

# บทที่ 1

## บทนำ



สตรีมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการรับผิดชอบต่อสังคม และการพัฒนาประเทศอย่างมาก กล่าวคือมีบทบาทในฐานะที่เป็นผู้ผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive Function) ให้กับครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการสร้างสมาชิกใหม่นั้นเป็นการช่วยให้สังคมดำรงอยู่และสืบต่อไปได้ ถ้าไม่มีการสร้างสมาชิกใหม่ สังคมนั้นๆ ก็จะต้องสูญหายไป (จำนงค์ อคิวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2532: 91; สุพัตรา สุภาพ, 2536: 51) บทบาทของการเป็นแม่บ้านในระดับครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมสถาบันแรกของบุคคล สตรีมีบทบาทในการช่วยกล่อมเกล่า (Socialization Function) ให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับ คุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และวัฒนธรรมประเพณีอันดีงาม เพื่อหล่อหลอมให้เด็กเติบโตเป็นพลเมืองที่ดี นอกจากนี้สังคมไทยยังคาดหวังว่าสตรีจะต้องเป็นผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้เจ็บป่วยในครอบครัว นับได้ว่าสตรีมีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของครอบครัว ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการในสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ผลักดันให้ครอบครัวมีพัฒนาการที่มั่นคง (รุจา ภูไพบูลย์, 2539: 17-21)

นอกจากนี้ปัจจุบันสตรีไทยยังต้องรับภาระในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับบุรุษ โดยสัดส่วนของครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นสตรีเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2533 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533) เป็นร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2538 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538) อีกทั้งสตรีต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว จากการศึกษาเรื่องครอบครัวไทย พบว่า สตรีประมาณร้อยละ 68.2 ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานหาเลี้ยงชีพ (ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ, 2538: 57) และการรายงานผลการสำรวจแรงงานที่วราชอาณาจักรรอบที่ 1 ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สตรีมีอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานถึงร้อยละ 65.2

ด้วยบทบาทหน้าที่ดังกล่าว สตรีที่ต้องรับภาระในการแสดงบทบาทเหล่านั้นจะสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากการมีสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นความจำเป็นของชีวิตมนุษย์ บุคคลที่มีสุขภาพอนามัยดีเป็นผู้มีความสุขในชีวิต และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม การมีสุขภาพอนามัยที่ดีบ่งถึงความสามารถในร่างกายของบุคคลในการผสมผสานการทำงานของอวัยวะภายใน

ของร่างกาย จิตใจ และสังคมเข้าด้วยกันเป็นของทั้งบุคคลและตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมโดยการรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี หากสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไม่ว่าเป็นเพียงเล็กน้อยหรือมากก็ตามย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล ส่งผลกระทบทั้ง ร่างกายและจิตใจ รวมทั้งต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายหรือแม้กระทั่งสูญเสียหน้าที่การงาน ซึ่งนอกจากจะกระทบต่อตัวสตรีเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย ดังเช่นการศึกษาของ Karasz, A., and Ouellette, S. C. (1995: 41-57) ที่ศึกษาถึงความเครียดในบทบาท และจิตใจของสตรีที่ป่วยด้วยโรค SLE (Systemic Lupus Erythematosus) พบว่า ความรุนแรงของโรคก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติบทบาทในสังคม จากการศึกษาของ Wood, N. F., and Lewis, F. M. (1995: 135-148) พบว่า มารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวในหลายด้านทั้งบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการแก้ปัญหาในครอบครัวด้วย

ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2534 พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) มีจำนวนผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจมากกว่าเพศชายในช่วงอายุเดียวกันคือ เพศหญิงมีอัตราป่วย 218.84 ต่อประชากรพันคน ในขณะที่เพศชายมีอัตราป่วย 169.36 ต่อประชากรพันคน เช่นเดียวกับการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2534-2535) โดยการสอบถามและตรวจร่างกาย พบว่า ประชากรเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ มากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงป่วยร้อยละ 45.1 สูงกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.2 ต่อ 1 (กระทรวงสาธารณสุข, 2535: 37) และการศึกษาของ Aquino, E. M. et al. (1992: 195-202) ที่พบว่า สตรีในประเทศ บราซิลมีภาวะการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ อยู่ในวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากสรีระในช่องท้อง ได้แก่ มดลูก รังไข่ และช่องคลอด เช่น การเป็นโรคปีกมดลูกอักเสบ มดลูกอักเสบ ช่องคลอดอักเสบซึ่งอาจลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ โรคที่พบได้บ่อยอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ก้อนเนื้องอก ทั้งที่มดลูกและรังไข่ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2533: 25-28)

การศึกษาด้านสตรีศึกษา พบว่า ตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์ของสตรี อันเริ่มตั้งแต่มีระดูไปจนถึงหมดระดู สุขภาพของสตรีที่สมรสส่วนหนึ่งต้องเสี่ยงต่อผลที่เกิดจากการใช้ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะสตรีไทยที่เลือกการใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิดนับตั้งแต่มีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ นั้นหมายถึงในช่วงวัยเจริญพันธุ์คนกลุ่มนี้ได้รับฮอร์โมนมาเป็นระยะเวลาอันระดับหนึ่ง ความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งจากการได้รับฮอร์โมนที่ยาวนานน่าจะมีผลต่อ

สุขภาพ (อรอนงค์ คิเรกนุชราคม, 2539: 37-44) นอกจากนี้สตรียังมีความเสี่ยงสูงต่อการบริโภคยาที่ไม่จำเป็นจากการตั้งครรภ์ การคลอด การยุติการตั้งครรภ์ รวมทั้งการแก้ปัญหาการไม่มีบุตร และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องสตรีครั้งที่ 4 ณ กรุงปักกิ่ง ระหว่างวันที่ 4-15 กันยายน 2538 พบว่าสตรีมีความเสี่ยงเป็นพิเศษเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพบางเรื่อง เช่น โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการให้กำเนิดบุตร เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตาย และภาวะการเจ็บป่วยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศกำลังพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ: 2538) และ จากรายงานการศึกษาความเครียดที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร พบว่า ร้อยละ 45.5 ของสตรีไทยมีระดับความเครียดตลอดระยะเวลา 30 ปีของวัยเจริญพันธุ์ หรือสตรีไทยมีภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรประมาณ 14 ปี (คุณฉวี สุทธิปริยาศรี, 2536: 54)

นอกจากความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากสรีระแล้ว สตรีวัยเจริญพันธุ์ยังต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ปัญหาสุขภาพจิตจากการที่ชุมชนกลายเป็นสังคมเมืองทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ต้องประสบกับสภาวะตึงเครียดในการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อการดำรงชีพ และความวิตกกังวลจากความผันผวนที่เกิดขึ้นเสมอ การศึกษาสุขภาพจิตของสตรีระดับผู้บริหาร โดยอุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์ (2540: 16) พบว่า สตรีที่ทำงานระดับผู้บริหารจะประสบปัญหามากที่สุดในเรื่องของความหงุดหงิดหรือมีอาการฉุนเฉียว (ประมาณร้อยละ 80) รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหารและอาการนอนไม่ค่อยหลับ

นอกจากนี้สตรียังต้องประสบกับโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น จากการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา (2532 : 63-89) ในเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยของแรงงานสตรีในอุตสาหกรรมสิ่งทอ พบว่า ในช่วง 3 ปีก่อนการสำรวจ ร้อยละ 17.4 ของสตรีที่ตกเป็นตัวอย่าง มีอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการไอ จาม มีเสมหะมาก หลังตื่นนอน เป็นเวลาติดต่อกันนาน 3 เดือน ซึ่งเป็นอาการเบื้องต้นของโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และในช่วงสำรวจ สตรีร้อยละ 18.5 ตอบว่าอาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ค่อนข้างรุนแรงเพิ่มมากขึ้น คือ มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดังหวิดๆ ขณะเดินหรือทำงานเบาๆ

การศึกษาของ สุวรรณมา เอื้อจรรุพร (2540: 5-14) เกี่ยวกับความชุกของอาการปวดในผู้ทำงานอาชีพลักษณะยืนเป็นเวลานาน ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 15 - 30 ปี ซึ่งทำงานใน

ลักษณะขึ้นเป็นเวลานาน 5-12 ชั่วโมงต่อวัน พบว่า ร้อยละ 93 มีอาการปวดในส่วนของร่างกาย บริเวณใดบริเวณหนึ่ง

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับสตรีไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับบทบาทและสถานภาพสตรี มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีอยู่บ้างก็จะเป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีที่ทำงานในเชิงเศรษฐกิจ ดังนั้น จึงขาดข้อมูลการเจ็บป่วยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาพรวม และจากการกำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ประกอบกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชากรไทย คือ คนทุกคนต้องได้รับการพัฒนาตามศักยภาพอย่างเต็มที่ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้เป็นคนดี มีคุณธรรม มีสุขภาพอนามัยที่ดี ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพและพลานามัย โดยการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการทางด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่มีอยู่ เมื่อสตรีวัยเจริญพันธุ์มีสุขภาพอนามัยดี ก็จะสามารถดูแลสุขภาพในครอบครัว ให้มีสุขภาพดีตามไปด้วย

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม-อนามัย ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ในรอบ 2 สัปดาห์ และ 12 เดือนก่อนการสำรวจ
2. เพื่อศึกษาถึงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม-อนามัย ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ
3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรค-ติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

## แนวความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

สุขภาพอนามัย (Health) หมายถึงความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (WHO: 1978) ภาวะสุขภาพอนามัยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและมีความต่อเนื่องกันระหว่างสุขภาพดีและการเจ็บป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม

การเจ็บป่วย (Illness) มีผู้ให้คำนิยามไว้ต่างๆ กัน คือ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2524 “การเจ็บป่วย” หมายถึง รู้สึกไม่สบาย เพราะโรคหรือความไข้หรือเหตุอื่นที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538: 238)

“การเจ็บป่วย” หมายถึง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของบุคคล อาจเกิดจากการที่บุคคลได้รับเชื้อโรค หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย (Taylor, C. et al., 1993: 21-28)

“การเจ็บป่วย” หมายถึง ภาวะที่ร่างกายขาดสมดุลไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น การได้รับอุบัติเหตุ สารพิษ ได้รับเชื้อโรค ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ซึ่งทำให้โครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และเมื่อเกิดความไม่สมดุลหรือความเจ็บป่วยขึ้นในองค์ประกอบใดก็ตามก็จะส่งผลกระทบต่อคนทั้งร่างกาย และจิตใจ (ศิริพร ขัมภลิจิต, 2539: 12-13)

“การเจ็บป่วย” หมายถึง ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี การเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้แต่อาจมีสาเหตุเริ่มจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ (สุปानी เสนาคิสัย, 2539: 24-26)

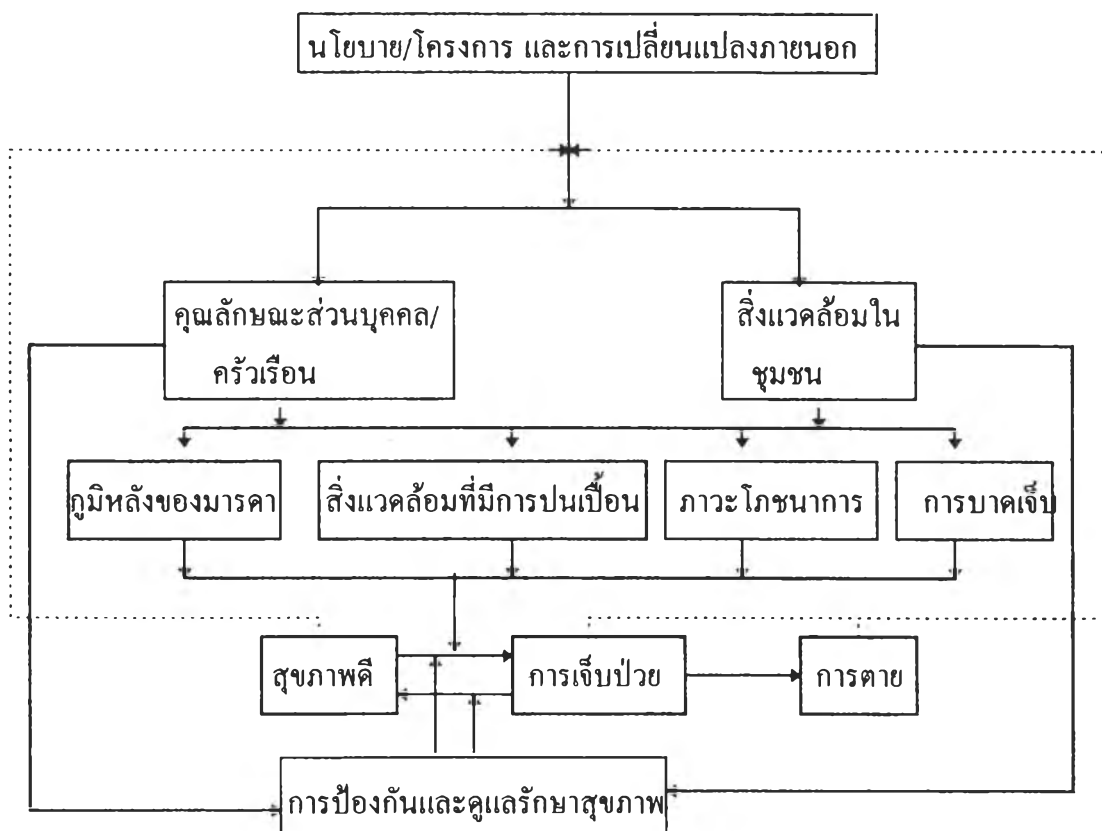
“การเจ็บป่วย” ทางด้านการแพทย์หมายถึง สภาพร่างกายซึ่งมีพยาธิสภาพหรืออาการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายของสภาวะนี้ว่าเป็นโรค “Disease” (Taylor, C. et al., 1993: 21-28) เช่นเดียวกับ Cassell, E. J. (1976: 47-83) ที่กล่าวว่าโรค หมายถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายในขณะที่การเจ็บป่วยหมายถึงความรู้สึกผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ในความหมายอีกด้านหนึ่ง “การเจ็บป่วย” มีความหมายทางด้านสังคม Parsons, T. (1951, cited in Frank, A.W., 1991: 205) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมมิใช่ปรากฏการณ์ทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว และเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน (Norm) คือการที่บุคคลไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ซึ่งบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในกระบวนการทางสังคม

สำหรับ มัลลิกา มัติโก (2530: 12) ให้ความหมายของ “ความเจ็บป่วย” หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตัวเอง หรือครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม นอกจากนี้บุคคลจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป คำว่า “การเจ็บป่วย” หมายถึง ภาวะที่ร่างกายขาดสมดุลทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของบุคคลอาจเกิดจากการที่บุคคลเกิดโรค หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย

#### แผนภูมิที่ 1 แนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย



แหล่งที่มา: Herrin, A. N. (1988: 199)

Mosley, W. H., and Chen, L. C. (1984; cited in Herrin, A.N., 1988: 202-204) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดใกล้ชิด (Proximate Determinant) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม การเปลี่ยนแปลงภายนอก (Exogeneous Changes) รวมทั้งนโยบาย และโครงการต่างๆ กล่าวคือ

#### ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดใกล้ชิด ได้แก่

1. ภูมิหลังของมารดา ซึ่งจะส่งผลต่อทั้งตัวมารดา และเด็กที่เกิดมา เช่น อายุเมื่อตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการเว้นระยะการมีบุตร เป็นต้น
2. สิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อน อันจะก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศ น้ำ หรือเชื้อโรคต่างๆ เป็นต้น
3. ภาวะโภชนาการ
4. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ
5. การดูแลสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันและการรักษาโรค

#### ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ได้แก่

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา ความเชื่อ และทัศนคติ
2. (คุณ)ลักษณะของครัวเรือน ได้แก่ รายได้ องค์ประกอบทางด้านอายุ เพศ ของสมาชิกในครัวเรือน
3. สิ่งแวดล้อมในชุมชน ได้แก่ โครงสร้างทางประชากร สังคม และองค์กรต่างๆ รวมทั้งระบบเศรษฐกิจ อันได้แก่ การตลาด ราคาสินค้า รวมถึงแรงงานในชุมชน และสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชน

การเปลี่ยนแปลงภายนอก หมายถึง การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งนโยบาย และโครงการต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของประชากรในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่ามีสถิติทางด้านสาธารณสุข บทความทางวิชาการ และงานวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนแนวคิดของ Mosley, W. H., and Chen, L. C. เช่น

จากสถิติสาธารณสุขตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรกของมารดาไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ได้แก่ การคลอดติดขัด เลือดออกขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การแท้ง และภาวะพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น และจากการศึกษาสภาวะสุขภาพของ

คนงานก่อสร้างสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร ของพวงเพ็ญ ชูณหปราณ และคณะ (2538: 29) พบว่า คนงานที่มีบุตรน้อยมีสุขภาพดีกว่าคนงานที่มีบุตรมาก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร น้ำ และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ จากการศึกษาของ วัน คุชิตา (2529: ง-จ) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมเกือบทุกปัจจัยมีผลต่อภาวะการเจ็บป่วย กล่าวคือ การใช้ส้วม พบว่าครัวเรือนที่ใช้ส้วมไม่ถูกสุขอนามัยใช้จะมีผู้ป่วยในครัวเรือนโดยเฉพาะการป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารมากที่สุด และน้ำดื่ม น้ำใช้ ก็มีผลต่อการเจ็บป่วยของประชาชน คือการที่ครัวเรือนใช้น้ำดื่ม น้ำใช้ที่ไม่สะอาด จะทำให้สมาชิกในครัวเรือนเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิทักษ์ เอ็มสวัสดิ์ (2537: 165) ที่พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่เกิดจากต้องอาศัยอยู่ในสภาพสุขาภิบาลที่ไม่ดีทั้งในบริเวณที่ทำงานก่อสร้างและที่พักอาศัย เช่นไม่มีการกำจัดขยะ น้ำเสีย และร้านอาหารไม่สะอาด เป็นต้น จากการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกย์ และสุรีย์พร พันพึ้ง (2532: 305-326) พบว่า การปรับปรุงสภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ การใช้ส้วม การกำจัดมูลสัตว์ และการกำจัดน้ำโสโครก มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะโภชนาการ อาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี การที่ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณค่าได้สัดส่วนและถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้วย่อมจะช่วยส่งเสริมความเจริญเติบโต ช่วยซ่อมแซมร่างกายส่วนที่สึกหรอและให้พลังงานแก่ร่างกายและกระตุ้นให้ร่างกายทำงานเป็นปกติและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การบริโภคอาหารบางประเภทก่อให้เกิดโรคขึ้นได้ เช่น การบริโภคอาหารไขมันชนิดไม่อิ่มตัว (Unsaturated Fats) ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจาก ไขมัน เนื้อ ในปริมาณมากเกินไปจะมีผลทำให้ไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol) มีปริมาณสูงไปเกาะอยู่ตามบริเวณของหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคผนังหลอดเลือดแดงแข็งได้ (ประวิทย์ สุนทรสินะ, 2531: 50) และ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ทำให้สตรีที่เคยทำหน้าที่แม่บ้านประกอบอาหารให้ครอบครัวต้องออกทำงานนอกบ้าน เพื่อช่วยเศรษฐกิจหรือกิจการของครอบครัว การใช้ชีวิตประจำวันต้องเร่งรีบมากขึ้น โอกาสประกอบอาหารรับประทานสำหรับครอบครัวน้อยลง ประกอบกับได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมอาหารของชาวตะวันตก เช่น อาหารจำพวกจานด่วน (Fast Food) ลักษณะการบริโภคจึงเปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนของปริมาณสารอาหาร ที่ได้รับจะมีไขมันมากขึ้น โดยเฉพาะไขมันไม่อิ่มตัว นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับเรื่องความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร เนื่องจากชีวิตที่ต้องรีบเร่งต้องพึ่งอาหารนอกบ้าน อาหารสูงทำให้ประชาชนทั่วไปต้องเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค สารพิษจากเชื้อรา สีสผสมอาหาร ยาฆ่าแมลง ฯลฯ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคมีอาการเจ็บป่วยได้ (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2536: 278)



การศึกษาของ พิทักษ์ เอ็มสวัสดิ์ (2537: 166) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประเภทของการจ้างงาน รายได้ต่อเดือน และการพักผ่อนไม่เพียงพอ

นอกจากแนวคิดการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยของ Mosley, W. H., and Chen, L. C. ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษายังได้นำแนวคิดทางด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรค มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยซึ่งจะช่วยให้การศึกษาชัดเจนยิ่งขึ้น

### แนวความคิดทางด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรค

ในการดำเนินงานทางด้านระบาดวิทยาโดยกองระบาดวิทยา (2536: 9-11) และ Lilienfel, A. M. (1980: 3) รวมทั้ง Valanis, B. (1992: 19-22) ได้ระบุไว้ว่า โรคภัยไข้เจ็บนั้นเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบสามส่วน คือ

**สังขารเรือนร่างหรือมนุษย์ (Host)** หมายถึงสภาพร่างกายที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดพยาธิสภาพขึ้นหลังจากที่ได้รับตัวก่อโรค

**ตัวก่อโรค (Agent)** หมายถึงสิ่งที่เป็นต้นเหตุทำให้เกิดโรคอาจเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ ทั้งนี้ได้แก่

1. ตัวก่อโรคทางฟิสิกส์ ได้แก่ แสง เสียง ความร้อน ความเย็น รังสี เป็นต้น
2. สารเคมีที่ก่อโรค
  - 2.1 สารเคมีภายนอกในร่างกาย ได้แก่ สารพิษ สารภูมิแพ้ เป็นต้น
  - 2.2 สารเคมีภายในร่างกาย ได้แก่ ของเสียพวกไนโตรเจน บิลิรูบิน เป็นต้น
3. ตัวเชื้อโรค ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย พาราสิต เป็นต้น
4. อื่นๆ ได้แก่ จิตใจ อารมณ์ พันธุกรรม เป็นต้น

**สิ่งแวดล้อม (Environment)** หมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์และส่งผลต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์ อาจเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ แต่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ ลักษณะภูมิอากาศ เป็นต้น
2. สิ่งแวดล้อมทางเคมี ได้แก่ สารเคมีที่มีอยู่ในดิน น้ำ และอากาศ

3. สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การกระจายของชุมชน หรือลักษณะชุมชน รายได้ อาชีพ ขนบธรรมเนียม ประเพณี การคมนาคม สถานบริการสาธารณสุข และโรงงานต่างๆ เป็นต้น

องค์ประกอบของการเกิดโรคทั้งสาม อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นตัวแปรขององค์ประกอบนั้น ๆ ซึ่งได้แก่

1. ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host Factor) ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางพฤติกรรม ซึ่งได้แก่

#### 1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

- ความต้านทานทั่วไปโดยธรรมชาติ เช่น ผิวหนัง น้ำลาย ซึ่งคุณภาพอาจเปลี่ยนแปลงตาม อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาพอนามัยทั่วไปของบุคคล
- ภูมิคุ้มกันจำเพาะ
- ภูมิคุ้มกันที่ได้มาโดยธรรมชาติ จากการที่ร่างกายสร้างขึ้นเองภายหลังการติดเชื้อในธรรมชาติ หรือกรณีเด็กแรกคลอดได้รับภูมิคุ้มกันบางอย่างจากแม่ผ่านทางรก
- ภูมิคุ้มกันที่ได้โดยการทำเทียม จากการที่ร่างกายสร้างขึ้นเอง ภายหลังการกระตุ้นจากการติดเชื้อที่ทำเทียมขึ้น หรือร่างกายที่ได้รับภูมิคุ้มกันที่ทำเทียมสำเร็จมาแล้วเข้าไปโดยตรง

1.2 ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น การใช้น้ำ การถ่ายและการกำจัดอุจจาระ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล อาชีพ สุขวิทยาของบ้านเรือน สันทนาการ และพฤติกรรมอื่นๆ

2. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวก่อโรค (Agent Factor) ได้แก่

- ปริมาณของตัวก่อโรค
- ความรุนแรงของตัวก่อโรค
- ระยะเวลาที่มนุษย์สัมผัสกับตัวก่อโรค
- ช่องทางที่ตัวก่อโรคเข้าสู่ร่างกายมนุษย์

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Factor) ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศตามฤดูกาล ภูมิประเทศ ภัยธรรมชาติ
- การเปลี่ยนแปลงสภาพมลภาวะ
- การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศน์วิทยา
- การกระจายและการเคลื่อนย้ายของประชากร

ในธรรมชาติองค์ประกอบทั้งสามส่วนนี้ มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่คงที่เป็นรูปแบบเดิมเสมอไป มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic Process) ตามเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บขึ้น ซึ่งในภาวะปกติองค์ประกอบทั้งสามนี้จะอยู่ในภาวะสมดุล หากเกิดความไม่สมดุลขึ้นจะทำให้เกิดโรคหรือมีการระบาดของโรคภัยไข้เจ็บได้ในชุมชน

### แนวความคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เนื่องจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีความต่อเนื่องกัน การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วย และการมีสุขภาพดีนั้นบางครั้งไม่เด่นชัด ยกเว้นในรายที่เจ็บป่วยมาก ๆ มีอาการรุนแรง แต่ในรายที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงสุขภาพปกตินั้นก็มักจะบอกได้ยากขึ้นอยู่กับการรับรู้และทัศนคติของบุคคลในภาวะการมีนั้น อาจกล่าวได้ว่าคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นคนที่เริ่มมีปัญหในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นบางช่วงเวลา และหากคนนั้นมีปัญหาในการปรับตัวมากขึ้นและเป็นตลอดเวลา ทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นซึ่งจะต้องได้รับการดูแลรักษาให้ทันท่วงที มิเช่นนั้นอาจถึงแก่ความตายได้ แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่อาจกลับไปสู่ภาวะสุขภาพปกติหรือดีได้ (สุปานี เสนาดีสัย, 2539: 24-25)

ในทางระบาดวิทยา “ความรุนแรงของการเจ็บป่วย” หมายถึง ความสามารถของจุลชีพในการทำให้เกิดโรคที่มีอาการมากหรือตายมาก เช่น โรคกลัวน้ำ (Rabies) ทำให้อัตราผู้ป่วยตายสูงถึงร้อยละ 100 ส่วนโรคเรื้อนทำให้มีความพิการของโรคสูงแต่ตายน้อย สำหรับโรคหัดมีความรุนแรงต่ำ (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2524: 163)

(Prasartkul, P. et al., 1988: 27) “ความรุนแรงของการเจ็บป่วย” หมายถึงระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้รับรู้ในอาการของตนว่ามีความรุนแรงระดับใด

### การรับรู้ในระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Severity)

การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตใจซึ่งมีความใส่ใจในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมโดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกายส่งผลให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพหมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกต่อสภาพการทำงานของสุขภาพร่างกาย จิตใจ โดยรวมแล้วจึงตัดสินใจว่าภาวะสุขภาพของตนในปัจจุบันเป็นอย่างไร

สุปราณี เสนาคิสัย (2539: 24-26) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว ชุมชน และสังคมที่บุคคลนั้นอยู่ โดยที่ กำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. ภาวะพัฒนาการ ความสามารถในการรับรู้ โนทัศน์ของภาวะสุขภาพเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับอายุ เช่นเด็กมักจะรับรู้ว่าคุณภาพดีเมื่อสามารถวิ่งเล่นได้สนุกสนาน
2. สังคมและวัฒนธรรม แต่ละสังคมและวัฒนธรรมจะมีความคิดเกี่ยวกับสุขภาพตามความเชื่อของตนและมักถ่ายทอดไปยังลูกหลาน
3. ประสบการณ์ในอดีต บางคนคิดว่าความเจ็บปวดหรือความผิดปกติที่ประสบอยู่เป็นภาวะปกติเพราะเคยมีประสบการณ์มาแล้ว หรือเป็นบ่อยๆ จนกระทั่งยอมรับว่าเป็นสิ่งปกติสำหรับตัวเอง
4. ความคาดหวังของแต่ละบุคคล บางคนคาดหวังว่าการมีสุขภาพดีจะต้องสามารถทำหน้าที่ในระดับสูงสุดได้ตลอดเวลาทั้งด้านร่างกายและจิตใจถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ถือว่าเจ็บป่วย
5. การยอมรับของแต่ละบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความภาคภูมิใจ ภาพลักษณ์ ความต้องการ บทบาท และความสามารถของตนเอง ถ้ามีสิ่งมาคุกคามหรือคิดว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามสิ่งดังกล่าวข้างต้นคนจะรู้สึกวิตกกังวลและประเมินภาวะสุขภาพของตนเองใหม่

นักสังคมวิทยา และนักมานุษยวิทยา กล่าวว่า สุขภาพ และความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับสังคม ฉะนั้นการดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม (มัลลิกา มัติโก, 2530: 4-5)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 93-97) กล่าวว่า “สุขภาพด้านสังคม” เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งซึ่งแสดงถึงสถานะทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งการวัดสุขภาพด้านสังคมจะรวมแนวคิดหลักทางด้านสภาวะความสมบูรณ์ (Well Being) การปรับตัว (Adjustment) การปฏิบัติ (Performance) หรือการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม (Social Function) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีบทบาททางสังคม ในส่วนของการปฏิบัติหน้าที่ในสังคมนั้น หากบุคคลใดไม่สามารถปฏิบัติตนไปในทางที่สังคมนั้นถือว่าปกติ ก็จะถูกล่าว่าเป็นผู้ที่ขาดความสามารถทางสังคม (Social Disabled)

ถึงแม้ว่าสังคมจะเป็นผู้กำหนดบทบาทความเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วย แต่ เมื่อกล่าวถึงระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยและแพทย์เท่านั้นที่จะมีบทบาทในการรับรู้ว่าคุณภาพเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยและแพทย์ต่างก็มีวิธีการประเมินระดับความรุนแรง

ของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนก็จะทำให้การกำหนดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยต่างกัน และมีการตอบสนองความรุนแรงนั้นต่างกัน เป็นต้นว่า เนื่องมาจากอาการที่บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องของ ระดับความอดทนต่อการเจ็บป่วย ภาวะเศรษฐกิจ บุคลิกภาพ รวมทั้งความแตกต่างของการแสดงออกเนื่องมาจากวัฒนธรรม ดังนั้น การเจ็บป่วยจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้มีอิทธิพลมาจากกลุ่มบุคคลอ้างอิง และบรรทัดฐานของสังคม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534: 74-75) เช่นเดียวกับ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540: 65) ที่กล่าวว่า คนจะบอกว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีจากความรู้สึกที่ตนเอง (Subjective Feelings) ซึ่งจะสอดคล้องกับปรัชญาของประเพณี วัฒนธรรม มากกว่าความสอดคล้องของอาการไม่สบายที่ได้จากการวัดอย่างเป็นปรนัย หรือที่เรียกว่าเป็นโรค (Objective Measurable)

Becker, M. H. (1974: 206) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สามารถกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยได้คือ

1. การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรค (Perceived Susceptibility) ในพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้น กระบวนการรับรู้ในขั้นแรกผู้ป่วยจะพยายามศึกษาว่า การวินิจฉัยนั้นมีความน่าเชื่อถือเพียงใด บางคนอาจจะปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการวินิจฉัยนั้น ต่อมาเมื่อมีการยอมรับภาวะการเจ็บป่วยนั้น ก็จะมีการคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อโรค หรือการกลับเป็นอีก และสุดท้ายจะยอมรับโดยใช้ความรู้สึกในเชิงอัตวิสัยว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆได้ ดังเช่นการศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535: 74) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อในด้านการรับรู้กับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Severity) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่าถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคแต่การสนองตอบต่อการรับรู้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้น มีอันตรายต่ออวัยวะหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การตอบสนองนั้นก็คือการรับรู้ในระดับความรุนแรงของโรคซึ่งจะใช้ความรู้สึกของตนเอง หรือการรับรู้ในเชิงอัตวิสัยในการประเมินความรุนแรงซึ่งต่างไปจากการประเมินความรุนแรงของโรคทางการแพทย์ และการรู้นั้นนำไปสู่การยอมรับการรักษารวมทั้ง

การป้องกันโรค ดังเช่นการศึกษาของ Nelson, E. C. et al. (1987: 893) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีอันตรายรุนแรง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535: 74) ที่พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefit) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีเมื่อพบว่า วิธีการรักษานั้นช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ ดังเช่นการศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535: 74) ที่พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. แรงจูงใจ (Motivation) เป็นตัวแปรหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจจะได้จากความต้องการมีสุขภาพดี

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) มีหลายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เช่น อิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับตัวผู้ป่วย และตัวแปรด้านประชากรและสังคม เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น

### การแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร (2524: 167-168) กล่าวว่า ในทางระบาดวิทยาได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามการกระจายของโรคเมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายของ Host อาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ และเมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วอาจมีโรคเกิดขึ้นหรือไม่แล้วแต่ความต้านทานของ Host ความสามารถในการทำให้เกิดพยาธิสภาพ และความรุนแรงของเชื้อโรค (Virulence) ความรุนแรงของโรคแบ่งออกได้ดังนี้

1. พวกที่ไม่มีการติดเชื้อ (No Infection) พวกนี้มีความต้านทานสูง เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายของ Host ไม่สามารถเจริญเติบโต หรือแบ่งตัวได้
2. พวกติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการ (Inapparent Infection) พวกนี้มีความต้านทานปานกลาง เชื้อโรคสามารถเจริญเติบโตและแบ่งตัวได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายของ Host แต่ยังไม่ปรากฏอาการ

3. พวกรโรคที่มีอาการน้อย (Mild Disease)
4. พวกรโรคที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate Severe Disease)
5. พวกรโรคที่มีอาการรุนแรงมาก (Severe Disease)
6. พวกรโรคที่เป็นมากจนถึงแก่ความตาย (Fatal Disease)

ในทางการแพทย์ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค จากความสามารถของร่างกายตามพยาธิสภาพ และสรีรวิทยาของร่างกายว่าจะอำนวยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้แค่ไหน และการรักษาควรเป็นเช่นไร ดังเช่นองค์การอนามัยโลก ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอวัยวะเป้าหมายอันใดเลย

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นที่อวัยวะเป้าหมาย เช่นพบว่ามีหัวใจโต หรือมีการเปลี่ยนแปลงของไต เป็นต้น

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะเป้าหมายอย่างน้อย 2 หรือ 3 อวัยวะ เช่นอาจมีหัวใจโต ภาวะหัวใจวาย หรือมีเลือดออกในสมองหรือไตวาย อันจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเป็นอัมพาตได้

จากการศึกษาของ Prasartkul, P. et al. (1988: 27-28) ในโครงการวิจัยความแตกต่างในภาวะความเจ็บป่วยและภาวะการตายในประเทศไทย ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ไม่รุนแรง หมายถึง สามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้ทุกอย่าง
2. ระดับเล็กน้อย หมายถึง สามารถทำงาน และประกอบกิจกรรมได้แต่ต้องจำกัดชนิดหรือปริมาณของกิจกรรม
3. ระดับปานกลาง หมายถึง พยายามทำงานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม
4. ระดับรุนแรง หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย

ศิริพร ชัมภลิจิต (2539: 12-13) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยออกเป็น

1. เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อย แน่นท้องที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) และเริ่มมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนชั่วคราว
2. เจ็บป่วยปานกลาง ซึ่งความเจ็บป่วยนี้มีความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของกาย จิต สังคม ที่ชัดเจน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

ทำให้เกิดการสูญเสียและเกลือแร่ที่ต้องทดแทนทางหลอดเลือดดำ ความผิดปกตินี้มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล ทำให้ด้อยสมรรถภาพแต่ก็สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้บางส่วน

3. เจ็บป่วยวิกฤติเป็นภาวะที่เกิดความไม่สมดุลอย่างรุนแรงกับบุคคล และหน้าที่ทางด้านกาย จิต สังคม ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจนอาจสูญเสียหน้าที่ทั้งหมดและสูญเสียชีวิต เช่น บุคคลในภาวะช็อก ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เป็นต้น

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการกระจายของโรคต่างๆ และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมอนามัยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ป่วย/รู้สึกไม่สบาย ในรอบ 2 สัปดาห์ และป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ โดยไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆดังกล่าว กับการเกิดโรค สำหรับการศึกษถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยสนใจศึกษาเฉพาะการประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล และการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ไม่ได้ศึกษาถึงการประเมินระดับความรุนแรงทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากความจำกัดของข้อมูล ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Andersen, R., and Newman, J. F. (1973: 75-124) ที่ศึกษาถึงคุณลักษณะของบุคคล และสังคม กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์คือระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยการวัดระดับของการเจ็บป่วยจะรวมถึงจำนวนวันที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาคั้งนี้ ดังนี้

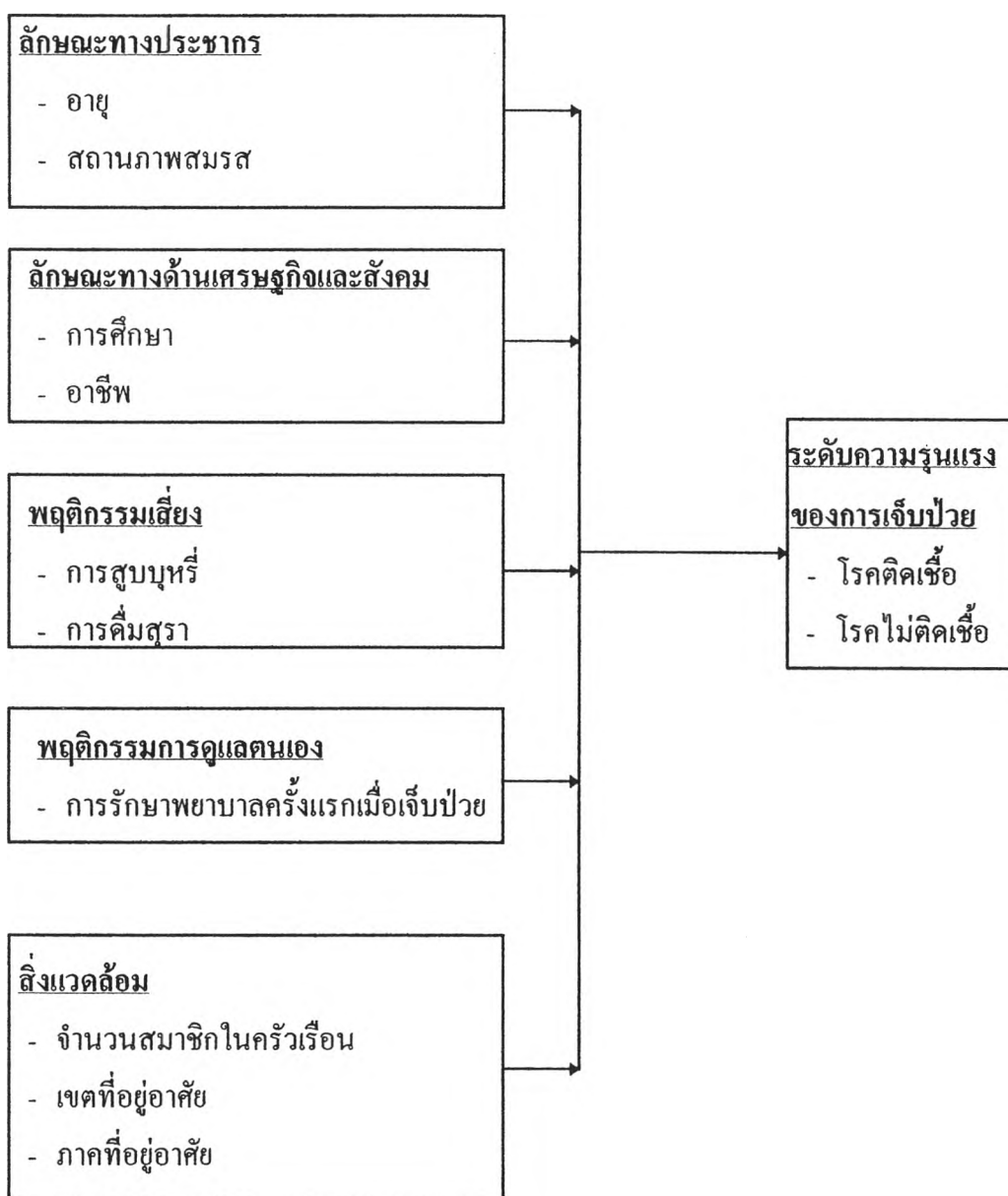


## แผนภูมิที่ 2

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



## วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

จากการที่ผู้ศึกษาได้พยายามค้นคว้าวรรณกรรมและผลการวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดเคยทำการศึกษามาก่อน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำผลการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือที่ใกล้เคียงมาเป็นพื้นฐานในการศึกษา โดยแบ่งการทบทวนออกเป็น 2 ส่วน คือ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านมนุษย์ (Host) และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม (Environment) ดังนี้

1. มนุษย์ (Host) ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวโฮสต์หรือมนุษย์ คือลักษณะของมนุษย์ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วย องค์ประกอบต่างๆ เป็นผลต่อความไวในการติดเชื้อ (Susceptibility) ซึ่งปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อตัวเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายนั้นจะขึ้นกับธรรมชาติของตัวเชื้อโรคและความต้านทานของร่างกาย นอกจากลักษณะและองค์ประกอบต่างๆ ของมนุษย์จะมีผลต่อความไวของการเกิดโรคแล้ว ยังมีผลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย องค์ประกอบของมนุษย์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

### 1.1 ลักษณะทางประชากร

1.1.1 อายุ ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตซึ่งมีอัตราการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันทั้งโดยตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในร่างกาย สรีรวิทยาของบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะปรับเปลี่ยนไป โดยจะเกิดขึ้นตลอดเวลาเริ่มตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยชราของโมเลกุล เซลล์ พฤติกรรม สมรรถภาพ จิตใจ และสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ: 2528) ความมีอายุทำให้ระยะเวลาในการรับองค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรคจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น อายุนับว่ามีส่วนสัมพันธ์กับความไวในการติดเชื้อโรค ในขณะที่ร่างกายสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อยลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ บุคคลจะเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้นจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ลดลง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกับคำกล่าวของ ออร์ทอย รวยอาจิม และออร์พินท์ สิงหเดช (2528: 461) ที่ว่า ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

การศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532: 54) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะยังมีอายุมากขึ้นเท่าใดการทำงานของอวัยวะเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ก็จะลด

ประสิทธิภาพพลง มีการเสื่อมของอวัยวะมากขึ้นเมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นจึงทำให้ความสามารถในร่างกายในการต่อสู้กับพยาธิสภาพนั้นน้อยลง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงมากขึ้น

จากผลงานวิจัยต่างๆ พอจะเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานได้ว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีระดับความรุนแรงของเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุมากกว่า

1.1.2 สถานภาพสมรส สามารถบ่งบอกรูปแบบของพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่ แตกต่างกัน กล่าวคือ สตรีที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับสามียอมได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูล และมีสามีเป็นที่ปรึกษามากกว่า สตรีที่มีสถานภาพโสด หรือสตรีที่มีสถานภาพหม้ายหรือหย่า หรือแยก ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย และหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วการได้รับการดูแลที่ดีย่อมส่งผลทำให้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดน้อยลงด้วยเช่นกัน

การศึกษาของ พรทิพย์ ลินประสงค์ (2532: 66) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย/หย่า,แยก มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และจากการศึกษาของ ปริศนา นวบุญเรือง (2535: 106-110) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของ ประกายแก้ว กำคำ (2534: ง) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีในระยะเจ็บครรภ์ มีการควบคุมตัวเองได้ดีกว่า มีความต้องการยาระงับปวดน้อยกว่า ใช้ระยะเวลาในการคลอดสั้นกว่า และมีการรับรู้ประสบการณ์ของการคลอดในระดับที่ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีในระยะเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเหตุผลข้างต้น และการศึกษาที่ผ่านมาจะตั้งสมมติฐานได้ว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีสถานภาพสมรสน่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีสถานภาพโสด หม้าย/หย่า,แยก

## 1.2 ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

สถานภาพทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม จะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมต่างๆ เมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำให้เจ็บป่วย หรือรูปแบบของความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ย่อมมีผลต่อระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันด้วย สำหรับการศึกษาค้นคว้านี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา และอาชีพ

1.2.1 การศึกษา เป็นสถานภาพทางสังคมที่แสดงความสามารถของบุคคล เป็นการสั่งสมประสบการณ์ และความรู้จากการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็ก การศึกษาเป็นการแสดงถึงคุณภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นในทุกด้าน ในทางสุขภาพจะรู้จักดูแลรักษาตนเองให้ดี ในขณะที่คนที่มีการศึกษาน้อยก็มักจะไม่เข้าใจและไม่สนใจที่จะรักษาสุขภาพ การวัดระดับการศึกษาทำได้โดยการผ่านการศึกษาย่างมีระบบ หมายถึง ผู้ที่ผ่านการศึกษามากชั้นกว่า ย่อมมีพฤติกรรมในการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ที่จบการศึกษาน้อยชั้นกว่า การศึกษาของปริศนา นวลบุญเรือง (2535: 106) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ที่ได้รับการศึกษามากกว่า น่าจะมีความรู้มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพดีกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงศ์ (2532: 56) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่มีการศึกษามากกว่าจะมารับการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเพียงเริ่มแรกซึ่งง่ายต่อการรักษา ส่วนพวกที่มีการศึกษาดำมักไม่ค่อยสนใจตนเองจนกระทั่งมีอาการมากแล้วจึงไปพบแพทย์ หรือไปโรงพยาบาล

ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อมากกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการศึกษาดำกว่า

1.2.2 อาชีพ อาชีพนอกจากจะเป็นดัชนีแสดงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมแล้วยังเป็นปัจจัยกำหนดการเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอนามัยคือ คนทำงานต้องเสี่ยงต่อภาวะการเกิดโรคหรืออาการเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งโดยยากที่จะหลีกเลี่ยงเนื่องจากสภาพการทำงาน อาชีพยังสามารถทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น Derogatis, L. R. (1983) กล่าวว่า การทำงานอาจเป็นสาเหตุทำให้อาการของโรคกำเริบหนักขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต้องทำงานในตำแหน่งบริหารซึ่งมีงานที่ต้องรับผิดชอบมาก เกิดความเครียดมาจากการใช้ความคิดตลอดเวลา ไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกบ่อยครั้ง จนบางครั้งต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฤศล สุนทรธาดา (2532: 63-89) ที่พบว่า คนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจรุนแรงมากขึ้น หลังจากได้ทำงานใน

โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ และการศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532: 54) พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากอาชีพในภาคเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ส่วนใหญ่ต้องทำงานในไร่นา และมีการใช้สารเคมีในการเพิ่มผลผลิต ทำให้มีโอกาสเกิดโรคทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ จากการรับประทานอาหารซึ่งอาจไม่สะอาดเท่าที่ควรและพิษจากสารเคมีต่างๆ หากสตรีที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีการเจ็บป่วยแล้วยังคงออกไปทำงาน ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมากขึ้น ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม หรือไม่ได้ประกอบอาชีพน่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อมีน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม

1.3 พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึงการปฏิบัติที่อาจมีผลต่อสุขภาพอนามัยซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของมนุษย์ ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

1.3.1 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่ถือปฏิบัติมาเป็นเวลานาน บุหรี่เป็นสารเสพติดให้โทษที่สามารถซื้อขายกันได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย บุหรี่นอกจากจะทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เวลา ผลของการสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพแก่ผู้สูบบุหรี่และบุคคลข้างเคียงอย่างมาก บุหรี่ยังสามารถทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย เพราะสารนิโคตินในบุหรี่สามารถเร่งการเต้นของหัวใจ และทวีความรุนแรงของผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขึ้น สารคาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจหลายประเภท และเป็นการเร่งให้เกิดการแข็งตัวของผนังเส้นเลือดแดง เมื่อเลือดแดงจะรวมตัวกันอุดตันซึ่งสามารถทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบหรือแตกจนเกิดอัมพาตได้ (ยุพยงค์ เชี่ยวบำรุงเกียรติ, 2538: 2) ส่วนในปอดซึ่งมีขนเล็ก ๆ เกาะอยู่ตามผนังทางเดินอากาศ ควันบุหรี่จะทำลายขนเล็ก ๆ นั้นอย่างช้า ๆ ทำให้เกิดการผลิตเยื่อเมือกเพิ่มขึ้น ปอดจะมีโอกาสติดเชื้อสูงขึ้น (อรวรรณ หุ่นดี, 2531: 19)

การศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532: 77-78) พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรังด้วยระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้เพราะบุหรี่ยังมีผลโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ย่อมจะทำให้ความรุนแรงของโรคมักขึ้นรวดเร็วกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่

ดังนั้น สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่สูบบุหรี่น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยสูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

1.3.2 การดื่มสุรา สุราเป็นเครื่องดื่มที่สังคมทั่วไปนิยมมาแต่เดิม คนไทยดื่มสุราในโอกาสต่างๆ มากมาย จากการสำรวจการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2534 พบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ 31.4 โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ส่วนหนึ่งของการดื่มสุรา คือ การใช้คุณสมบัติของสุราเป็นยารักษาโรคที่เรียกว่า “เข้าเหล้า” หรือยาคอง เพื่อช่วยในการเจริญอาหาร เป็นยาบำรุงกำลัง รักษาอาการปวดเมื่อย และยารักษาโรคเฉพาะของสตรี

จากการศึกษาของ วิชัย โปษยะจินดาและคณะ (2530) พบว่า ยาคองเหล้าใช้สุราขาวเป็นตัวทำละลายส่วนใหญ่ มีปริมาณแอลกอฮอล์ ประมาณร้อยละ 40 และเพศหญิงมีการดื่มยาคองมากกว่าเพศชาย ความเชื่อว่ายาคองเหล้าเป็นยารักษาโรคอย่างแท้จริงทำให้ประชากรตัวอย่างจำนวนมากที่รายงานว่าไม่ดื่มสุราร่วมๆ กับรายงานว่าดื่มยาคอง ดังนั้นจึงมีสตรีจำนวนมากได้รับแอลกอฮอล์เข้าไปโดยไม่รู้ตัว (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, 2537: 6)

นอกจากนี้การศึกษาของ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2537) ชี้ให้เห็นว่า การดื่มสุรามีผลต่อร่างกายทำให้เกิดกลุ่มโรคได้มากกว่า 100 โรค ที่เรียกว่า โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcohol Dependence Syndrome) ตัวอย่างเช่น พิษของแอลกอฮอล์ต่อสมอง ซึ่งเป็นพิษแบบเฉียบพลันจะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ถ้าพิษสุราเกิดกับสมองแบบเรื้อรัง จะเป็นสาเหตุให้เซลล์สมองเสื่อม สมองส่วนนอกฝ่อและลีบ จิตเสื่อม บุคลิกภาพเปลี่ยน ขาดความรับผิดชอบ ความจำเสื่อม และพิษของสุราต่อระบบด้านจุลชีพ ทำให้ร่างกายมีการติดเชื้อได้ง่าย (อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2537: 9)

ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ดื่มสุรา น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ดื่มสุราหรือเคยดื่มมาก่อน

1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำใดๆ เพื่อตอบสนองต่อการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใดๆ เกี่ยวกับอาการนั้นๆ ในที่นี้จะศึกษาถึง การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งนับเป็นการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะมีอยู่ไม่น้อยที่ความรุนแรงของการ

เจ็บป่วยเกิดจากการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง (ประเวศ วะสี, 2519) ลือชัย ศรีเงินวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533: 61-62) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมหรือพึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองใดๆ ก็ตามที่ไม่นำไปสู่หรือเสี่ยงต่อภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพซึ่งตรงกันข้ามกับการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate) เช่นการไม่ทำอะไรเลย หรือเพิกเฉยรอคอยอาการ อาจถูกกำหนดให้เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เพราะทำให้เกิดความเจ็บป่วย และพยาธิสภาพบางอย่างสามารถดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพในที่สุด เช่นเดียวกับคำกล่าวของ Orem, D. E. (1980: 48-64) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นไปในทางบวกก็คือการจัดการโดยวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ Kleinman, A. et al. (1978: 251-258) ซึ่งตั้งสมมติฐานไว้ว่า แพทย์-พื้นบ้าน (Folk Practitioners) มักจะรักษาได้เฉพาะความเจ็บป่วย (Illness) แต่ไม่สามารถรักษาโรค (Disease) ได้อย่างมีระบบ แต่เจ้าหน้าที่วิชาชีพสุขภาพอนามัยมีความสามารถที่จะรักษาได้ทั้งโรคและความเจ็บป่วย

จากการศึกษาของ วีระพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2531: 40) เรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกในครัวเรือนเกษตร พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของการป่วย เกษตรกรจะเลือกรักษาตนเองก่อน โดยการซื้อยากินเองหรือบางรายเป็นยาเค็มที่มีอยู่ แหล่งบริการรักษาที่รองลงมาคือ หมอกลางบ้าน (ชาวบ้านที่ให้บริการแพทย์แผนปัจจุบันหรืออาสาสมัครสาธารณสุข) และจากการศึกษาของ กาญจน์ สิทธิวงศ์ และสุริพร กมลวัฒนานุกูล (1997: 32) ที่ศึกษาถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยก่อนมารับบริการ พบว่า เมื่อมีอาการไม่สบาย ร้อยละ 15 จะไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพทันที ร้อยละ 34 ตอบว่า เมื่อมีอาการป่วยมาแล้ว 1-2 วัน และร้อยละ 38 เมื่อมีอาการป่วยมาแล้ว 1 สัปดาห์ ส่วนที่เหลือจะไปรับการรักษาเมื่อมีอาการป่วยมากกว่า 1 สัปดาห์

ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยครั้งแรก น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่รักษาหรือรักษาด้วยตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย

## 2. สิ่งแวดล้อม

หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ดังนั้นการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์จำเป็นต้องสัมผัสอยู่กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งสามารถส่งผลต่อความเป็นอยู่และการเกิดโรคในมนุษย์ การศึกษาครั้งนี้ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาคที่อยู่อาศัย

2.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่องและปรากฏตลอดชีวิตของบุคคลซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละคนในการมีพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดปกติด้วยตนเองหรือคำบอกเล่าของผู้อื่น ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย หรือคิดว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ จึงไม่แสดงความสนใจ ไม่เอาใจใส่ที่จะดูแลรักษาในระยะต่อไป สมาชิกครัวเรือนจะมีอิทธิพลในระยะนี้ได้ หากไม่ได้รับการรักษาเสียแต่เนิ่นๆ อาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร และในระยะที่บุคคลยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วอาจมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจึงมักปรึกษาคนอื่นที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันเพื่อขอความคิดเห็นถึงแหล่งที่จะไปรับบริการ สมาชิกในครัวเรือนจึงเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการดูแลตนเอง ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมากที่สุดสถาบันหนึ่งของสังคม เพราะถ้าบุคคลได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดีในครอบครัว ก็จะส่งเสริมให้บุคคลหายเจ็บป่วยโดยเร็วหรือความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากขึ้น (รุจา ภูโพนุลย์, 2537: 10-15) ดังเช่นการศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532: 57) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสมาชิกในครัวเรือนจะมีส่วนในการช่วยดูแลสุขภาพของ สมาชิกในครัวเรือนแล้ว สมาชิกในครัวเรือนก็มีส่วนในการที่จะนำเชื้อโรคมานำพามาแพร่ให้กับสมาชิกในครัวเรือนได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากโดยทั่วไปเชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ได้ 3 ทางใหญ่ๆ คือ ทางการหายใจ ทางเดินอาหาร และทางผิวหนัง (โพนุลย์ โล่ห์สุนทร, 2538: 22) ดังนั้นครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมากย่อมมีโอกาสที่จะออกไปสัมผัสกับเชื้อโรค และนำเชื้อโรคลกลับมาแพร่ให้กับสมาชิกในครัวเรือนได้มากเช่นเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และ เฉลิมพล ตันสกุล (2540: 20-31) พบว่า การเจ็บป่วยที่พบมากในชุมชนแออัด คือ การเป็นไข้หวัด ตัวร้อน เป็นไข้ เช่นเดียวกับ อρθัย รวยอาจิม และอรพินท์ สิงหเดช (2528: 474) พบว่า การที่ประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น หรือแออัดเกินไปย่อมทำให้สุขภาพของประชาชนเลวลงได้

ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อและอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่าย่อมได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า ส่งผลให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อน้อยกว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า แต่สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อและอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ย่อมมีบุคคลที่จะเป็นพาหะนำโรคน้อยกว่า จึงน่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื่อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า



2.2 เขตที่อยู่อาศัย น่าจะมีผลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้อาศัย เนื่องจากเขตเมืองและชนบทจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านการดำเนินชีวิต สังคม เศรษฐกิจและความเจริญทางด้านวิทยาการ เทคโนโลยีต่างๆ อันจะส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้อยู่อาศัย เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยสามารถหาแหล่งรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสได้รับข่าวสาร และความรู้ด้านต่างๆ ที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ จึงรู้จักรักษาสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 พบว่า พฤติกรรมการเลือกรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลเลือกพบแพทย์เป็นวิธีการรักษาครั้งแรกน้อยกว่าผู้ป่วยในเขตเทศบาล แต่จะมีสัดส่วนของผู้ที่เลือกรักษาพยาบาลโดยบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์หรือไม่ทำอะไรเลยสูงกว่า และอัตราการหายจากโรครภายในสองสัปดาห์สำหรับผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลต่ำกว่าอัตราการหายของผู้ป่วยในเขตเทศบาล จากผลการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากความสะดวกสบายในการเดินทาง และสถานบริการรักษาพยาบาลที่ทันสมัย และมีประสิทธิภาพที่มีมากในเขตเมือง ดังเช่นการศึกษาของชูศรี เพิ่มผล (2536) ที่พบว่าปัจจัยกำหนดการใช้บริการในสถานพยาบาลของประชาชนประเภทต่างๆ คือ การมีสถานพยาบาลของรัฐในเขตที่อยู่อาศัย และความสะดวกในการเดินทาง

การศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532: 63-64) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ผู้สูงอายุในเขตเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ไปรับบริการทางการแพทย์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีสถานบริการทางการแพทย์ที่สะดวกและมีมากกว่าจึงมีโอกาสไปรับบริการมากกว่า ทำให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีความรุนแรงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท

ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในเขตเมืองน่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในเขตชนบท

2.3 ภาคที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลให้สุขภาพผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพต่างกัน เนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้ความเจริญที่เกิดขึ้นไม่เหมือนกัน รวมทั้งความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมอนามัย ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่ออันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้อยู่อาศัย และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยต่างกันด้วย Keyes, C. F. (1979: 7) ได้ให้ความเห็นว่าคนไทย-อีสานมี แนวโน้มจะมองกลุ่มคนในเชิงชนชั้น มากกว่าในเชิงกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจว่ากลุ่มคนจีน และคนไทยใต้ กลุ่มคนไทยอีสาน และกลุ่มชาวเขา มีแบบแผนการแสวงหา

บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากอำนาจซื้อทางเศรษฐกิจของคนไทยจีน และคนไทยได้สูงกว่า ทำให้การใช้บริการสุขภาพจากแหล่งเอกชนน่าจะสูงกว่าขณะที่กลุ่มคนไทยอีสานและกลุ่มชาวเขามีฐานะยากจน การพึ่งบริการของรัฐ เช่น จากสถานีนอนามัย การรักษาด้วยตนเอง หรือการรักษาที่หมอฟันบ้าน จึงน่าจะปรากฏให้เห็นได้มากกว่า

การศึกษาของ อานันท์ กาญจนพันธุ์ และฉลาดชาย รมิตานนท์ (2533: 113-124) ถึงพิธีกรรมและความเชื่อในการรักษาพยาบาลพื้นบ้านภาคเหนือ พบว่า ชาวภาคเหนือที่มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากมี “พลัง” หรือ “อำนาจ” บางอย่างหรือหลายอย่างรวมกัน ให้เกิดเจ็บป่วยหรือวิบัติภัยนั้น ๆ ขึ้น ดังนั้นในการบำบัดรักษาหรือปิดเป่าจำเป็นต้องค้นหาหรือกำหนดให้ได้ว่าอำนาจนั้นมาจากไหน วิธีการรักษาอาจมีทั้งขอร้องหรืออ้อนวอนขอสมาให้อำนาจนั้นออกไป หรือบังคับให้ออกไปโดยใช้อำนาจที่เหนือกว่า เช่นเดียวกับ การศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลพื้นบ้านของชนกลุ่มน้อยในภาคอีสานเหนือ โดย สุรัตน์ วรางครัตน์ (2533: 127-147) ซึ่งจะใช้วิธีการรักษาโดยการทำพิธีไล่ผี เชิญผีออกจากร่างกาย หลังจากการรักษาแล้วต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ตกลงกับผี เช่น การแต่งงานห้าขันแปดพร้อมเหล้าไห ไก่ตัว ในกรณีทำผีผีเรือน เป็นต้น

จากเหตุผลต่างๆ ดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อมากกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

## สมมุติฐานการศึกษา

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม-อนามัย และสิ่งแวดล้อมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น มีสมมุติฐานในการศึกษาดังนี้

### สมมุติฐานหลัก

สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มี ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมอนามัย และสิ่งแวดล้อมต่างกัน น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อต่างกัน

### สมมติฐานรอง

1. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุมากกว่า
2. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีสถานภาพสมรส น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อ น้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีสถานภาพโสด และสตรีที่มีสถานภาพหม้าย หย่า/แยก
3. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการศึกษาสูงกว่า น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการศึกษาน้อยกว่า
4. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพ น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม
5. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่สูบบุหรี่ น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อ น้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สูบบุหรี่ และเคยสูบบุหรี่
6. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ดื่มสุรา น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อ น้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ดื่มสุราหรือเคยดื่มมาก่อน
7. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเจ็บป่วยครั้งแรก น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่รักษาหรือรักษาด้วยตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย
8. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า
9. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ น้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า
10. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในเขตเทศบาล และเขตสุขาภิบาล น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในนอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล
11. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในภาคอื่นๆ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงแบบแผนของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อในสตรีวัยเจริญพันธุ์
2. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อในสตรีวัยเจริญพันธุ์
3. เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพิจารณากำหนดแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์ การควบคุม และป้องกันโรค ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในสตรีวัยเจริญพันธุ์