

พฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ HEALTH-PROTECTIVE BEHAVIOR : A CONCEPTUAL SYNTHESIS

สุขุมาล ทองดี¹ วัชร เพชรคล้าย² เบญจมาศ ยศเสนา² ศศิกันญ์ นำนุญจิตต์³ และ เบญจวรรณ ยศเสนา^{1*}

Sukhumarn Thongdee¹, Watchara Phetclai², Benchamat Yotsena²

Sasikan Numboonjit³ and Benchawan Yotsena^{1*}

¹มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง จังหวัดลำปาง

²มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชลบุรี จังหวัดชลบุรี

³มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

¹Thailand National Sport University, Lampang Campus, Lampang Province

²Thailand National Sport University, Chonburi Campus, Chonburi Province

³Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai Province

*Corresponding author: benchawanyotsena@gmail.com

Received: December 12, 2025

Revised: February 18, 2026

Accepted: March 6, 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอการสังเคราะห์นิยามและความหมายของ "พฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ" จากกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ หมายถึง ศักยภาพด้านความฉลาดทางสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิต โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมีการรับรู้คุณค่าและประโยชน์ต่อตนเอง ทั้งนี้ แม้จะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ แต่อาจไม่นำไปสู่การปฏิบัติหากบุคคลรับรู้ว่ามีอุปสรรคในระดับที่ไม่สามารถเอาชนะได้ ดังนั้น การแสดงออกของพฤติกรรมป้องกันจึงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการกำหนดเป้าหมายอย่างมีระบบและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ข้อค้นพบสำคัญจากการสังเคราะห์นี้ คือ การบูรณาการมุมมองเชิงทฤษฎีจากหลากหลายมิติเข้าด้วยกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันมิได้เป็นผลมาจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง เช่น ความรู้หรือทัศนคติเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงจูงใจภายใน นิยามที่ได้จากการสังเคราะห์นี้มีขอบเขตที่ครอบคลุมกว่านิยามที่มีอยู่ในวรรณกรรมเดิม โดยเฉพาะการบูรณาการมิติของ "ความฉลาดทางสุขภาพ" และ "การจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ" เข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญ ทำให้สามารถสะท้อนความซับซ้อนและพลวัตของพฤติกรรมป้องกันในบริบทสุขภาพร่วมสมัยได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ นิยามที่ได้รับการพัฒนาขึ้นยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นในบริบทต่างๆ

คำสำคัญ: สุขภาพ, การป้องกัน, พฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ

Abstract

This article presents a synthesis of definitions and conceptualizations of "health self-protective behavior" derived from major theoretical frameworks, including Protection Motivation Theory, the Health Belief Model, Self-Efficacy Theory, and Orem's Self-Care Theory. The synthesis reveals that health self-protective behavior represents health literacy capacity that influences quality of life, wherein individuals exhibit behaviors aligned with healthcare professionals' recommendations when they perceive personal value and benefits.

However, even when benefits are recognized, behavior adoption may not occur if perceived barriers are deemed insurmountable. Consequently, the manifestation of protective behaviors demonstrates significant associations with health motivation, which encompasses systematic goal-setting processes and effective self-management of health behaviors within continuously changing contexts, enabling individuals to adapt and maintain appropriate lifestyles. A key finding from this synthesis is the integration of multidimensional theoretical perspectives, reflecting that protective behavior does not result from a single component such as knowledge or attitude alone, but rather emerges from complex interactions among perceived benefits and barriers, self-efficacy, and intrinsic motivation. The synthesized definition encompasses a broader scope than existing definitions in the literature, particularly through the integration of "health literacy" and "systematic behavior management" as core components, thereby more clearly capturing the complexity and dynamics of protective behaviors in contemporary health contexts. Furthermore, this developed definition can be applied as a foundational conceptual framework for designing and developing more effective health promotion programs across diverse contexts.

Keywords: Health, Prevention, Health-protective behavior

บทนำ

การดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคลเพื่อให้มีอายุคาดหมายเฉลี่ยที่ยืนยาว ทุกคนไม่สามารถปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงภาวะที่เกิดขึ้นจากบริบทแวดล้อมรอบตัวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งมีผลตั้งแต่วัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ การดูแลสุขภาพของบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน ถ้าหากสุขภาพของบุคคลไม่ได้รับการดูแลย่อมส่งผลให้บุคคลเจ็บป่วยซึ่งอาจจะเป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมตามมา ทั้งนี้องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ของบุคคลและการสร้างแรงจูงใจของบุคคลจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า “เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค” โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ดังทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวไว้ว่า “...การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี...” โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มใช้พื้นฐานความเชื่อนำมาอธิบายโมทัศน์หลักของทฤษฎี 6 โมทัศน์หลักประกอบด้วย การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการดำเนินตามโมทัศน์ของ Orem นี้เป็นเรื่องของบุคคล บุคคลเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและรับผิดชอบในการดูแลตัวเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและดำรงรักษาให้มีความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well-Being)

สถานการณ์พฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพในปัจจุบันยังคงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย จากรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2567 ที่จัดทำโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Institute for Population and Social Research: IPSR, 2024) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมยังคงเป็นปัญหาหลักที่สะสมและขยายวงกว้างในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงแต่คุณค่าโภชนาการต่ำ การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ภาวะความเครียดสะสม และการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) (IPSR, 2024) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 420,000 คนต่อปี หรือคิดเป็นเกือบสามในสี่ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย NCDs สูงกว่า 380,000 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ ข้อมูลจาก Health Data Center ปี 2567 ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนรับการรักษาทั่วประเทศสูงถึง 3,640,410 ราย เพิ่มขึ้นจาก 3,413,291 รายในปี 2566 ขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี

จำนวนถึง 1,368,789 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (IPSR, 2024) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรม การป้องกันตนเอง ทางด้านสุขภาพของประชาชนไทยยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนผลการศึกษาและการดำเนินงานที่ผ่านมาด้านพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย พบว่ามีหลายประเด็น สำคัญที่ควรนำมาพิจารณาวิเคราะห์ ประการแรก ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การสำรวจพบว่าคนไทยยังบริโภคผักและผลไม้ ไม่ถึงเกณฑ์ที่แนะนำ ขณะที่การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม และอาหารแปรรูปมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะใน กลุ่มวัยทำงานและเด็กเยาวชน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่นำไปสู่โรค NCDs ประการที่สอง ด้าน กิจกรรมทางกาย แม้จะมีความพยายามในการส่งเสริมผ่านนโยบายระดับชาติและโครงการต่าง ๆ ของ สสส. แต่การขาดกิจกรรม ทางกายยังคงเป็นปัญหาในกลุ่มคนวัยทำงานที่มีภาวะเครียด พักผ่อนน้อย และมีวิถีชีวิตแบบนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ ประการที่สาม ด้านสุขภาพจิต รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2567 นำเสนอภายใต้ชื่อ “ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย” ชี้ให้เห็นว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตถึง 256,000 คน และค่าความสุขเฉลี่ยของคนไทยในรายงาน World Happiness Report ปี 2023 (World Health Organization, 2023) ลดลงจาก 5.891 เหลือ 5.843 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้า (IPSR, 2024) ประการที่สี่ ด้าน พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพในกลุ่มเยาวชน พบว่าอัตราการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 28.8 รายต่อแสน ประชากรในปี 2560 เป็น 53 รายต่อแสนประชากรในปี 2566 ขณะที่การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนมีอัตราสูงถึงร้อยละ 9.1 สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นช่องว่างที่สำคัญในพฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและพัฒนากรอบแนวคิดที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

ด้วยเหตุนี้ การสังเคราะห์ความหมายและนิยามของ “พฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ” จึงมีความสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานิยาม ความหมายของคำว่า “พฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้าน สุขภาพ” ซึ่งเป็นคำสำคัญในการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทาง กรอบแนวคิด และแนวทางในการ ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ นำไปสู่การสร้างกระบวนการที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากภาวะการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อ การมี สุขภาวะที่ดีของบุคคล โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปใช้ส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลในบริบทสังคมไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนและสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ความหมายและองค์ประกอบของ “พฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ” โดยพิจารณา แนวคิดด้านการรับรู้ความเสี่ยง การดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการป้องกันโรค แล้วนำสาระสำคัญที่ได้มา สังเคราะห์เพื่อกำหนดความหมายและกรอบแนวคิดของพฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันตนเอง

ในการศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ ประสิทธิภาพแห่งตน และทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรม (Orem) เพื่อกำหนดขอบเขตของความหมายของพฤติกรรม การป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ (Self-Defend Health Behavior) ซึ่งผลจากการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาสามารถสรุป ความหมายได้ดังนี้

1. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน

เป็นทฤษฎีที่มีลักษณะและหลักการเดียวกันกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 โดย Rogers & Mackay (1995) และได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 โดยใช้หลักการของการกระตุ้นให้เกิด ความกลัว ร่วมกันแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) นั่นคือการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและ พฤติกรรม ในทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข่าวสารในการสื่อสาร ซึ่งมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว โดยขึ้นอยู่กับจำนวนสื่อที่มากกระตุ้นและตรวจสอบโดยการประเมินการรับรู้

Rogers (1975) ได้ระบุตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ

- 1) ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)
- 2) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability)
- 3) ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง (Response efficacy) ดังแผนภาพที่ 1 (Figure 1)

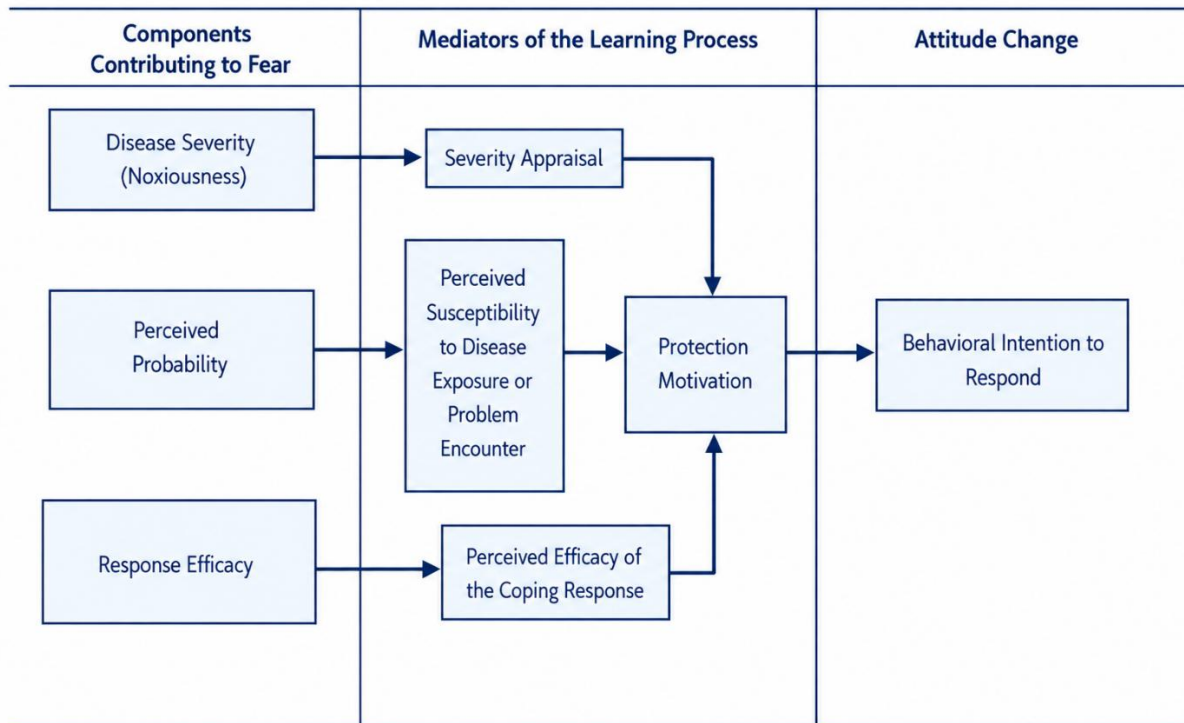


Figure 1. Traditional Model of Motivation Theory

ที่มา: Rogers (1975)

1. ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นได้ถ้ามีการชู้ว่า ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับอันตรายร้ายแรง โดยใช้สื่อที่เผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งพบว่า ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ดีกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีผลมากขึ้นถ้าใช้การกระตุ้นหรือการปลุกเร้า ร่วมกับการชู้ กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค (Rogers, 1975) ขณะที่มีการกระตุ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) การที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่า ตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรค ทำได้โดยการสื่อสารในลักษณะการชู้ว่า ส่งผลต่อการคุกคามทางด้านสุขภาพ เช่น การนำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลลดพฤติกรรมเสี่ยงของการติดโรคเอดส์โดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวเม็กซิโก ได้ให้ข้อมูลว่าจากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คน มีการติดเชื้อโรคเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนเกิดความตื่นกลัวว่าตนก็ตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากการศึกษาพบว่า การใช้สื่อเพื่อเสนอข้อมูลในลักษณะของการชู้ให้ทราบถึงภาวะการคุกคามของโรค ก็อาจจะไม่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ (Mackay, 1992)

3. ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง (Response efficacy) เป็นการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อให้บุคคลทราบถึงแนวทางปฏิบัติ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จากการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mackay, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers (1983) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล (Mackay, 1992) จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การเพิ่มความคาดหวังผลที่เกิดร่วมกับความตั้งใจ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ“อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Lewin (1951) ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ トラบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกลัวว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีความสามารถในการต่อต้านโรคได้ ผู้ศึกษามองว่ารูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีในกลุ่มรูปแบบปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยให้ความเชื่อเป็นหลักที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น การไปตรวจสุขภาพประจำปีละครั้ง หรือการไปรับการฉาย X-Ray ปอด เป็นต้น

ต่อมา Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า 1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. โรคนั้นถ้าเป็นแล้วมีอาการรุนแรงอาจทำให้พิการหรือตายได้ 3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมัวอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น

Becker & Maiman (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านอายุ เพศ บุคลิกภาพ และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ข่าวสารจากสื่อมวลชน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Dues to Action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al., 1960)

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker & Maiman (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2) ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

3. ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน

ในส่วนของทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน Bandura (1977) ได้ตั้งสมมติฐานว่า กระบวนการทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นก็ถูกขึ้นได้อย่างรวดเร็ว โดยประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการแสดงการกระทำของบุคคล แบนดูรา เสนอว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นควรมีลักษณะอาศัยซึ่งกันและกัน ระหว่างตัวแปร 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ และการรับรู้ตน 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และ 3) เงื่อนไขสภาพแวดล้อม ซึ่งการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินงานบางอย่างให้สำเร็จด้วยระดับความสามารถที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ คือ มิติตามขนาด มิติความเป็นสากล และมิติความแข็งแกร่ง ภายใต้กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่อาศัยข้อมูลจากการกระทำที่ได้รับผลสำเร็จ ประสบการณ์จากการทำงานของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการเฝ้าทางอารมณ์และการเฝ้าทางกายภาพ ทั้งนี้การรับรู้ประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ (Burnette et al., 2004) ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะที่สะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านวิธีการดำเนินชีวิต กระบวนการคิด และการปรับตัว ซึ่งล้วนมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยองค์ประกอบสำคัญที่พึงพิจารณาประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

เพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางชีวสรีรวิทยาและเป็นตัวกำหนดบทบาทตามบรรทัดฐานทางสังคม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการดูแลตนเองมีอาจกำหนดได้อย่างตายตัวตามบทบาทของเพศ เนื่องจากบุคคลทุกเพศล้วนต้องเผชิญกับการเสื่อมถอยทางร่างกายตามวัย การดูแลตนเองจึงมีความสำคัญอย่างเท่าเทียมกันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ในทำนองเดียวกัน

อายุก็เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงการสะสมประสบการณ์ชีวิตและทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) กล่าวคือ ผู้สูงอายุในระยะต้นที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ยังคงมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง เนื่องจากการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายยังไม่รุนแรง อีกทั้งยังคงมีความสามารถด้านพฤติกรรม กระบวนการคิด ความจำ และการใช้เหตุผล ทั้งนี้ความสามารถดังกล่าวจะเริ่มลดลงอย่างชัดเจนเมื่ออายุ 70–75 ปีขึ้นไป

นอกจากปัจจัยทางกายภาพและวัยแล้ว ระดับการศึกษายังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความสามารถในการแสวงหา คัดกรอง และใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพและการดำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีของตนเอง เช่นเดียวกับฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งวัดจากระดับรายได้ อันเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านสุขภาพ ทั้งนี้บุคคลที่มีรายได้สูงย่อมมีศักยภาพในการเข้าถึงปัจจัยอำนวยความสะดวกด้านการดูแลตนเองได้มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือปานกลางมักประสบข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ระดับการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป

2) ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ครอบคลุมทั้งการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์จิตใจ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน โดยองค์ประกอบหลักของการสนับสนุนทางสังคมนี้อาจจำแนกได้เป็นการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยทางสังคมที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Edwardson & Dean, 1999) โดยครอบครัวทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่ครอบคลุมในหลายมิติ กล่าวคือ ในมิติรูปธรรมนั้นครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนด้านการเงิน อาหาร และปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ส่วนในมิตินามธรรมนั้นครอบครัวเป็นแหล่งของการให้ความรัก ความเอาใจใส่ และการยกย่องเห็นคุณค่าของบุคคล ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนในลักษณะดังกล่าวย่อมช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและนำไปสู่สุขภาพที่ดีของบุคคลในที่สุด นอกจากการสนับสนุนจากครอบครัวแล้ว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาและเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นในสังคม (Orem, 2001) ทั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการเป็นสมาชิกในกลุ่มและชมรมต่าง ๆ ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านการเงิน หรือการแบ่งปันทรัพยากรในการดำรงชีวิต (Nukate, 1998) กระบวนการดังกล่าวย่อมช่วยพัฒนาทั้งความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของบุคคล อันส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Soderhamn et al., 2000)

3) ปัจจัยด้านสุขภาพ

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม รวมทั้งการปราศจากโรค หรือภาวะทุพพลภาพ ผู้ที่สุขภาพดี คือ ผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง มีความผาสุกด้านจิตใจ มีความเป็นอยู่ในสังคมที่พอดี แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายย่อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพจึงต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพ จะพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคจากการเจ็บป่วย (Nukate, 1998)

ทั้งนี้เป้าหมายของการดูแลตนเองจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขั้นสูงสุดของแต่ละบุคคล

การเรียนรู้นี้อาจเกิดขึ้นจากการคิดค้นด้วยตนเอง หรือได้รับการสอน คำแนะนำ หรือการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงด้วยการทำกิจกรรมนั้น ๆ ในแต่ละวัน เพื่อที่จะนำมาจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม ในภาวะปกติแล้วผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ ในสังคมด้วย

4. ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem)

แนวคิดของ Orem (1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มุ่งใจและมีเป้าหมายประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาพิจารณา และตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 เป็นการกระทำ และผลของการกระทำ

ระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลจะสามารถทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่า สิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และได้ผลตามที่ต้องการ การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบเห็น ความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกได้ จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ สามารถกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่จะต้องทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการกระทำดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่มุ่งใจ และมีเป้าหมายเฉพาะแต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลอาจจะกระทำโดยไม่ได้รับสติไปจนถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและการสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 (Figure 2)

Stage 1: Deliberation and Decision-Making Leading to Action, comprising the following steps:

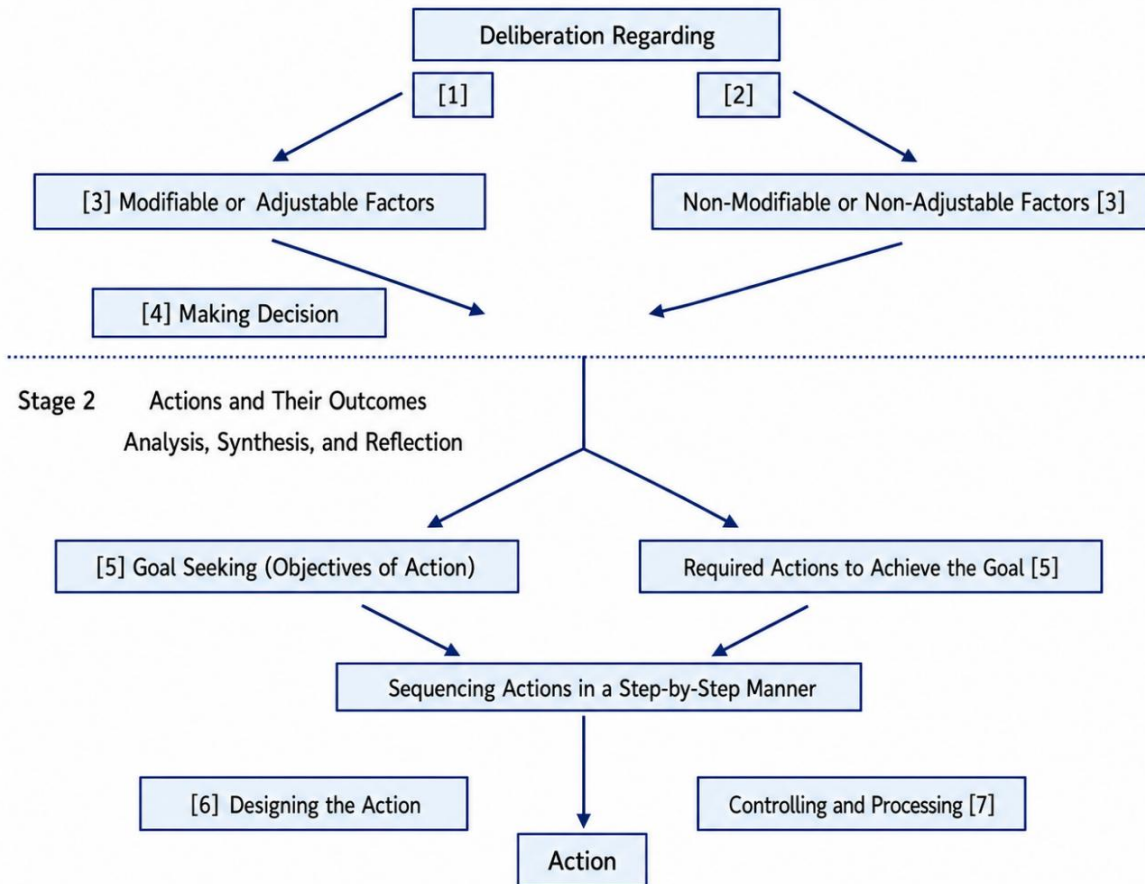


Figure 2. Stages of Self-Care
ที่มา: Orem (1985)

เพื่อให้การสังเคราะห์มีความเป็นระบบและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ตามหลักการวิจัยจากเอกสาร ผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนการวิเคราะห์ไว้สี่ขั้นตอนที่ดำเนินต่อเนื่องกัน โดยเริ่มจากการสกัดมโนทัศน์สำคัญ (concept extraction) จากทฤษฎีทั้งสี่ จากนั้นจึงนำมโนทัศน์ที่ได้มาเทียบเคียงและจับคู่ข้ามทฤษฎี (cross-theory concept mapping) เพื่อพิจารณาว่ามโนทัศน์ใดที่ทฤษฎีต่าง ๆ กล่าวถึงในความหมายที่สอดคล้องต้องกัน ต่อมาจึงจำแนกบทบาทเชิงหน้าที่ (functional role classification) ของแต่ละมโนทัศน์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า และในขั้นสุดท้ายจึงบูรณาการมโนทัศน์ทั้งหมดเข้าสู่นิยามเชิงปฏิบัติการของพฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ

ผู้ศึกษาได้ทำการกำหนดเกณฑ์สำหรับจำแนกบทบาทเชิงหน้าที่ของมโนทัศน์นับเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การสังเคราะห์สามารถตรวจสอบได้ โดยผู้ศึกษาได้จำแนกมโนทัศน์ออกเป็นสามกลุ่มตามบทบาทเชิงหน้าที่ กลุ่มแรกคือแนวคิดหลัก (Core Concepts) อันหมายถึงมโนทัศน์ที่ปรากฏอย่างสอดคล้องต้องกันในทฤษฎีตั้งแต่สองทฤษฎีขึ้นไป และมีอิทธิพลเชิงสาเหตุโดยตรงต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเอง กล่าวคือ ทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (determinant) กลุ่มที่สองคือปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ซึ่งหมายถึงมโนทัศน์ที่ทำหน้าที่เป็นเงื่อนไขหรือตัวกำกับ (conditioning/moderating) อันเอื้อหรือขัดขวางการแปรเปลี่ยนการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง แต่มิได้เป็นสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรม และกลุ่มที่สามคือกลไกสนับสนุน (Supporting Mechanisms) อันได้แก่กระบวนการ ตัวกระตุ้น หรือสิ่งเร้า ที่ทำหน้าที่จุดชนวน (trigger) ให้เกิดการแปรเปลี่ยนการรับรู้สู่การกระทำ ตลอดจนธำรงรักษาพฤติกรรมให้คงอยู่จนพัฒนาเป็นนิสัย เกณฑ์ทั้งสามประการดังกล่าวทำให้การจัดวางมโนทัศน์แต่ละตัวสามารถตรวจสอบได้ กล่าวคือ การจัดวางแนวคิดหลักอาศัยหลักฐาน

ความสอดคล้องข้ามทฤษฎีเป็นฐานการตัดสินใจ ในขณะที่การจัดวางปัจจัยเอื้อและกลไกสนับสนุนอาศัยบทบาทเชิงหน้าที่ของโมเดลเป็นเกณฑ์ มิใช่การจัดวางตามอัตวิสัยของผู้ศึกษาแต่ประการใดดังปรากฏในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1. Synthesis of Theoretical Concepts Explaining Health Self-Protective Behavior

Main Concept	Functional Role	PMT (Rogers)	HBM (Rosenstock, Becker & Maiman)	Self-Efficacy (Bandura)	Orem (Self-Care)
Perceived Severity of Threat	Core concept	Noxiousness ✓	Perceived Severity ✓	—	—
Perceived Susceptibility / Risk	Core concept	Perceived probability ✓	Perceived Susceptibility ✓	—	—
Perceived Benefits / Response Efficacy	Core concept	Response efficacy ✓	Perceived Benefits ✓	—	—
Perceived Self-Efficacy	Core concept	(Revised coping component) ✓	—	Core theory component ✓	—
Perceived Barriers	Enabling factor (negative)	—	Perceived Barriers ✓	—	—
Modifying Factors (Demographic / Socio-psychological / Structural)	Enabling factor	—	Modifying Factors ✓	Personal–Social–Health factors ✓	—
Cues to Action	Supporting mechanism	Fear-arousing stimuli ✓	Cues to Action (Internal/External) ✓	Verbal persuasion / Emotional arousal ✓	—
Health Motivation	Supporting mechanism	Fear arousal ✓	Health Motivation ✓	—	Intention / Goal ✓
Deliberation–Decision–Action Process	Supporting mechanism	—	—	—	Stage 1–2 ✓
Habit Formation	Supporting mechanism	—	—	—	Habit formation ✓

จากตารางสังเคราะห์ข้างต้น สามารถจำแนกโมเดลตามบทบาทเชิงหน้าที่ได้เป็นสามกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มแรกคือแนวคิดหลัก ซึ่งประกอบด้วยโมเดลที่ส่งเสริมการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์หรือประสิทธิผลของการตอบสนอง และการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน โมเดลทั้งสี่นี้ปรากฏซ้ำอย่างสอดคล้องกันในทฤษฎีตั้งแต่สองทฤษฎีขึ้นไป ซึ่งความบรรจบกันดังกล่าวถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันความเป็นแกนกลางของโมเดลเหล่านี้ กล่าวคือ สามโมเดลแรกประกอบกันขึ้นเป็นการประเมินภาวะคุกคาม (threat appraisal) ในขณะที่โมเดลที่สี่คือการประเมินความสามารถในการรับมือ (coping appraisal) โดยองค์ประกอบทั้งสองส่วนนี้ทำหน้าที่ร่วมกันในการก่อรูปความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองโดยตรง จึงจัดเป็นแนวคิดหลักของนิยาม

กลุ่มที่สองคือปัจจัยเอื้อ อันได้แก่ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยร่วมในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมจิตวิทยา และด้านโครงสร้างพื้นฐาน โดยปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับปัจจัยด้านบุคคล ด้านสังคม และด้านสุขภาพในกรอบแนวคิดของ Burnette et al. (2004) มโนทัศน์กลุ่มนี้มีได้เป็นสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรม หากแต่ทำหน้าที่กำหนดเงื่อนไขและระดับความยากง่ายของการแปรเปลี่ยนการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือการสนับสนุนจากครอบครัว จึงจัดเป็นปัจจัยเอื้อที่ทำหน้าที่กำกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรม

กลุ่มที่สามคือกลไกสนับสนุน อันประกอบด้วย สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ-ลงมือกระทำของโอเร็ม และการสร้างสุขนิสัย มโนทัศน์กลุ่มนี้ทำหน้าที่เป็นกระบวนการที่เชื่อมการรับรู้เข้ากับการกระทำ และธำรงรักษาพฤติกรรมให้คงอยู่ กล่าวคือ สิ่งชักนำและแรงจูงใจทำหน้าที่จุดชนวนให้เกิดการเคลื่อนจากการรับรู้ไปสู่การตัดสินใจ ในขณะที่กระบวนการสองระยะของโอเร็มอธิบายถึงวิธีการที่บุคคลแปรความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ส่วนการสร้างสุขนิสัยนั้นทำหน้าที่คงรักษาพฤติกรรมให้ยั่งยืนจนกลายเป็นการกระทำอัตโนมัติในที่สุด

จากการจำแนกมโนทัศน์ตามบทบาทเชิงหน้าที่ทั้งสามกลุ่มดังกล่าว ผู้ศึกษาสามารถสังเคราะห์นิยามเชิงบูรณาการได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลเลือกปฏิบัติอย่างจงใจและมีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะคุกคามต่อสุขภาพ อันเกิดจากกระบวนการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดหลักทั้งสี่ประการ ได้แก่ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ของการตอบสนอง และประสิทธิภาพแห่งตน ภายใต้เงื่อนไขของปัจจัยเอื้อทั้งด้านบุคคล ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ตลอดจนถูกจุดชนวน แปรเปลี่ยน และธำรงรักษาไว้ด้วยกลไกสนับสนุน จนพัฒนาเป็นสุขนิสัยในการดูแลตนเองที่ยั่งยืนในที่สุด

บทสรุป

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันกล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ในทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข่าวสารในการสื่อสาร ซึ่งมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว โดยขึ้นอยู่กับจำนวนสื่อที่มากกระตุ้นและตรวจสอบโดยการประเมินการรับรู้ ซึ่งตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในขณะที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเน้นการรับรู้ของบุคคลในการปกป้องตนเองจากการเป็นโรคซึ่งสามารถอธิบายการเกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านสุขภาพจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนซึ่งเป็นผลจากกระบวนการที่รับรู้ที่เกิดขึ้นจากตัวแปร 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ และการรับรู้ตน 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และ 3) เงื่อนไขสภาพแวดล้อม ภายใต้กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่อาศัยข้อมูลจากการกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ ประสบการณ์จากการทำงานของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการเฝ้าทางอารมณ์และการเฝ้าทางกายภาพ ทั้งนี้การรับรู้ประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 3 (Figure 3)

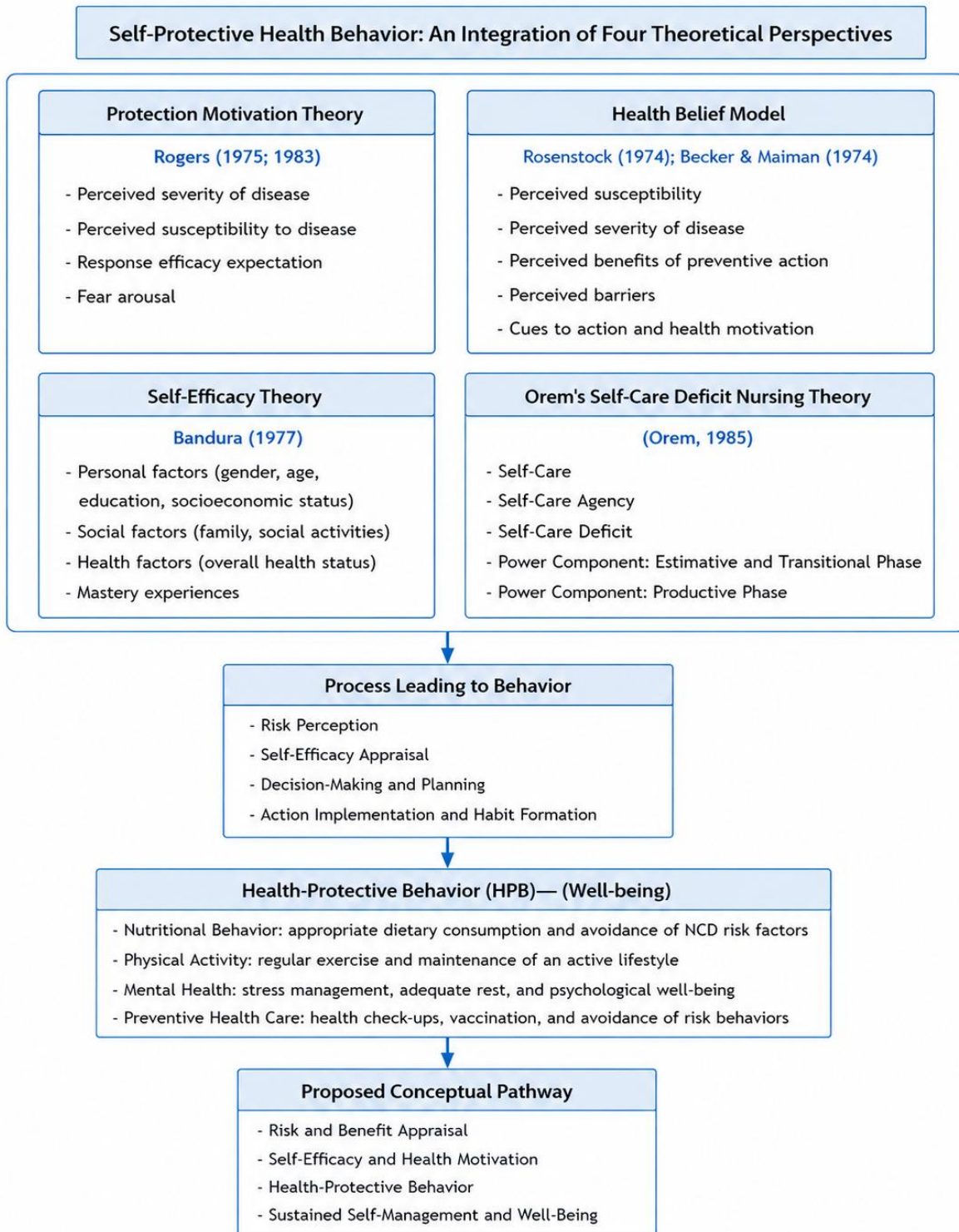


Figure 3. Synthesis Conceptual Framework: Health Protective Behavior

ดังนั้นจากการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลริเริ่มขึ้นจากความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการรับรู้ ประเมิน และตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างมีเป้าหมาย ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Well-Being) โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันได้ตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ควบคู่ไปกับการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน (Self-Efficacy) ซึ่งเป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมระหว่างความรู้และความตั้งใจในการปฏิบัติ ดังที่ Ong-Artborirak et al. (2023) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีอาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อบุคคลรู้ว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อตน เช่น สามารถป้องกันโรคได้จริง สามารถลดความรุนแรงของโรคได้จริง หรือผลการตรวจเชื่อถือได้ บุคคลย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันนั้น ในทางตรงข้าม หากบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคที่มีน้ำหนักมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ก็อาจส่งผลให้ลดทอนแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันลงได้ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Balla & Hagger (2025) ที่ยืนยันว่าการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ยังคงเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่เป็นข้อเสนอเชิงมนทัศน์ในบริบทสุขภาพสมัยใหม่

นอกจากนี้ พฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม อันได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติทั้งจากภายในและภายนอก เช่น การรับรู้การผิดปกติของร่างกาย ข้อมูลจากสื่อมวลชน และคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ในบริบทของประเทศไทย Intarakamhang & Macaskill (2021) ได้ศึกษาและพบว่าโปรแกรมที่มุ่งพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยบูรณาการจิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อโรค NCDs ได้มีความเชื่อมโยงเชิงแนวคิด เส้นทางดังกล่าวเป็นข้อเสนอที่สังเคราะห์จากวรรณกรรมและทฤษฎี เพื่อใช้เป็นฐานสำหรับการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหรือการศึกษาทดสอบเชิงประจักษ์ในอนาคต

ทั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายมีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยสร้างหน้าที่และจัดการกับพฤติกรรมของตนเองภายใต้บริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้มนุษย์สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างราบรื่น โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันความสำคัญของแนวคิดดังกล่าว จากการศึกษาของ Changsieng et al. (2023) ที่พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการศึกษาโดยพยาบาลบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม พบว่าสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนได้เป็นข้อเสนอเชิงมนทัศน์นอกจากนี้ Liu et al. (2025) ได้ดำเนินการวิเคราะห์แนวคิดพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (Health Protective Behavior) ตามกรอบวิธีการของ Walker & Avant (2019) พบว่าคุณลักษณะที่กำหนดนิยามสำคัญของพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การริเริ่มด้วยตนเอง ความมีเป้าหมาย การตระหนักรู้ต่อความเสี่ยง และความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับกรอบแนวคิดสังเคราะห์ที่ผู้ศึกษาได้นำเสนอในครั้งนี้

โดยสรุปพฤติกรรมการป้องกันตนเองทางด้านสุขภาพ (Health-Protective Behavior) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงหมายถึง การปฏิบัติอย่างตั้งใจของบุคคลเพื่อป้องกันลด หรือควบคุมความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และเพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยมีความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดและการคงอยู่ของพฤติกรรมดังกล่าว

รายการอ้างอิง

- Balla, J., & Hagger, M. S. (2025). Protection motivation theory and health behaviour: conceptual review, discussion of limitations, and recommendations for best practice and future research. *Health Psychology Review*, 19(1), 145–171. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2413011>
- Bandura. (1977). *A Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336–385. <https://doi.org/10.1177/109019817400200404>
- Burnette, D., Mui, A. C., & Zodikoff, B. D. (2004). Gender, Self-Care and Functional Status Among Older Persons with Coronary Heart Disease: A National Perspective. *Women & Health*, 39(1), 65-84. https://doi.org/10.1300/J013v39n01_04
- Changsieng, P., Pichayapinyo, P., Lagampan, S., Lapvongwatana, P., & Sriklo, M. (2023). Implementation of self-care deficits assessment and a nurse-led supportive education program in community hospitals for behavior change and HbA1c reduction: A cluster randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health*, 14 : 21501319231181106 . <https://doi.org/10.1177/21501319231181106>
- Edwardson, S. R. & Dean, K.. (1999). Appropriateness of Self-Care Responses to Symptoms among Elders: Identifying Pathways of Influence. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 329-339. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199908\)22:4<329::AID-NUR7>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4<329::AID-NUR7>3.0.CO;2-6)
- Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. (1960). Patient participation in pediatric program. *Journal of Health and Human Behavior*, 1(3), 183-191. <https://doi.org/10.2307/2955576>
- Heinze, I. F. (1962). Factors in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever: An exploratory study. *Journal of Health and Human Behavior*, 3, 72-81. <https://doi.org/10.2307/2948926>
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University [IPSR]. (2024). *Thai Health 2024: Stress: The silent health threat in Thai society* (Publication No. 603). Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University with Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)
- Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2021). Effectiveness of a health literacy intervention based on transformative learning and incorporating positive psychology on health behavior and well-being of Thai families with NCDs risk. *Journal of Public Health Research*, 11(2), 1935. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1935>
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.). New York, NY: Harper & Row.
- Liu, F., Wang, J., Suthakorn, W. & Liao, L. (2025), Health Protective Behavior in Occupational Health Practice: A Concept Analysis. *Health Science Reports*, 8, e71020. <https://doi.org/10.1002/hsr.2.71020>
- Mackay, B. C. (1992). *AIDS and protection motivation theory (PMT): Effects of imagined scenarios on intent to use condoms*. Ann Arbor, MI: Bell & Howell Information Company.
- Nukate, B. (1998). *Self-care behaviors and well-being of the elderly with hypertension*. Chiang Mai: Graduate School, Chiang Mai University [Online]. Retrieved November 12, 2025, from: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:96060> (in Thai)
- Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S., Auttama, N., & Winaiprasert, P. (2023). Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in Thai communities. *BMC Geriatrics*, 23, 297. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04010-0>
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change1. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93–114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). New York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. W., & Mackay, B. C. (1995). Protection motivation theory. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 253–276). New York, NY: Plenum Press.

- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Soderhamn, O., Lindencrona, C., & Ek, A.-C. (2000). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 361-368. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00015-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00015-8)
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). New York, NY: Pearson.
- World Health Organization. (2023). Noncommunicable diseases [Online]. Retrieved November 9, 2025, from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>