืองหลวง ค่านิยมของคนเมืองหลวงนั้นจะเน้นหนักเรื่องอำนาจ และความมั่นคงมากกว่าชาวชนบท

([http:// www.tat.or.th/thai/thaiinfo_social.php](http://www.tat.or.th/thai/thaiinfo_social.php))

2.5 สถานภาพ

การอยู่ร่วมกันในสังคม บุคคลสามารถรับรู้สถานภาพของคนอื่นในสังคมเพื่อการติดต่อสัมพันธ์กันอย่างราบรื่นได้ ต้องอาศัยเครื่องบ่งชี้หรือเครื่องหมายที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีสถานภาพอะไรในสังคมนั้นๆ เรียกว่าสัญลักษณ์ของสถานภาพ(status symbol) ซึ่งมีทั้งที่เป็นภาวะทางชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สีผิว เชื้อชาติ ฯลฯ แล้วยังอาจอาศัยเครื่องบ่งชี้ทางวัฒนธรรม ได้แก่ ภาษาพูด เครื่องแบบ การแต่งกาย อาชีพ เครื่องใช้ หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ ที่แสดงถึงฐานะของบุคคล เช่น แหวน เครื่องเพชร ยี่ห้อรถ ที่อยู่อาศัย เป็นสิ่งที่กำหนดว่าบุคคลในสถานภาพหนึ่งๆ จะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสมก็คือบรรทัดฐานนั่นเอง ดังนั้นนอกจากเรารู้ว่าตัวเองมีสถานภาพอะไรแล้ว เราต้องเรียนรู้ว่าสถานภาพนั้นมีบรรทัดฐานกำหนดความประพฤติเอาไว้ได้อย่างไรด้วย บุคคลในสังคมสามารถปฏิบัติตัวตอบโต้สัมพันธ์กันได้อย่างสะดวกไม่สับสนวุ่นวาย เพราะแต่ละคนมีสถานภาพติดตัวอยู่ตลอดเวลา เรารู้ว่าในโอกาสใดจะปฏิบัติอย่างไร โดยพิจารณาจากสถานภาพของเราขณะนั้น และสถานภาพของผู้ที่เราติดต่อสัมพันธ์ด้วยควบคู่กัน (จางง์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2540) ซึ่งบุคคลในสังคมมีสถานภาพต่างๆ มากมาย โดยที่สังคมกำหนดไว้ให้ สถานภาพบางอย่างจึงมีความสำคัญหรือสูงกว่าสถานภาพอื่นและแตกต่างกันไป แต่ละสังคม ดังนั้นทุกสังคมจึงมีการกำหนดสถานภาพที่สำคัญ (keystatus) เช่น ในสังคมอเมริกัน ยึดถือสถานภาพทางอาชีพเป็นสถานภาพที่สำคัญ บางสังคมให้ความสำคัญที่สถานภาพทางศาสนาคุณาญาติและอายุ สังคมจีนโบราณกำหนดให้สถานภาพทางปัญญาของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ คนฉลาดและมีความรู้(พวกจ้อหงวน)เท่านั้นจะได้รับยกย่องจากบุคคลทั่วไป (พวงเพชร สุรันตนกวีกุล, 2542)

สถานภาพหมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะของบุคคลที่ได้จากการเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือสังคม ในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมบุคคลทุกคนย่อมมีตำแหน่งต่างๆ มากบ้างน้อยบ้าง เป็นสิทธิหน้าที่ทั้งหมดที่บุคคลมีอยู่ เกี่ยวข้องกับผู้อื่นหรือสังคมส่วนรวม สถานภาพจะกำหนดสิทธิและหน้าที่ของบุคคลที่มีต่อผู้อื่นว่าบุคคลนั้นจะต้องมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างไรในสังคม และสถานภาพเป็นสิ่งเฉพาะตัวบุคคล ทำให้บุคคลนั้นแตกต่างไปจากผู้อื่นและมีอะไรที่เป็นเครื่องหมายของตน บางตำแหน่งเป็นสิ่งที่มักกันทุกคนหรือเกือบทุกคน เช่น เป็นลูก พี่ น้อง สามี ภรรยา พ่อ-แม่ คนไทย เป็นพลเมือง เป็นศาสนิก เป็นพนักงานขายของนักศึกษา ฯลฯ บางตำแหน่งอาจมีเฉพาะบางคนเท่านั้น เช่น ตราชู ทหาร หม่อมเจ้า พระ เป็นต้น ตำแหน่งต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่คนในสังคมหนึ่งๆ กำหนดขึ้นเป็นหลักสำคัญสำหรับแจกแจงหน้าที่ความรับผิดชอบและสิทธิต่างๆแก่สมาชิก กล่าวได้ว่าสถานภาพก็คือตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม (social position) ในระบบการแบ่งงานของสังคมนั่นเอง (จ่านงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2540) ทั้งนี้เพื่อให้การติดต่อสัมพันธ์กันทางสังคมเป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน บุคคลผู้หนึ่งอาจจะมีหลายสถานภาพก็ได้ เช่น นาย ก. เป็นข้าราชการครู เป็นสามีของนาง ข เป็นบิดาของเด็กชาย ค. เป็นต้น (<http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>)

ดังนั้นทุกสังคมจำเป็นต้องกำหนดให้มีตำแหน่งหรือสถานภาพต่างๆขึ้นเพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตามสถานภาพที่ดำรงอยู่ โดยเฉพาะในสังคมที่มีความเป็นอยู่ซับซ้อนเต็มไปด้วยผู้คนมากมายหลายตา หลายกลุ่ม หลายพวก การติดต่อกันระหว่างสมาชิกทั้งหลาย จึงต้องอาศัยตำแหน่งหรือสถานภาพเป็นสำคัญทำให้คนรู้จักกัน สามารถติดต่อสัมพันธ์กันได้อย่างราบรื่น และไม่สับสน บุคคลจะรู้ว่าในโอกาสใดจะปฏิบัติตนอย่างไร โดยพิจารณาที่สถานภาพของตนเองในขณะนั้น และสถานภาพของผู้ที่บุคคลติดต่อกับด้วย สิ่งที่กำหนดว่าบุคคลในสถานภาพหนึ่งๆ ต้องปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม ก็คือ บรรทัดฐาน อันได้แก่ วิถีประชา จารีต และกฎหมายนั่นเอง

2.6 ประเภทของสถานภาพ

สถานภาพต่างๆ ที่มีมากมายในสังคมนั้นอาจจำแนกได้ตามลักษณะของการที่บุคคลได้รับสถานภาพมา คือสถานภาพโดยสังคมกำหนด(assigned status) กับสถานภาพโดยความสามารถ(achieved status) โดยทั่วไปบุคคลมีหนึ่งสถานภาพทั้งสองประเภท แต่ในบางสังคมอาจให้ความสำคัญกับสถานภาพหนึ่งมากกว่าอีกแบบหนึ่ง(จ่านงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2540)

1. สถานภาพโดยสังคมกำหนด หรือสถานภาพโดยกำเนิด(ascribed status)เป็นสถานภาพที่บุคคลได้รับโดยอัตโนมัตินับตั้งแต่เกิดเป็นทารกไม่มีสิทธิ์เลือกเป็นอย่างอื่น ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ วงศ์ตระกูล ลำดับที่ของการเป็นบุตร(<http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>) เพราะเป็นสถานภาพที่สังคมกำหนดไว้ให้แล้ว เมื่อเกิดมาเป็นลูกเป็นหลานของครอบครัวที่มีสถานภาพใดในสังคมนั้นก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคคลทั่วไปที่เกิดมาในฐานะลูกหรือน้อง หรือหลานของคนบางคน และย่อมมีสิทธิ์บางอย่างอันพึงมีพึงได้ตามธรรมเนียมหรือตามกฎหมายของสังคมนั้น เช่น เกิดมาเป็นคนไทย เป็นลูกเศรษฐีร่ำรวย ย่อมมีหน้ามียามากกว่าเป็นลูกคนจน ต้องเป็นศาสนิกชนในศาสนาใดศาสนาหนึ่ง เป็นเจ้า เป็นไพร่ หรือเป็นทาส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่กำหนดให้บุคคลอยู่ในวรรณะใดวรรณะหนึ่ง เช่น ในประเทศอินเดีย สมาชิกของสังคมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวรรณะของตนได้ตั้งแต่เกิดจนตาย (พวงเพชร สุรันตนกวีกุล, 2542) เนื่องจากสังคมทั้งหลายต้องจัดให้สมาชิกทุกคนมีฐานะอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้โครงสร้างที่มีอยู่ทุกคนถูกกำหนดสถานภาพโดยลักษณะทางเพศและอายุ การเกิดเป็นผู้ชายหรือผู้หญิงนั้นไม่ได้เป็นชายหรือหญิงเฉพาะร่างกายเท่านั้นความเป็นชายหรือหญิงยังเป็นเรื่องของสถานภาพที่สังคมกำหนดว่าชายมีสิทธิอะไรและจะต้องหรือควรแสดงบทบาทอย่างไร ผู้ที่เกิดเป็นเพศหญิงก็เช่นเดียวกัน(ซึ่งมักถูกกำหนดให้มีสภาพด้อยกว่าเพศชาย) เมื่ออายุมากขึ้นตามลำดับก็จะถูกกำหนดให้มีสถานภาพเปลี่ยนไปจากเด็กเป็นหนุ่มสาว เป็นผู้ใหญ่ เป็นคนแก่ แต่ละวัยมีสิทธิและความรับผิดชอบ หรือบทบาทเปลี่ยนไปตามบรรทัดฐานของสังคม ลักษณะเชื้อชาติก็เป็นสิ่งที่หลายสังคมใช้เป็นเกณฑ์กำหนดสถานภาพ เช่น คนผิวดำในสังคมอเมริกามีสถานภาพต่ำกว่าคนผิวดาว ความแตกต่างทางเพศ อายุ และผิวพรรณ แม้เป็นลักษณะธรรมชาติ แต่มนุษย์ก็กำหนดให้เป็นความแตกต่างทางสังคม คือให้มีสิทธิและบทบาทต่างกัน (จ้านงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2540)

2. สถานภาพโดยความสามารถ(achieved status) เป็นสถานภาพโดยความสามารถที่ได้มาโดยการกระทำภายหลังกำเนิดด้วยความสำเร็จของบุคคลผู้นั้นเอง เป็นสถานภาพที่บุคคลสามารถเลือกหรือกำหนดได้ แต่ต้องดิ้นรนขวนขวายด้วยความพยายาม ความสามารถ และสติปัญญาของตนเอง เช่น เป็นลูกชาวนา ก็ไม่จำเป็นต้องเป็นลูกชาวนาตลอดไป สามารถเป็นครู แพทย์ ทหาร ตำรวจ นักการเมืองได้ ตำแหน่งบางตำแหน่งในสังคมสมัยใหม่ต้องการบุคคลที่มีความสามารถเหมาะสม เพื่อเข้ารับตำแหน่ง บางสถานภาพต้องการบุคคลที่มีคุณสมบัติพิเศษต่างๆ เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ความชำนาญพิเศษทางเทคนิค หรือความรู้วิชาชีพเฉพาะด้าน จึงต้องแข่งขันกันมากขึ้น หรือเป็นสถานภาพที่ได้มาเพิ่มเติมจากสถานภาพเดิม เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลง ตามเงื่อนไขในระบบเศรษฐกิจและความสามารถ

เฉพาะตัว เช่น สถานภาพที่ได้จากการศึกษา เช่น ครู แพทย์ ฯลฯ สถานภาพที่ได้จากรายได้ เช่น เศรษฐี คหบดี ฯลฯ (<http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-2.htm>) สถานภาพโดยความสามารถ อาจได้มาจากหลายทางด้วยกัน เช่น โดยการสมรส อยู่กินกันเป็นครอบครัว ทำให้เกิดสิทธิและหน้าที่ของสามี-ภรรยา บิดามารดาและบุตร เครือญาติ ฯลฯ โดยการศึกษานำมาซึ่งความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ตลอดจนการประกอบอาชีพ ที่มีรายได้ดี มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคนนับถือยกย่อง เป็นต้น (พวงเพชร สุรัตนกุลวิบูล, 2542)

ในสังคมต่างๆมีสถานภาพทั้งสองประเภท ในสังคมล้าสมัยจนถึงสังคมเกษตรกรรม หรือสังคมประเพณีนั้น สถานภาพต่างๆของบุคคลมักจะถูกกำหนดโดยไม่มีทางเลือกและการดำเนินชีวิตก็อยู่ภายในกรอบของสถานภาพทางเครือญาติ วัยและเพศเป็นสำคัญ ส่วนในสังคมอุตสาหกรรม หรือสังคมสมัยใหม่ จะเน้นความสำคัญของการแข่งขัน และความสามารถเป็นเกณฑ์ ในการได้ตำแหน่งงานอาชีพและตำแหน่งอื่นๆ แต่ฐานะทางเครือญาติ ความมีอาวุโสและเพศ ยังเป็นคุณสมบัติที่มีความหมายไม่น้อยเลย ยิ่งในสังคมไทยการได้มาซึ่งสถานภาพต่างๆมักมีลักษณะปนเปกันระหว่างกฎเกณฑ์ทั้งสองแบบ ตำแหน่งต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่คนในสังคมหนึ่งๆ กำหนดขึ้นเป็นหลักสำคัญสำหรับแจกแจงหน้าที่ความรับผิดชอบและสิทธิต่างๆแก่สมาชิก กล่าวได้ว่าสถานภาพก็คือตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม(social position)ในระบบการแบ่งงานของสังคมนั่นเอง (จันทน์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2540)โดยบทบาทได้แก่ตำแหน่งของบุคคลในสังคม และพฤติกรรมที่คาดหวังได้จากบุคคลที่อยู่ในตำแหน่ง หรือบทบาทนั้นๆ บทบาทที่เป็นทางการทำให้ผู้สวมบทบาทมีอำนาจหน้าที่เรียกว่าตำแหน่งหน้าที่(office) บทบาทช่วยให้มีการแบ่งงานตามความชำนาญภายในสังคม และเป็นเครื่องมือในการควบคุมของสังคม ทำให้คนต้องทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่สังคมวางไว้ บทบาทย่อมตกทอดไปยังคนรุ่นต่อไป ที่เข้ามาสวมบทบาทนั้นๆให้ต้องปฏิบัติอย่างเดียวกัน เป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง คนตายไปแต่บทบาทจะยังอยู่โดยมีคนอื่นมาสวมแทน (เจอร์ฮาร์ด เลนส์กี , 2522)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยที่มนุษย์มีลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรากฐานดั้งเดิม ประกอบกับการดูแลตนเองก็เป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาเรื้อรังในปัจจุบัน นอกจากสถานการณ์ดังกล่าวแล้ว ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองดังนี้คือ

3.1 ปัจจัยส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวคิดเรื่องการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

3.1.1 การรักษาที่มีราคาแพง การรักษาตามวิธีทางการแพทย์ปัจจุบันต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก บางครั้งเป็นการเสียเงินกับการรักษาที่ไม่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ก่อนที่จะมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

3.1.2 ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย การแพทย์สมัยใหม่พยายามค้นหาวิธีการวินิจฉัยและรักษาโรคบางโรคที่ซับซ้อน แต่ยังคงก้าวไปไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยได้ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะความคลุมเครือ ไม่แน่ใจว่าเจ็บป่วยจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ป่วยไม่หาแพทย์และใช้วิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง

3.1.3 แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป ในระยะที่ผ่านมาการแพทย์สามารถกำจัดโรคได้แทบทุกชนิด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ปัญหาของโรคติดเชื้อ แต่ปัจจุบันโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์สมัยใหม่เพียงลำพังไม่สามารถจะแก้ไขได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไขข้ออักเสบ และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ฉะนั้นการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจึงควรเป็นหน้าที่ของผู้ป่วย และครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่างเหมาะสมที่สุด

3.1.4 ประชาชนมีความรู้ด้านการแพทย์มากขึ้น ปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีมากขึ้น ประชาชนสามารถหาความรู้ได้จากสื่อต่างๆ ซึ่งความรู้ที่ประชาชนได้รับสามารถนำไปปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต โดยมีจุดประสงค์เพื่อมีสุขภาพที่ดี อันเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนทั่วไป (ถัญฐิกา ทองสวัสดิ์วงศ์, 2542)

3.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง(ถัญฐิกา ทองสวัสดิ์วงศ์, 2542)

แม้ว่าจะมีการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นในสังคมปัจจุบัน แต่แนวคิดก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

3.2.1 บุคคล ในชุมชนถ้าบุคคลขาดแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องย่อมเป็นไปได้ยาก

3.2.2 สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของประชาชน ถ้าสังคมละเลยต่อสภาพแวดล้อม ถึงแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีเพียงใดโดยไม่พยายามรักษาสุขภาพส่วนรวมแล้ว การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยจะไม่มีทางดีไปได้เลย

3.2.3 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ปัจจัยด้านสรีรวิทยาจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล หน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์ การดูดซึมอาหาร และการเผาผลาญอาหารของบุคคลในแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน ฉะนั้นปัจจัยด้านนี้จึงส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง การช่วยเหลือตนเอง และการพึ่งบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

3.2.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น สิทธิสตรี มีความเสมอภาคเท่าเทียมบุรุษ ผลจากการออกไปทำงานนอกบ้านส่งผล ให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ในที่สุดก็ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย สมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันทางการแพทย์

3.2.5 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ในอดีตรูปแบบครอบครัวเป็นครอบครัวขยายแต่ เนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจ ความต้องการเป็นอิสระ ทำให้ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว บทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพของสมาชิกจึงเปลี่ยนไปเป็นบทบาทของสถาบันทางการแพทย์มากขึ้น

3.2.6 อิทธิพลจากทัศนะของนักวิชาการในเรื่องบทบาทการเจ็บป่วย จากการกำหนดแนวคิดเรื่องบทบาทของการเจ็บป่วย ว่าความเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนรูปหนึ่ง ฉะนั้นเมื่อประชาชนเจ็บป่วย จึงมีบทบาทที่จะต้องปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยโดยการไปหาแพทย์ให้เร็วที่สุด

3.3 ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

3.3.1 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้ของชุมชน ทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่ และแบบดั้งเดิมซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสวิวัฒนาการแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่จะส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากในทุกสังคมและทุกวัฒนธรรมมีการถือปฏิบัติดูแลสุขภาพด้วยตนเองมานานแล้ว

3.3.2 ความรู้ในระดับครอบครัว โดยลักษณะของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีอิทธิพลสูงต่อการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ จากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัวยังผลให้เกิดเป็นแบบแผนประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอดด้วยการอยู่ไฟ เป็นต้น

3.3.3 ระบบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนสถานที่จำหน่ายยาซึ่งมีอยู่ทั่วไปในประเทศไทย เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจและความรู้ แม้ว่าการบริการของรัฐจะครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

จนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบล ก็ตามความสะดวกที่ได้รับ กอปรกับการโฆษณาชวนเชื่อ และ ผลจากการลอกเลียนแบบ ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างสับสน และเลือกใช้บริการใน ลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง

3.3.4 แรงกดดันทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง เช่น วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภค อาหารสุกๆดิบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

3.3.5 มาตรการการบังคับใช้กฎหมาย ที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่ขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มาตรการการบังคับใช้กฎหมายและการ คุ้มครองผู้บริโภคยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อการ ดูแลตนเองของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคาร ที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูล และการควบคุมมลภาวะต่างๆ เป็นต้น

3.3.6 กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มผลประโยชน์ มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของประชาชน หากพิจารณาในเชิงพาณิชย์ โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์จะสามารถทำเงินจากการตื่นตัวด้าน สุขภาพ โดยที่ชาวบ้านยังขาดความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพที่ได้ รับอิทธิพลจากเชิงธุรกิจ ส่งผลให้ประชาชนหลงเชื่อและซื้อหามารับประทาน โดยมีจุดประสงค์ เพียงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและชะลอความชรา เป็นต้น ส่วนในด้านของวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมหรือยับยั้งการดูแลตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ต้องม ีความเชื่อและความศรัทธาในความสามารถของประชาชนในการดูแลตนเอง พร้อมกับส่งเสริมคักย ภาพของประชาชนและชุมชนที่อยู่ ให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มากขึ้น ลดการพึ่งพิง บุคลากรทางการแพทย์ลง ทั้งนี้ยังส่งผลต่อการลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนลง ทำให้เกิดการซื้ออย่างถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น เป็นการให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริง

3.3.7 เวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพ ตนเองของประชาชน เวลาเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่ง ในขณะที่ต้นทุนของเวลา (time cost)มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจ สังคมก็ย่อมมีผลต่อสถานภาพทางสุขภาพของ ประชากรด้วย เช่น ภาวะเครียดเนื่องจากการเร่งรีบ การจราจรติดขัด การบีบรัดทางเศรษฐกิจ ที่ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก เช่น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกาย การ นั่งสมาธิเพื่อลดความวุ่นวายใจ เป็นต้น แต่ผลในเชิงลบ ที่เกิดขึ้นก็เช่น การเข้ายาหรืออาหารบำรุง เกินความจำเป็น การใช้สารเสพติด ฯลฯ (สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ, 2540)

3.4 **ปัจจัยส่วนบุคคล** เป็นปัจจัยพื้นฐานเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic self care Demand) มีดังนี้ (Oram อ่างในจำเรียง ฎมระสุวรรณ และคณะ, 2534)

3.4.1 **เพศ** เพศเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพและยังให้ผลที่แตกต่างกันออกไป การศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุข ในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ เพศ พบว่าเพศชายกับเพศหญิงมีส่วนการใช้บริการที่ใกล้เคียงกัน(สายสมพันธ์ รัชชวีญ, 2529) แตกต่างกับรายงานการประจุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้หญิงมีบทบาทสูงในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ดูแลเยียวภาคในครอบครัวมากกว่าเพศชาย(วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการ ระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอขุนหาญ พบว่าผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขุนหาญเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68 (สงวน นิตยารัมพงศ์และคณะ, 2533) และผลการศึกษาผู้รับบริการเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลสงขลา พบว่าร้อยละ 71.6 เป็นเพศหญิง(สุรีย์ เจียมศุภฤกษ์, 2543)

3.4.2 **อายุ** เป็นเครื่องบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ต่อจากนั้นจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้น อายุจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

3.4.3 **การศึกษา** เชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาทักษะความรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้มีการศึกษาระดับสูงสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา และการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

3.4.4 **สถานภาพสมรส** เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ คู่สมรส สามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นใจคุณค่าในตนเองช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลนั้นปลายคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4.5 รายได้ รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะเศรษฐกิจสังคม ทุกคนยอมรับว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานมนุษย์ จึงอาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองตามความต้องการ

จากรายละเอียดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย การรักษาที่มีราคาแพง ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป และประชาชนมีความรู้ด้านการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสิ้น ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองจะประกอบด้วย บุคคล สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว และอิทธิพลจากทัศนคติของนักวิชาการในเรื่องบทบาทการเจ็บป่วย ด้านปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้ของชุมชน ความรู้ในระดับครอบครัว ระบบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน แรงกดดันทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน มาตรการการบังคับใช้กฎหมาย กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มผลประโยชน์ เวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีดังนี้คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และ รายได้ เป็นต้น

4. ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง

ระบบการดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนซึ่งมีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่มีรูปแบบคล้ายกัน เพราะทั้ง 2 ประการมีระบบการแพทย์ที่หลากหลายที่ประกอบขึ้นในชุมชน แต่ปัญหาที่พบในการทำงานเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนก็คือ เรามักจะเข้าใจ หรือรับรู้กันเพียงแค่ว่า ชาวบ้านพึงระบบสุขภาพและเลือกปรึกษากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ระบบสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่จริงในชุมชนจึงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ซึ่งในสภาพความเป็นจริงแล้วระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด คนในชุมชนยังต้องไปพึ่งแหล่งอื่นๆ อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่นและรูปแบบการดูแลรักษาตนเองแบบพื้นบ้าน เพื่อที่จะรักษาตัวเองหรือรักษาญาติพี่น้องของตน นอกจากนั้นในชุมชนยังมีกิจกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย กลุ่มคนเฒ่าคนแก่ หรือกลุ่มกีฬา เป็นต้น เมื่อเราไม่เห็นสุขภาพของชุมชนทั้งระบบทำให้การวางแผนด้านสาธารณสุข

ที่ผ่านๆมามีความมุ่งเน้นการรักษาโดยพึ่งวิธีการแพทย์สมัยใหม่เสียเป็นส่วนใหญ่ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, 2545) ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนประกอบด้วย 3 ระบบ ดังนี้

4.1 ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (popular sector)

ระบบการแพทย์ภาคประชาชน เป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดของระบบบริการสาธารณสุข (Kleinman, 1980) ที่มีมาก่อนระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบตะวันตก ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือกันเองได้ในภาวะปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งถือเป็นบทบาทของประชาชนเอง อันประกอบไปด้วยการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของประชาชนโดยตนเอง ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม (มัลลิกา มัติโก, 2530) และเป็นกระบวนการพื้นฐานที่แสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพบนประสบการณ์ของท้องถิ่น โดยไม่มีทฤษฎีใดมาชี้นำ โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าการเจ็บป่วยเกิดมาจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้

1. อำนาจเหนือธรรมชาติ
2. ความสมดุลของธาตุในร่างกาย
3. ทฤษฎีเชื้อโรค
4. วิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น

รวมทั้งมีรูปแบบการรักษา ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา เช่น การควบคุมพฤติกรรม การสะอาดสะอาด
2. การรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาสมุนไพร ยาแผนปัจจุบัน โดยอาศัยเทคโนโลยี แบบภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่มีการผสมผสานกันทุกระบบ ตลอดจนมีการถ่ายทอดประสบการณ์ สืบต่อกันมา โดยมีผู้อาวุโส ในครอบครัวหรือหมู่บ้านเป็นผู้นำ

4.2 ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (folk sector)

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพเฉพาะในกลุ่มชนยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน มักเน้นความเชื่อ หรือประสบการณ์เฉพาะท้องถิ่น มีการสืบทอดหลากหลาย และมักถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ และเป็นการถ่ายทอดกันในครอบครัวยังไม่มีระบบแบบแผนการบริการและการเรียนการสอนที่แน่นอน คำว่าการแพทย์พื้นบ้านจึงมีการใช้ได้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ใช้เรียนการแพทย์ที่มีเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะพื้นที่ที่ยังไม่มีการแพร่หลายไปในกลุ่มอื่นๆ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540) ระบบการแพทย์พื้นบ้านโดยรวมนั้น ไม่สามารถ

แยกออกจากมโนภาพทางศาสนา ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในเรื่องการแจกแจงสมมุติฐานการจำแนกโรค การวินิจฉัยโรค และการให้การรักษา รวมทั้งความรู้ทางกายวิภาคและ สรีรวิทยาของร่างกายมนุษย์ได้ แนวคิดพื้นฐานในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น มีพื้นฐานอยู่บนแนวคิดในเรื่อง อำนาจเหนือธรรมชาติและความไม่สมดุล(เช่นความพิการของอวัยวะใช้เจ็บป่วยเป็นหรือความขัดแย้งทางสังคม) ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของสิ่งมีชีวิต และระหว่างองค์ประกอบต่างๆเหล่านั้นกับธาตุในธรรมชาติ อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ และโลหะ ตลอดจนดวงดาวต่างๆ บนท้องฟ้า ได้แก่ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์และดวงดาว ธาตุต่างๆเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่ออวัยวะบางอย่าง ดังนั้นนับตั้งแต่แรกเกิดทารกจะอยู่ภายใต้การควบคุมของธาตุทางธรรมชาติ และความอยู่รอดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสร้างสมดุลในสภาพแวดล้อม รวมทั้งธาตุที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ความรู้ในเรื่องธาตุทำให้มีอำนาจในการรักษา หรือทำลายความไม่สมดุลได้ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดพื้นฐานอีกแนวหนึ่งคือ ทวินิยม (dualism) ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมๆกับแนวคิดเรื่องดุลยภาพซึ่งยังคงมีอยู่ในหลายระดับ เช่น “ร้อน” และ “เย็น “ แนวคิดของทวินิยมนำไปสู่ความคิดที่โรคเกิดขึ้นนั้น มีสารบางอย่างที่จะป้องกันหรือรักษาได้ การแพทย์ พื้นบ้านนี้ต่อมาได้พัฒนาอยู่ในรูปของการรักษาตัวเอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของการรักษา แต่ก็มีวิธีการป้องกัน เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน การสวมเครื่องรางเพื่อปัดเป่าโรคภัย การเช่นไหว้ บูชาโยน และการปฏิบัติตามข้อละเว้นข้อห้าม ตลอดจนพิธีกรรมต่างๆ การรักษานามัยส่วนบุคคล โดยพิธีกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือและมีความสามารถในการประกอบอาชีพการแพทย์พื้นบ้าน สังคมจึงให้การยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีสถานภาพพิเศษ มีอำนาจรักษาหรือป้องกันโรคหรือพิเคราะห์อื่น ๆ หรือสร้างเสริมความสุข(ความก้าวหน้าทางสังคม ความมั่นคง ความสุขในชีวิตสมรส เป็นต้น) ให้แก่ผู้มาปรึกษา(เพ็ญญา ทวีชัยเจริญ, 2540 ; กรรณิการ์ พรหมเสาร์และคณะ, 2540)จากแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดสามารถแบ่งระบบการดูแลสุขภาพได้ 4 ระบบคือ

1. แบบประสพการณ์ โดยการใช้ยากกลางบ้าน เช่น เมื่อเกิดอุจจาระร่วง ชาวบ้านจะใช้ผลทับทิมปิ้งไฟแช่น้ำดื่ม ยอดใบฝรั่ง ยอดใบทับทิมต้มน้ำดื่ม เป็นต้น
2. แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นการดูแลรักษาด้วยการทำสมาธิ หรือติดต่อกับอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่นการนั่งสมาธิของหมอธรรม เพื่อหาสาเหตุของโรค
3. แบบโหราศาสตร์ เป็นการประกอบพิธีกรรมต่างๆ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีซ้ำซ้อนกันจะมีการสะเดาะเคราะห์เรียกว่าแต่งแก้หรือเสียเคราะห์เป็นต้น (สมทรง ญ นคร, 2532)

4. แบบทฤษฎีธาตุ เป็นการปรับสมดุลธาตุ เช่น การนวด การรับประทานอาหารตามช่วงฤดูกาล เช่น ฤดูร้อนรับประทานผัก,ผลไม้ที่มีรสขม รสจืด ฤดูฝน รับประทานผัก,ผลไม้ที่มีรสเผ็ดร้อน และฤดูหนาว รับประทานผัก ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เป็นต้น

4.3 ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ (professional care sector)

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นระบบการแพทย์สากล(cosmopolitan medical system)หรือระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน(modern medical system) เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ผสมผสานกับวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บแบบวิชาชีพและมีการจัดเป็นองค์กร มีแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยบนพื้นฐานความคิดว่าโรคเกิดจากทฤษฎีเชื้อโรค(disease theory system)หมายถึงแนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค การพยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2545) รูปแบบการดูแลรักษาเป็นการรักษาด้วยยา สารเคมี และกายภาพ นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งจะเน้นไปที่ตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม เช่น การให้วัคซีน การดูแลสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยใช้เทคโนโลยีด้านความรู้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบมีการใช้ระเบียบวิธีการเรียนการสอนโดยผ่านสถาบันโรงเรียนแพทย์และสาธารณสุข โดยมีบุคลากรที่เป็นผู้คือแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระบบการดูแลสุขภาพ (ดั่งการ สังแก้ว, 2545)

ข้อความ	ระบบการดูแลสุขภาพ		
	ภาคประชาชน (popular care sector)	ภาคพื้นบ้าน (folk care sector)	ภาควิชาชีพ (professional care sector)
1. ชื่อระบบการแพทย์	-	folk medical system (ระบบการแพทย์พื้นบ้าน)	cosmopolitan medical system(ระบบการแพทย์สากลหรือ modern medical system (ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน)
2. แนวคิด	เป็นกระบวนการพื้นฐานที่ได้แสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่อยู่บนประสบการณ์ของท้องถิ่นโดยไม่มีทฤษฎีใดมาชี้นำ	เป็นกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพเฉพาะในกลุ่มชน ยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนมักเน้นความเชื่อ หรือ ประสบการณ์เฉพาะท้องถิ่น	เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ผสมผสานกับวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1.อำนาจเหนือธรรมชาติ 2. ความสมดุลของธาตุในร่างกาย 3.ทฤษฎีโรค 4. วัฒนธรรมท้องถิ่น	1. อำนาจเหนือธรรมชาติ 2. ความสมดุลของธาตุในร่างกาย จากแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดสามารถแบ่งระบบการดูแลสุขภาพได้ 4 ระบบคือ 1.แบบประสบการณ์ 2.แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ 3. แบบโหราศาสตร์ 4. แบบทฤษฎีธาตุ	1. ทฤษฎีเชื้อโรค 2. ชีวการแพทย์

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อความ	ระบบการดูแลสุขภาพ		
	ภาคสามัญชน (popular care sector)	ภาคพื้นบ้าน (folk care sector)	ภาควิชาชีพ (professional care sector)
4. รูปแบบการดูแลรักษา	1.การรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การควบคุมพฤติกรรม การสะเดาะเคราะห์ 2. การรักษาโดยใช้ยาเช่น ยาสมุนไพร ยาแผนปัจจุบัน	1. รักษาโดยใช้ยากลาง บ้าน 2. การรักษาด้วยแบบ แผนการปฏิบัติเฉพาะ เช่น การรักษาในภาวะตั้งครรภ์ 3. การรักษากับหมอพื้น บ้าน 4. การประกอบพิธีกรรม ต่างๆ 5. การปรับสมดุลธาตุ เช่น การนวด เป็นต้น	1. การรักษาด้วยยา หรือสาร เคมี 2. การรักษาทางกายภาพ
5. การส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค	จะเน้นข้อห้าม (Taboo)	1. จะเน้นข้อห้าม(Taboo) 2. การพยายามปรับตัว สู่สมดุล เช่น การรับประทาน อาหารให้ถูกกับธาตุในร่างกาย	จะเน้นไปที่ตัวบุคคล และสิ่ง แวดล้อม เช่นการให้วัคซีน การ ดูแลสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
6.เทคโนโลยี	ภูมิปัญญาพื้นบ้าน	ภูมิปัญญาพื้นบ้าน	ความรู้ อุปกรณ์ทางการแพทย์, ยาและเวชภัณฑ์ เทคโนโลยี ทางการแพทย์สมัยใหม่ ฯลฯ
7. การผสมผสาน	ทุกระบบ	-	-

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อความ	ระบบการดูแลสุขภาพ		
	ภาคสามัญชน (popular care sector)	ภาคพื้นบ้าน (folk care sector)	ภาควิชาชีพ (professional care sector)
8. การถ่ายทอด	ถ่ายทอดกันในครอบครัวตามประสบการณ์	ถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ รวมถึงถ่ายทอดกันในครอบครัว ยังไม่มีระบบและการเรียนการสอนที่แน่นอน อาศัยประสบการณ์การจดจำการสังเกต จากประสบการณ์ หรือหมอพื้นบ้านในอดีต	มีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ มีระเบียบวิธีการเรียนการสอนโดยผ่านสถาบันโรงเรียนแพทย์
9. ผู้นำ	ผู้อาวุโสในครอบครัวหรือในหมู่บ้าน	หมอพื้นบ้าน	แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตาราง 2 เปรียบเทียบจุดเด่นของระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพ		
ภาคสามัญชน (popular care sector)	ภาคพื้นบ้าน (folk care sector)	ภาควิชาชีพ (professional care sector)
<ul style="list-style-type: none"> - สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ - รู้จักใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน - ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น - ลดการใช้เทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย - ช่วยประเทศชาติลดการขาดดุลการค้าจากการนำเข้าด้านเทคโนโลยี 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย - สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม - ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น - ลดการใช้เทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย - ให้ความสำคัญแก่การดูแลแบบองค์รวม - ช่วยประเทศชาติลดการขาดดุลการค้าจากการนำเข้าด้านเทคโนโลยี - มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน - มีผลข้างเคียงอันตรายน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และโรคที่มีลักษณะเฉียบพลัน - สามารถเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่บกพร่องใช้งานได้ หรือตกแต่งอวัยวะให้สวยงามได้ - มีการก่อตั้งธนาคารเลือด ธนาคารอวัยวะ - วินิจฉัยและแก้ไขการขาดฮอร์โมนได้ - มีความเป็นวิทยาศาสตร์มาก ผ่านการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลก่อนการนำมาใช้

ตาราง 3 เปรียบเทียบจุดด้อยของระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพ		
ภาคสามัญชน (popular care sector)	ภาคพื้นบ้าน (folk care sector)	ภาควิชาชีพ (professional care sector)
<p>- ความเชื่อบางอย่าง และวิธีการดูแลรักษาบางอย่างที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ขาดการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน การบันทึกการ จดจำ การคาดเดา เมื่อใช้ได้ผลก็มีการแพร่ขยายไป ในบางครั้งไม่สามารถค้นหาต้นตอวิธีการบำบัดรักษาได้</p>	<p>- เหมือนการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน</p> <p>- กระบวนการถ่ายทอดความรู้ไม่เป็นระบบเริ่มตั้งแต่การสังเกต บันทึก ท่องจำ และการปฏิบัติจากผู้ชำนาญหรือครู ลงในสมุดข่อย ใบลาน บางครั้งอาจเลอะเลือน สูญหาย ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้</p>	<p>- ไม่สามารถจัดหาหรือจัดทำขึ้นเองได้(ต้องพึ่งพาต่างประเทศ)</p> <p>- ต้องพึ่งพาคณาการทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่</p> <p>- มีแนวโน้มของการดูแลรักษาแบบแยกส่วน (แม้จะว่ามีความพยายามด้านเวชปฏิบัติครบครัน แต่ยังเป็นส่วนน้อย)</p> <p>- คำนึงถึงมิติทางสังคมน้อย</p>

ระบบการดูแลตนเองด้านสุขภาพของชุมชนทั้ง 3 ระบบ จะเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชนเมื่อมีการเจ็บป่วย เพราะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นมีมากมาย ซึ่งการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของชุมชนที่เรามี เป็นเพียงส่วนเล็กในโลกของชาวบ้านเท่านั้น เพราะจริงๆแล้วในชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพมากมายที่เราไม่รู้และอยู่นอกระบบการรักษาแบบสมัยใหม่ ดังภาพประกอบ 3

ภาพประกอบที่ 3 โลกสุขภาพของชาวบ้านอย่างง่าย ๆ แบ่งเป็น 3 วงดังนี้



ที่มา : Kleinman,1980

ซึ่งจากทั้ง 3 ระบบ ช่วยให้เราเข้าใจได้ว่า ระบบสุขภาพของชุมชนที่เป็นอยู่นั้นมีความเกี่ยวข้องกันทั้ง 3 ส่วน ไม่ได้มีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการพึ่งระบบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งอย่างเดียว แต่กระบวนการเยียวยารักษาโรคในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยกลุ่มคนเหล่านี้จะดูแลกันด้วยวิธีการอย่างหลากหลาย ซึ่งมีกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นร่วมกัน ผสมผสานจากทั้งการรักษาแบบพื้นบ้านและการรักษาแบบสมัยใหม่ เพราะเมื่อคนใดคนหนึ่งในสังคมประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือจากหมอกคนใดคนหนึ่ง ก็จะแนะนำออกต่อข่าวสารเป็นที่รับรู้ร่วมกัน ประสบการณ์เหล่านี้จะไหลเวียนอยู่ในชุมชน และถูกเลือกนำมาใช้แต่โอกาสที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ เกิดขึ้นในสังคม และยังมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรมความเชื่อ ประเพณีปฏิบัติมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2545)

5. การดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองถือเป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพ และเมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มีหลายลักษณะด้วยกัน ทั้งนี้แล้วแต่ทัศนะส่วนตัวและการจำแนกโดยอาศัยกรอบของทฤษฎี มัลลิกา มัติโก (2530) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

5.1. การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ทำในขณะที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ

5.1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คือพฤติกรรมที่รักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง

5.1.2 การป้องกันโรค คือพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ เช่น การไปรับวัคซีนภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น(primary prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค(secondary prevention) จุดประสงค์เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และกำจัดโรคให้หมดก่อนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (tertiary prevention) เป็นการป้องกันที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วยไปยังบุคคลปกติ

5.2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย อาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ 1) การดูแลตนเองของบุคคล 2) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว 3) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม และ 4) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

5.3 การดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชนสามารถจำแนกออกเป็น 3 มิติ (Orem, 1980 อ้างในเคียมพร ทองกระจาย, 2532) ดังต่อไปนี้

5.3.1 การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป

การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ทำให้เกิดผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ พฤติกรรมการกินอยู่หลับนอน พฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการใช้น้ำ พฤติกรรมตามรูปแบบวิถีการดำรงชีวิตอื่นๆ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถูกกำหนดโดยลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และการสนับสนุนของสังคม เป็นต้น การศึกษาวัฒนธรรมและพฤติกรรมคนไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปของคนไทยที่ไม่ใช่เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ความเชื่อเรื่องของแสงและพฤติกรรมเกี่ยวกับการกินเพื่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั่วทุกภาคของประเทศ และยังพบว่าพฤติกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ บางอย่างเป็นความเชื่อแต่โบราณที่มีผลต่อสุขภาพ พฤติกรรมการกิน หรือการละเว้นอาหารบางอย่าง ขึ้นอยู่กับความเชื่อในทางไสยศาสตร์บางอย่างเป็นความเชื่อที่อธิบายไม่ได้ในทางวิทยาศาสตร์ เช่น เกี่ยวกับอาหารแสงลงต่างๆแต่บางอย่างก็มีประโยชน์ต่อสุขภาพและสอดคล้องกับหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน(ยูวดี ตปนียกร, 2522) และจากการศึกษายังพบว่า คนไทยจะไม่กินสิ่งที่ถือว่าเป็นของผีสิง หรือเชื่อว่าผีหรือเจ้าคุ้มครอง ถ้าจะกินก็ต้องขอกินหรือขอขมาเพราะคนไทยส่วนใหญ่ผูกพันอยู่กับอำนาจลึกลับ เช่น ผีหรือวิญญาณ (รุต เบนนิดิคท์, 2524) ความเชื่อบางอย่างส่งผลต่อการรักษาสมดุลย์ของธรรมชาติในระบบนิเวศวิทยา เช่น การไม่ตัดไม้ทำลายป่า การไม่ล่าสัตว์หรือทำร้ายสัตว์ในบริเวณศาลปู่ตาในภาคอีสาน ตลอดจนพฤติกรรมที่ได้การถ่ายทอดมาจากครอบครัว เช่น การเก็บผักมารับประทานต้องให้เพียงพอและหมดในมือ นั้น ถ้ารับประทานไม่หมดถือว่าไม่ดีเป็นบาป ความเชื่อเหล่านี้เกี่ยวเนื่องกับการหาสิ่งประดับประดาทางจิตใจ รวมทั้งการยอมรับต่อธรรมชาติและการรักษาสมดุลย์ธรรมชาติ ซึ่งเป็นพื้นฐานความเชื่อของคนไทยในสมัยโบราณเกี่ยวกับธาตุในร่างกายมนุษย์ และจากการศึกษาของเบญญา ยอดดำเนิน และคณะ (2530) ทำให้เกิดการจำแนกคุณสมบัติของอาหารที่บริโภคก็คือ หลักการโภชนาบำบัดที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน

นอกจากนี้การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปยังรวมไปถึงพฤติกรรมต่างๆที่เป็นปกตินิสัย เช่น การขับถ่าย การรักษาความสะอาดส่วนบุคคล เช่น การล้างหน้า การล้างเท้า ฯลฯ พฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความรักสะอาดและรักสวยรักงามของคนไทย เช่น การอาบน้ำชำระตัวด้วยมะขามเปียก ขมิ้น ดินสอพอง การทำความสะอาดบ้านเรือน เช่น การใช้ใบตองแห้งขัดถูพื้นเรือนจนเป็นมันเงาในสมัยก่อน เป็นต้น (ยูวดี ตปนียกร, 2522 ; เบญญา จรรยาและคณะ, 2530 ; เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2530) พฤติกรรมบางอย่างเลือนหายไปหรือถูกแทนที่ด้วยพฤติกรรม

ความเชื่อแผนใหม่ตามค่านิยมทางตะวันตกด้านพฤติกรรมบริโภคที่เข้าไปได้ง่าย และรวดเร็ว เช่น พฤติกรรมบริโภคที่ฟุ่มเฟือย กลับกลายเป็นพฤติกรรมจำเป็นในชีวิตประจำวัน ทำให้ค่านิยมของสังคมแปรเปลี่ยนไปเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมได้เกือบเบ็ดเสร็จ จึงเป็นปัญหาต่อเนื่องตลอดมา

อย่างไรก็ตาม ถ้าหากขาดปัจจัยพื้นฐาน เช่น น้ำ อาหาร และทรัพยากรอื่น ๆ การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปของคนไทยตามเจตนารมณ์ และวิญญานการพึ่งตนเองก็ค่อยๆ ลดลง เพราะไม่อาจทำให้เกิดขึ้นโดยลำพังตนเอง หรือชุมชนได้ ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้เกิด การดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพตนเองของคนไทยในมิตินี้ จึงต้องพึ่งพา กลไกของรัฐอยู่ในระดับหนึ่ง

5.3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ

การดูแลสุขภาพตนเองเริ่มตั้งแต่การปฏิสนธิ ระยะตั้งครรภ์ แรกเกิด เด็กทารก เด็กเล็ก เด็กก่อนวัยเรียน วัยศึกษาเล่าเรียน วัยผู้ใหญ่ ไปจนถึงวัยสูงอายุ จะเห็นว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจะมีน้อยในระยะแรกของชีวิต บุคคลจึงอยู่ในสภาพผู้ต้องการดูแล ความสามารถในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระดับสูงสุดที่เป็นไปได้ของแต่ละบุคคล หลังจากนั้นก็จะพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น จนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของชีวิตสังคมไทยในชนบท การดูแลสุขภาพตนเองตามการพัฒนาการ ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีการศึกษาไว้มากมาย เช่น ในระยะการตั้งครรภ์ คลอดบุตร หลังคลอด รวมทั้งในวัยเด็กเนื่องจาก สังคมไทยในสมัยโบราณ จะให้ความสนใจเรื่องการดูแลครอบครัว (มารดาและเด็ก) มาก เช่น การอยู่ไฟ เป็นเวลา 7 – 15 วัน หรือ 1 เดือน และเรื่องอาหาร อาหารแสลง หรือ ชะล่า ตามความเชื่อในสมัยโบราณ อาหารบางอย่าง สำหรับมารดาหลังคลอดรับประทานเพราะเชื่อว่าบำรุงสุขภาพหลังคลอด เป็นการขับเลือดลม ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว เช่น ยาตองสมุนไพโร ยาจีน ฯลฯ อาหารจำพวกสมุนไพโรต่างๆ ที่เชื่อว่าบำรุงน้ำนม เช่น ตำลึง หัวปลี ฯลฯ อาหารแสลงสำหรับมารดาหลังคลอดมีมากมาย ได้แก่ ปลาไม่มีเกล็ด อาหารทะเลต่างๆ เนื้อวัว ผักชะอมหน่อไม้ เป็นต้น มารดาหลังคลอดจะรับประทานข้าวกับเกลือ หรือข้าวกับหมูปิ้ง ไก่ปิ้ง ปลาปิ้งและปลาแห้ง โดยคลุกเคล้ากับเกลือก่อน และไม่รับประทานอาหารรสจัด เผ็ดร้อน เช่น ส้มตำ ลาบ ฯลฯ ด้านความเชื่อและการปฏิบัติตนระหว่างอยู่ไฟ เป็นที่ยอมรับกันว่ามีผลต่อสุขภาพอนามัย กล่าวคือเชื่อว่าอยู่ไฟหลังคลอดช่วยให้แผลฝีเย็บหลังคลอดหายเร็วขึ้น ลดโอกาสติดเชื้อจากสามีเนื่องจากการกีดกันไม่ให้สามีร่วมหลับนอนด้วยในช่วงนั้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2529) นอกจากนี้ยังพบว่า การอยู่ไฟ ไม่เพียงแต่มีผลต่อมารดาเท่านั้น หากยังมีผล ต่อทั้งครอบครัว โดยที่สามีจะมีภาระหน้าที่ในการหาเงิน

สุ่มไฟ หาสมุนไพรร เช่น ใบหนาด และอื่น ๆ สำหรับมาต้มอาบ ซึ่งจะต้องเตรียมล่วงหน้าก่อน ภรรยาคลอด และสามีจะนอนเฝ้าหน้าเตาไฟคอยสุ่มไฟ กลี๋ยให้ความร้อนกระจายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนคอยซักผ้าปูของภรรยาอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย เพราะถือเสมือนเป็นบุคคลเดียวกัน ลักษณะ การเกื้อกูลเอื้ออาทรกันเช่นนี้ทำให้ครอบครัวเข้ามาใกล้ชิดกันมากขึ้น แต่ยุคสมัยนี้กิจกรรม ดังกล่าวเปลี่ยนรูปแบบไป เนื่องจากเกิดการพึ่งพาบริการของวิชาชีพมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีด้านสภาวะการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาการเลี้ยงดูบุตรที่พบในภาคต่างๆ ของประเทศ เช่น พฤติกรรมบางอย่าง เช่น การบีบนมน้ำเหลือง (colostrum) ที่ออกในช่วง 2-3 วันแรกทิ้งก่อน ให้ทารกดูด เพราะเชื่อว่าเป็นเป็นน้ำนมที่เสีย และไม่หวาน การทำพิธีผูกข้อมือเรียกขวัญ เมื่อเด็ก ถูกทำให้ตกใจ การทวาร่างกายด้วยขมิ้นเพื่อป้องกันยุงกัด พบได้ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนกลาง เอื้อมพร ทองกระจายและคณะ, 2532) และภาคเหนือตอนบน (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, 2529) อ้างตามเอื้อมพร ทองกระจาย, 2532) รวมทั้งการให้ข้าวย่ำ แก่เด็กทารกก่อนถึง วัยอันควร เป็นพฤติกรรมที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการปฏิบัติที่เป็นข้อห้ามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในภาคอีสาน เช่น ห้ามนอนหงาย ห้ามนั่งบนบันได ลดการนอนกลางวันในเวลาใกล้คลอด (ธรา วิริยะพานิช, 2527) อธิบายข้อปฏิบัติหรือข้อห้ามเหล่านี้ว่า กระทำไปเพื่อสุขภาพอนามัยของชาวบ้าน (เพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ, 2530) ซึ่งมีผู้เฒ่าผู้แก่จะเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลเหล่านี้ให้กับลูกหลาน จากรุ่นหนึ่งสู่ รุ่นหนึ่งสืบทอดกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ ระยะเวลาที่ผ่านมา ข้อมูลบางส่วนอาจตกหล่นไป บ้าง จึงเป็นความเชื่อที่ไร้เหตุผลไม่เป็นวิทยาศาสตร์ในสายตาของคนรุ่นใหม่ทั้งที่มีการถ่ายทอดกัน มาหลายชั่วอายุคน เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่มีการพึ่งพากันเองตามระบบเครือข่ายสังคมโดยแท้จริง ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2532) มองว่าข้อห้ามหรือข้อปฏิบัติต่างๆ เช่น ในกรณีของหญิงมีครรภ์ ในลักษณะการบ่งบอกถึงสถานะพิเศษในสังคมของบุคคลนั้น ให้ดูแลตนเองอย่างพิถีพิถัน และให้ บุคคลรอบข้างดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้บุคคลนั้นได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด้นั้นเอง

5.3.3. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ

การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพเป็นมิติที่ได้รับความสนใจ และเป็นปัญหามากที่สุด จึงต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางถึงขอบเขตของมิติดังกล่าว ซึ่ง ครอบคลุมไปทุกระบบย่อยของระบบบริการสาธารณสุข และยังเป็นจุดเน้นของระบบบริการทาง การแพทย์ภาควิชาชีพ พฤติกรรมของการดูแลสุขภาพตนเองในมิตินี้เกิดขึ้นเมื่อเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ ดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย มิได้แตกต่างไปจากสังคมตะวันตก ในแง่ของการเยียวยารักษาด้วยตนเอง จากการศึกษาวิจัย

ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการรักษาเยี่ยวขาดด้วยตนเองและภายในครอบครัวมีตั้งแต่ 63 % จนถึง 93 % ของความเจ็บป่วยทั้งหมดที่เกิดขึ้น (Fry, 1973 ; Kleinman, 1980 ; พิมพัลย์ ปรีดา สวัสดิ์ และพีระ ตันติเศรณี, 2529 ; วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2531) การศึกษาของ สมทรง ณ นคร (2532) ได้จำแนกการรักษาแบบพื้นบ้าน ตามลักษณะพฤติกรรมการรักษาเมื่อเกิด อาการเจ็บป่วยออกเป็นลักษณะดังนี้

1. การดูแลรักษาด้วยสมุนไพร เช่น เมื่อเกิดอุจจาระร่วงในเด็กชาวบ้านจะใช้ผลทับทิม บั้งไฟแช่น้ำให้เด็กดื่ม ยอดใบทับทิมต้มน้ำดื่ม ยอดใบฝรั่งหรือโรคขัดเบา(กระเพาะปัสสาวะอักเสบ) จะใช้สมุนไพรชนิดต่าง ๆ เช่น หญ้าหนวดแมว หญ้าคา หัวหมู เมล็ดฝ้าย เปลือกแค แกนข้าวโพด ฯลฯ ต้มน้ำดื่ม

2. การดูแลรักษาด้วยสมุนไพรกับการนวด ส่วนใหญ่หมอจะเป็นหมอพระภิกษุ ใช้รักษาอาการอัมพาต รักษากระดูกหัก โดยการลงสัคน้ำมันหรือสมุนไพรร่วมกับการนวด

3. การดูแลรักษาโดยวิธีเป่ามนต์คาถา พฤติกรรมรักษาด้วยวิธีนี้มีให้เห็นไม่มากนัก เช่น การที่เด็กเล็กร้องกวน โดยไม่ทราบสาเหตุแต่ชาวบ้านเชื่อว่าผีมาทำ จึงต้องมีการเป่าคาถาไล่ผี ร่วมกับการทำน้ำมนต์เป่าหัวและอาบน้ำมนต์ นอกจากนี้ยังใช้รักษาอาการผีเข้าอีกด้วย

4. การดูแลรักษาโดยใช้สมุนไพรร่วมกับการเป่าคาถา โดยใช้วิธีเคี้ยวสมุนไพร หรือหมาก ท่องคาถาแล้วเป่าไปยังอวัยวะที่ผิดปกติหรือเจ็บปวด หรืออาจใช้วิธีพอกด้วยสมุนไพรร่วมกับอาหารแสลง ซึ่งการเป่าชาวบ้านเชื่อว่าเป็นการไล่พิษออกจากร่างกาย ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด และพิษสุราเรื้อรัง

5. การดูแลรักษาด้วยวิธีทำสมาธิ และ/หรือ ติดต่อกับอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การนั่งสมาธิเพื่อหาสาเหตุของโรคที่เกิดจากสิ่งใด นอกจากนี้ยังมีอาการเจ็บป่วยที่ดูแลรักษาด้วยการทำสมาธิ เช่น อาการเสียเส้น คือการเกิดโรคจิตประสาทคลุ้มคลั่ง และอาการอัมพฤกษ์ แต่อาการอัมพฤกษ์มักใช้วิธีการนวด

6. การดูแลรักษาด้วยหมอพื้นบ้านอื่นๆ เช่น การเกิดเหตุร้ายหรือไม่ดีซ้ำซ้อนกันตลอด ชาวบ้านก็จะมีพิธีสะเดาะเคราะห์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเวลาที่เจ็บป่วยของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน พบว่ามีรูปแบบการรักษาเยี่ยวขาดออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรุณญา ปุณณัน, 2530)

1. ระดับครอบครัว เป็นพฤติกรรมการรักษาเยียวยาที่พ่อบ้านและแม่บ้านปรึกษาและตัดสินใจร่วมกัน ส่วนใหญ่จะเลือกซื้อยากินเองตามร้านค้า และการดูแลตนเอง เช่น เช็ดตัว เช็ดหน้า และ นอนพักผ่อน เป็นต้น

2. ในระดับเครือญาติ เป็นพฤติกรรมการรักษาเยียวยา ตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ได้แก่ พ่อใหญ่ แม่ใหญ่ ย่า ยาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีที่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้เฒ่าผู้แก่ และปฏิบัติตามกันมา เช่น ยาสมุนไพร การเป่า การใช้ยากกลางบ้าน เป็นต้น

3. ในระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระบบเครือข่ายชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันสูง พฤติกรรมการรักษาเยียวยาจะเป็นการดูแลรักษาตนเองโดยพึ่งหมอฟันบ้าน เช่น การเป่า การใช้ยาสมุนไพร ตลอดจนการให้หมอดู ทายเหตุการณ์ว่าจะหายจากการเจ็บป่วยหรือไม่

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมรักษาตนเองด้วยการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายที่สุด ซึ่งลักษณะการสืบทอดและปลูกฝังอยากให้คนไทยในสมัยก่อนรักษาตนเองโดยใช้ยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร (พิมพ์วัลย์ บริดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) จนกระทั่งต่อมา มีการจำหน่ายยาตำราหลวง หลังจากการมีแพทย์แผนปัจจุบันและโรงพยาบาลเกิดขึ้น (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2528) โดยเน้นการจัดยาตามอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และปวดท้อง ในลักษณะของยาบรรจุเสร็จเป็นหีบห่อ ฯลฯ การปลูกฝังใช้ยาดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุให้คนไทยนิยมใช้ยารักษาตนเองเมื่อเกิดเจ็บป่วย และยังพบว่าลักษณะการดูแลรักษา เช่น หมอตำรายา การขอขมาต่อสิ่งต่างๆ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามความเชื่อ ชาวบ้านในสมัยโบราณเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการหลบหลู่หรือล่วงละเมิด ต่อผู้ใหญ่หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพบูชาของหมู่บ้านจะต้องไปขอขมาหรือบอกกล่าวเมื่อจะกระทำกิจกรรมใดๆ เช่น การพาสมาชิกใหม่ มีเด็กเกิดใหม่ ลูกสะใภ้ ลูกเขย หรือ คนแปลกหน้ามาพักอาศัยในหมู่บ้าน เจ้าของบ้านจะต้องจุดธูปเพื่อบอกกล่าวเจ้าที่เจ้าทาง เพื่อฝากเนื้อฝากตัวให้ดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลรักษาดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดมาจากปู่ตายาย พ่อแม่ หรือบุคคลอื่นๆ ความเชื่อเหล่านี้เป็นลักษณะหรือระเบียบวิธีทางสังคมที่ทำให้เกิดการยอมรับกันมาตลอด การดูแลรักษาแบบพื้นบ้าน ที่มีผลกับผู้ป่วยในเชิงจิตบำบัด ในหมู่บ้านชุมชนก็มีอย่างเช่น การรำผีฟ้า ไม่ใช่เรื่องที่ทำกันระหว่างหมอผีฟ้ากับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นพิธีกรรมที่ญาติพี่น้องคนในหมู่บ้านต้องมาร่วมชุมนุมกัน การรำก็ต้องมีลูกทิม ทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ มีที่พักพิง ประคับประคองทางใจเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกว่ามีค่าและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งครอบคลุม ทั้งการรักษาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผิดกับการได้รับการบำบัดรักษาจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จะไม่มีการพักพิงทางจิตใจ

ให้ระบายนความเครียด หรือมีก็น้อยมากอย่างไรก็ตามการรักษาแบบพื้นบ้านหรือแผนโบราณ บางประการก็มีจุดบอดเช่นกัน คือการเชื่อมโยงเข้ากับความเชื่อทางไสยศาสตร์ ทำให้เกิดคำครหา นินทาว่างมงายไร้เหตุผล แต่ถ้ามองอย่างลึกซึ้งแล้วถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมเชิงจิตวิทยาที่ได้สั่งสม มาช้านาน อย่างเช่น การเป่ามนต์คาถาเป็นการบำบัดทางกายบำบัดและจิตบำบัดไปพร้อมๆกัน การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อนบ้าน ถือเป็นการบำบัดทางสังคม กลวิธีการรักษาดังกล่าว ถือได้ ว่าเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งต่างจากขบวนการบำบัดรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งดูแล ผู้ป่วยทีละเรื่อง ทีละคน ที่มุ่งเน้นสนใจอวัยวะทีละส่วน เช่น ถ้ามีปัญหาเรื่องสุขภาพจิต ก็ต้องไป หาจิตแพทย์ เป็นต้น

เราจะปฏิเสธไม่ได้ว่า การดูแลรักษาตนเองนั้นเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วย ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ในทุกชุมชนสังคม แต่รูปแบบการดูแลแตกต่างกัน ในแต่ละ ชุมชนสังคม การศึกษาวิจัยก็คือ ประชากรไทยดูแลสุขภาพตนเองในมิติของการรักษา ตนเองเมื่อ เจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงประสบการณ์การเยียวยารักษาโรคที่มี อยู่ในชุมชน โดยต้องเข้าใจถึงวิถี ทัศนคติ และความรู้สึกนึกคิดของชุมชนเกี่ยวกับโรคหรือความ เจ็บป่วยต่างๆ ตลอดจนวิธีรักษาโรคที่มีหลากหลายในชุมชน จากการศึกษาข้อมูลการบันทึกกรณี เจ็บป่วยในชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการรวบรวมกระบวนการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละ ครั้งซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้เราได้ความหลากหลายของการเยียวยารักษาโรคในชุมชนดังภาพ ประกอบ 4

ภาพประกอบ 4 เส้นทางการรักษาความเจ็บป่วย

กรณีตัวอย่าง เด็กชายอายุ 12 ปี มีฐานะอยู่ชั้นปานกลางค่อนข้างจน สถานภาพในครอบครัวเป็นหลาน อาการเจ็บป่วย จุกเสียด ถ่ายท้อง “ ลมพันทิ้งได้ ”

อาการ	ผู้ประเมิน	โรค	สาเหตุ	แหล่งรักษา	เหตุผลที่ไป	การประเมิน	ค่าใช้จ่าย/บาท
จุกเสียด	ยาย	ปวดท้อง	กินของผิด	ซื้อยาขับลม	คิดว่ามีลมในกระเพาะ มากและเห็นเขากินแล้วหาย	กินยาหมด 1 ขวด อาการยังจุกอยู่	10
จุกเสียด	หลานสะใภ้	ท้องอืด	กินของผิด	ซื้อยาธาตุ น้ำขาว	ยำน้ำแก้ท้องอืด	กินยาหมด 1 ขวด ยังไม่หาย	10
อาเจียน ถ่าย	ยาย	ท้องเสีย	กินของผิด	ยาทมิฬ+น้ำปลา	เคยกินหาย	ไม่ดีขึ้น	1
อาเจียน ถ่าย	หลานสะใภ้	ท้องเสีย	กินของผิด	ซื้อยา อีเหลือง น้อยควบยาดอง เหล้าตราช้างसार	เพื่อนบ้านแนะนำ	กินยาหมด 1 เม็ด หยุดถ่ายแต่ยังมี อาการจุกเสียด	2
จุกมากขึ้น		ปวดท้อง	ไม่ทราบ	สถานีอนามัย	อาการหนัก อาการไม่ดีขึ้น	กินยาไป 2 ครั้ง	40
ยังจุกเสียด เหมือนเดิม	ยาย	ไม่ทราบ	ไม่ทราบ	หมอน้ำมนต์	เพื่อนบ้าน ชักชวน	เป็นลมพันทิ้ง กิน น้ำมนต์ อาการค่อยๆ ดีขึ้น	11

(ดัดแปลงจาก พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ, 2533 . ในลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2523 บรรณานุกรม.ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง . ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 203)

ที่มา : โกมาตร และคณะ 2545

6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเป็นศาสตร์ที่มุ่งอธิบายเฉพาะปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นประสบการณ์ชีวิต เมอส์ลู - พอนตี (Merleau – Ponty, 1962) และ เฮอเบิร์ต สเปียร์เงิลเบิร์ก (Herbert Spiegelberg, 1975) ให้คำจำกัดความว่า เป็นปรัชญาที่มีจุดมุ่งหมาย เริ่มต้นในการค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ จากประสบการณ์โดยตรง โดยไม่ใช้ทฤษฎีเป็นตัวอธิบาย และไม่ต้องมีการทดสอบ เพื่อที่จะได้ความรู้ขึ้นมาก่อนที่จะเชื่อมกันโดยทั่วไป เป็นประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่แสดงออกของแต่ละบุคคลที่เป็นความจริงในชีวิตของเขา ยิ่งไปกว่านั้นประสบการณ์ของชีวิตนี้ยังให้ความหมายของแต่ละคนที่มีการรับรู้ต่างกันของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ที่มีอิทธิพลกับทุกสิ่งทุกอย่างทั้งภายในและภายนอกบุคคล การรับรู้เป็นสิ่งสำคัญในปรัชญาและวิธีการของปรากฏการณ์วิทยา เมอส์ลู - พอนตี (Merleau – Ponty, 1956) อธิบายว่าการรับรู้ที่เกิดจากภายในเกิดขึ้นไม่ได้ หากปราศจากการรับรู้จากภายนอก หมายถึงว่า มนุษย์โลกมีความเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์มีปฏิสัมพันธ์กับการรับรู้ของคนและเป็นแนวทางที่จะรับรู้ความเป็นจริง เพราะฉะนั้นคนจะไม่ได้ยินเมื่อไม่มีการรับรู้จากการได้ยินหรือเชื่อ โดยปราศจากความเชื่อในสิ่งนั้น

โดยสรุป ปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นหนทางในการคิดหรือการรับรู้ โดยมีวิธีการจุดมุ่งหมายของปรากฏการณ์วิทยา คือ การอธิบายประสบการณ์ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาและวิธีการของปรากฏการณ์ เพื่อช่วยให้ได้รับรู้เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงพัฒนาทางด้านประวัติศาสตร์ความเป็นมา (Speigelberg, 1965 ; Cohen, 1987 ; Reeder, 1987)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 19 และเป็นวิธีการหนึ่งในหลายวิธีที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สchutz (Schutz, 1970) อธิบายวิถีชีวิตของมนุษย์โลกว่าเป็นประสบการณ์รวมของแต่ละคนซึ่งอยู่ในกรอบของวัตถุประสงค์ บุคคล และเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ แสดงความเกี่ยวพันของเหตุการณ์ที่ดำเนินเรื่อยไปที่เป็นจุดมุ่งหมายของชีวิต โดยมีความเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามสถานการณ์ที่ตนเองอาศัย (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2536)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาทางประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Madeleine, 1985) โดยการบรรยายและสะท้อนความคิดพิจารณาอย่างมีสติ เพื่อหาความหมายของประสบการณ์นั้น ๆ เป็นกลวิธีที่ทำให้การหาความหมายที่ต้องการศึกษามีความชัดเจน หรือแสงสว่างไม่รู้ความหมายเพื่อค้นหาสิ่งนั้นๆ หมายความว่าอย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสืบสานหาความจริงและทำความเข้าใจประสบการณ์ตามความหมายของบุคคลนั้น รวมทั้งเรื่องราวที่ปรากฏขึ้นต่อผู้ที่ทำการศึกษา และเรื่องราวที่ปรากฏถือว่าเป็นความจริงตามที่สัมผัสอยู่ในขณะนั้น (Munhall and Oiler, 1986) การวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาแสวงหาความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของบุคคล โดยไม่ใช้ทฤษฎีหรือรูปแบบใดๆ มาใช้เป็นสมมุติฐานในการบรรยายวิธีการศึกษาประสบการณ์ โดยไม่มีการตั้งสมมุติฐานหรือคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้าในการกำหนดขอบเขตของประสบการณ์ ซึ่งบุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์จะเป็นคนบอกเล่าถึงประสบการณ์ด้วยตนเอง ไม่ใช่เกิดจากการสรุปของนักวิจัยเอง (Omer, 1983) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้พัฒนาต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงยุคปัจจุบันเป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริมิวนิติกซ์(hermeneutic phenomenology) ที่ว่ามนุษย์มีความเป็นเอกภาพของตนเองทั้งความคิดและการกระทำที่แปรเปลี่ยนไป ตามสภาพแวดล้อม(<http://www.phenomenologycenter.org/phenom.htm>) ดังนั้นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการให้ความหมาย ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และความคิดที่ซ่อนเร้นอยู่ในพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งต้องมีการศึกษาเพื่อสืบสาน วิเคราะห์และแปลความหมายให้ชัดเจน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง ในการหล่อหลอมขอบเขตของอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของบุคคลที่มีสถานการณ์ที่แตกต่างกัน (Annells, 1996)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริมิวนิติกซ์ ไฮเดกเจอร์ ได้เน้นถึงแนวคิดสำคัญ 3 ประการเหล่านี้คือ 1) บุคคล 2) การเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อม และ 3) การเชื่อมโยงประสบการณ์ (Koch, 1995)

1. บุคคล หมายถึง ผู้ที่สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์ตามที่เขาได้รับมา โดยประสบการณ์ที่บรรยายออกมาจะเป็นลักษณะของความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งความหมายประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน หรืออาจเป็นจริงตามทฤษฎี เนื่องจากการแปลความหมายของปรากฏการณ์ต่างๆ ของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของบุคคลนั้น และการแปลความหมายต้องมีการเชื่อมโยง ความคิด ความรู้สึก จากประสบการณ์ในอดีต

ของตนมาสู่ปัจจุบัน และอาจมีผลส่งมาถึงความรู้สึกนึกคิดในอนาคตได้ ซึ่งผู้วิจัยต้องเข้าใจความเป็นบุคคลว่า บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่างๆ หมายถึงบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม มีการปฏิบัติ ภาษา วัฒนธรรม ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การศึกษาเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ต้องศึกษาบริบทที่บุคคลนั้นๆอาศัยอยู่ เพื่อให้เข้าใจถึงการให้คุณค่าและการให้ความหมายต่อสิ่งนั้นๆ การมีชีวิตอยู่ของบุคคล คือการแปลความหมายด้วยตนเอง ขึ้นอยู่กับภาษาและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา เพราะฉะนั้นการที่ผู้วิจัยจะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ต้องเข้าใจถึงหลักของภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลเหล่านั้นด้วย และเนื่องจากบุคคลเป็นผู้รวบรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจความหมายจากประสบการณ์ต่างๆของบุคคล จะต้องเข้าใจประสบการณ์ของการดำรงชีวิตของบุคคลที่ต้องการศึกษา และผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่ และบุคคลมีเวลาเป็นองค์ประกอบของการมีชีวิตอยู่ การที่จะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลต้องเข้าใจว่าการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันของบุคคล เป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคตต่อไปด้วย (Leonard, 1994)

2. การเกิดหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง ภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลอย่างแยกจากกันไม่ได้ โดยบุคคลจะเรียนรู้มาตั้งแต่กำเนิด (Koch, 1995)

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ หมายถึง การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลรับรู้หรือเข้าใจมาก่อนในอดีตเข้ากับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยการแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบัน และส่งผลถึงการกระทำในอนาคต นั่นคือการที่บุคคลจะกระทำความเข้าใจกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดบุคคลจะต้องมีการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลรู้จักดีหรือเรียนรู้มาก่อน

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์มิวนิติกซ์ เป็นการค้นหาคำตอบจากการให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้น จากสิ่งที่เห็นในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้การสัมภาษณ์ ซึ่งต้องทำอย่างผสมผสาน กลมกลืนระหว่างการฟังและการบรรยาย การสัมภาษณ์จะต้องพยายามค้นหาข้อมูลที่อยู่ข้างในออกมาให้ได้ ซึ่งการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ได้โดยตรง และคำถามทั่วไปมักถามว่า “อย่างไร” (how) มากกว่า “ทำไม” (why)

(Sorrell and Redmond, 1995) เพราะลักษณะคำถามดังกล่าวจะทำให้ได้รับคำตอบที่สามารถเจาะลึกถึงประสบการณ์ ร่วมกับการระดมสมองกลุ่มคน อาจจะต้องมีการกลับไปถามข้อมูลซ้ำๆ จนกว่าจะได้รับข้อมูลที่มีความหมายชัดเจนและลึกซึ้งเพียงพอ ซึ่งจะปรากฏในลักษณะของข้อมูลที่อึดอัด คือ ไม่มีประเด็นเพิ่มขึ้น หรือสาระสำคัญเพิ่มเติม และข้อมูลที่ได้รับมักมีความซ้ำซ้อน กับข้อมูลที่สัมภาษณ์ช่วงที่ผ่านมา (Streubert and Carpenter, 1995) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา นักวิจัยมีบทบาทสำคัญในการแปลความหมายของปรากฏการณ์ เพื่อแสดงความมีคุณค่าและความน่าเชื่อถือของปรากฏการณ์ นักวิจัยควรปฏิบัติดังนี้คือ ต้องทำความเข้าใจในภาษาที่พูดคุยเพื่อค้นหาประสบการณ์ของบุคคล ในการพูดคุยจะต้องให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้งที่สุด และสามารถแปลความหมายประสบการณ์ที่ได้จากการพูดคุย รวมถึงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลได้อย่างถ่องแท้ ทำการแปลความหมายสิ่งที่ได้จากการพูดคุยและสังเกตเห็นมา ให้ความหมายโดยใช้ทัศนคติของนักวิจัยในการตัดสินใจจากการแปลความหมาย กลับไปตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลว่าประสบการณ์ที่นักวิจัยแปลความหมายตรงกับผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ นักวิจัยต้องแปลความหมายให้เห็นสาระสำคัญของประสบการณ์จากข้อมูลที่ค้นพบ นำสาระทั้งหมดที่ได้มาอธิบายให้ผู้อ่านเห็นภาพของปรากฏการณ์ ภายใต้ข้อมูลจริงที่ค้นพบเขียนรายงานให้เห็นภาพรวมของเหตุการณ์ทั้งหมด โดยการอธิบายรายละเอียดตามความเป็นจริง โดยไม่มีการบิดเบือนความเป็นจริง หรือเขียนเกินความจริง (Streubert and Carpenter, 1995)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาการสร้างสัมพันธภาพถือว่ามีความจำเป็นที่จะต้องกระทำก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทปของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบรายละเอียดก่อนการเก็บข้อมูล การศึกษานำร่องก่อนทำการศึกษาจริง หรือการเก็บข้อมูลเป็นการฝึกเทคนิคและทักษะที่ต้องใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล (Streubert and Carpenter, 1995) และสามารถนำข้อบกพร่องที่ได้จากการศึกษานำร่อง ไปปรับปรุงแนวคำถามในการเก็บข้อมูลจริงครั้งต่อไป

จากแนวคิดและหลักการที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่าการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เหมาะสมกับการนำมาเป็นแนวคิดในการทำกรวิจัยเพื่อจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึง ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพภาคประชาชน อำเภอสีทิงพระ จังหวัดสงขลา เพื่อนำ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาแนวทางการบริการสาธารณสุข รูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสม การศึกษาและวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคล สำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ ในจังหวัดสงขลาต่อไป