

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัย ของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้นำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ชุมชนแออัด / ชุมชนคลองเตย
2. การสุขภาพสิ่งแวดล้อม : การสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกาศัย
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.2 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายในและนอกตน
 - 3.4 ทฤษฎีความตั้งใจในการปฏิบัติ

1. ชุมชนแออัด / ชุมชนแออัดคลองเตย

1.1 ความหมายของชุมชน/ชุมชนแออัด

ชุมชน หมายถึง บริเวณที่ประชาชนมาอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในด้านต่างๆ ทั้งความคิดและการกระทำ รวมถึงมีวิถีการดำเนินชีวิตไปในทิศทางเดียวกัน โดยองค์ประกอบของชุมชน ประกอบไปด้วย ประชาชนหรือกลุ่มชน ที่มีความสนใจและมีการดำรงชีวิตร่วมกัน มีอาณาเขตหรือบริเวณพื้นที่ชุมชน มีความสัมพันธ์ มีผลประโยชน์ และความสะดวกสบายร่วมกัน มีความสัมพันธ์ของสมาชิกที่ผูกพันกันในชุมชน มีขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมที่เหมือนหรือคล้ายกัน โดยชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยอย่างหนาแน่นมักเรียกกันโดยทั่วไปว่า “สลัม” และมักนิยมเรียกกันโดยต่อมาว่า “แหล่งเสื่อมโทรม” (วสุธร ต้นวัฒนกุล. 2547. 39-40) โดยใน พ.ศ. 2525 คำเรียกสลัมว่า “แหล่งเสื่อมโทรม” ก็ถูกเปลี่ยนมาเป็น “ชุมชนแออัด” โดยการริเริ่มของนายดำรง ลัทธพิพัฒน์ ผู้ว่าการเคหะแห่งชาติในสมัยนั้นและมีการให้ความสำคัญกับการปรับปรุงชุมชนแออัดมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาชุมชนแออัดของการเคหะแห่งชาติ โดยได้ทำการปรับปรุงชุมชน แทนการไล่รื้อ เช่น การกำจัดขยะ การสร้างถนนปรับปรุงทางเท้า และปรับปรุงระบบสาธารณูปโภคต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ได้ให้ประชาชนในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามาร่วมเป็น “กรรมการชุมชน” มากขึ้น

ชุมชนแออัด ในความหมายของกระทรวงมหาดไทย หมายถึง สภาพของย่านเคหะสถาน หรือบริเวณที่พักอาศัยในเมืองที่ประกอบด้วย อาคารเก่าแก่ทรุดโทรม หรือบริเวณที่สกปรกรุงรัง ประชากรอยู่กันอย่างแออัด ผิดสุขลักษณะต่ำกว่ามาตรฐานที่สมควร ทำให้การดำเนินชีวิตความเป็นอยู่แบบครอบครัวตามปกติไม่อาจดำเนินไปได้ เพราะไม่มีความปลอดภัยต่อสุขอนามัย (อกิน รพีพัฒน์. 2541 : 20) อย่างไรก็ตามชุมชนแออัดหรือสลัมมักจะเป็นชุมชนเมือง เป็นบริเวณที่อยู่อาศัยที่มีลักษณะของอาคารไม่ถูกหลักสุขาภิบาล มีความเสื่อมโทรม มีความยากจน และมีสภาพสังคมที่ไม่มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีห้องน้ำห้องส้วม ไม่มีน้ำประปา ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีการระบายอากาศ ไม่มีอากาศบริสุทธิ์ และไม่มีที่ว่างมากพอแก่กับผู้อยู่อาศัยภายใน มีผู้อยู่อาศัยจำนวนมาก ทำให้การจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นอยู่อื่นๆ ไม่ดี (พัฒน์ สุจางค์. 2529)

ในความหมายของการเคหะแห่งชาตินั้นให้ความหมายว่า ชุมชนแออัด หมายถึง บริเวณพื้นที่ที่มีสภาพไม่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำขัง อับชื้นหรือสกปรก มีปริมาณผู้อยู่อาศัยอย่างแออัด อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยความปลอดภัย หรืออาจก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ทั้งนี้มีความหนาแน่นของอาคารที่พักอาศัยในชุมชน ในเขตเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ ระดับตั้งแต่ 30 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ ไม่ว่าพื้นดินนั้นจะมีเจ้าของหรือไม่ก็ตาม (อกิน รพีพัฒน์. 2542) ส่วนคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2530) ให้ความหมายของชุมชนแออัดว่า หมายถึง ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่นไร้ระเบียบและชำรุดทรุดโทรม ประชากรอยู่กันอย่างแออัดมีสภาพไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัยและเป็นชุมชนที่มีปัญหาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งลักษณะของประชากรที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด มีการตั้งบ้านเรือนอยู่หนาแน่น ไม่มีน้ํง และอยู่บนที่ดินของรัฐหรือเช่าที่ของเอกชน ประชากรส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือที่เข้ามารับจ้างในงานก่อสร้าง ค่าแรงต่ำ รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ ประชาชนที่อาศัยบางส่วนเป็นชาวชุมชนดั้งเดิมที่มีฐานะปานกลางถึงยากจน มีความเป็นอยู่แออัด ขาดความเป็นส่วนตัว และมักมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย ปล่อยปละละเลยผู้หญิงและเด็ก ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาต่ำ เพียงอ่านออกเขียนได้ มีความถีนการคิมแอลกอฮอล์ รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ มีความอดทนสูง มีความกดดันทางจิตใจ ไม่ค่อยคิดถึงอนาคต (อกิน รพีพัฒน์. 2542)

1.2 การเกิดชุมชนแออัด

สุวรรณ กงแป้น (2549. ออนไลน์) กล่าวว่า การก่อเกิดคนจนในเมือง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดชุมชนแออัด เนื่องจาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 เป็นต้นมา ระบบทุนนิยมยุคใหม่มีการพัฒนาอย่างเป็นขบวนการจนขยายไปทั่วโลก

ชุมชนแออัดหรือสลัมเกิดขึ้นทั้งในกรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ในต่างจังหวัด เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น โคราช สงขลา เป็นต้น โดยมีที่มาคล้ายคลึงกันคือ เป็นกลุ่มเกษตรกร ล้มละลาย เข้ามาขายแรงงานในเมือง มีรายได้ต่ำจึงต้องแสวงหาที่อยู่อาศัยราคาถูก ประกอบกับในอดีตที่ดินเมืองไทยยังเป็นที่ว่างเปล่า ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ชาวบ้านจึงได้ไปปลูกบ้านเรือนและค่อยๆ ขยายตัวกลายเป็นสลัม ทักษะของหน่วยงานรัฐและสาธารณชนจะมองว่า “สลัม” คือแหล่งรวมของ ปัญหาเป็นบ่อเกิดอาชญากรรม ซึ่งก็ถูกเพียงส่วนเดียวและผิวเผิน ไม่มองกระบวนการใน ประวัติศาสตร์ และสาเหตุที่มาอย่างลึกซึ้ง ขณะที่หน่วยงานภาครัฐที่ใกล้ชิด เช่น การเคหะแห่งชาติ สถาบันพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง (พชม) สำนักพัฒนาชุมชน ของกรุงเทพมหานคร และองค์กรพัฒนาเอกชน ด้านสลัมจะมองตรงกันว่า “สลัมเป็นผลพวงจาก การพัฒนาประเทศที่ไม่สมดุลระหว่างเมืองกับชนบท และระหว่างเกษตรกรรมกับอุตสาหกรรม”

อรวรรณ สุทธางกูร (2540) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร โดยทำการสำรวจใน 46 ชุมชน พบว่าผู้ที่อาศัยในชุมชน แออัดเป็นผู้ที่มาจากการย้ายถิ่น สูงถึงร้อยละ 64.6 และพบว่าสมาชิกในครัวเรือนภายในชุมชน แออัดประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ที่มาจากการย้ายถิ่น ส่วนอัตราการย้ายถิ่นของครัวเรือนมีประมาณ ร้อยละ 0.46 (ชุมชนด้านทิศใต้) ซึ่งการย้ายถิ่นดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการแพร่กระจายโรคต่างๆ เข้าสู่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ระบาดในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น โรค พยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

จากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 ท้าวราชอาณาจักร (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ. 2543) พบว่า ประชากรทั่วประเทศมีการย้ายถิ่น (ภายใน 5 ปี) สูงถึง 3,823,810 คน (ร้อยละ 6.2) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครในช่วงเวลาสำรวจ เป็นผู้ที่มาจากการย้ายถิ่น 526,373 คน ช่วงอายุที่มีการย้ายถิ่นมากที่สุดคือ 20-24 ปี รองลงมาคือ 25-29 ปี และ 30-39 ปี ตามลำดับ ซึ่งนับว่าเป็นวัยแรงงาน และเป็นวัยที่มีการตั้งครอบครัว นอกจากนี้จากรายงานยังระบุ ว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้ายถิ่นมากกว่าภาคอื่นๆ เรียงจากลำดับจากสูงไป ต่ำ ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี อุดรธานี บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ฯลฯ ซึ่งผู้ ย้ายถิ่นเหล่านี้ต้องการเข้ามาหางานทำ และต้องการที่พักอาศัยที่หาได้สะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย มากนัก โดยส่วนหนึ่งก็ได้เข้าไปพักอาศัยในชุมชนแออัดนั่นเอง

1.3 ปัญหาในชุมชนแออัด

จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) พบว่าจำนวนครัวเรือน ภายในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 90,659 ครัวเรือน มีประชากร 534,685 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร เป็นชาย 257,503 คน เป็น

หญิง 277,182 คน พบว่ามีผู้อยู่อาศัยเฉลี่ย 6 คน/ครัวเรือน นับว่าค่อนข้างแออัดเมื่อเทียบกับ ครัวเรือนโดยทั่วไปของกรุงเทพมหานครที่มีผู้อยู่อาศัยเฉลี่ย 4 คน/ครัวเรือน รายได้เฉลี่ยต่อ ครัวเรือนประมาณ 11,997 บาท/เดือน และข้อมูลการสำรวจในปี 2543 ของสถาบันพัฒนาองค์กร เอกชน (องค์การมหาชน) พบว่ามีชุมชนแออัดทั่วประเทศจำนวน 5,500 ชุมชน มีจำนวน 1,500,000 ครัวเรือน คิดเป็นประชากร 6,750,000 คน รวมถึงกลุ่มคนไร้บ้าน คนได้สะพาน คน เรือ ฯลฯ อีกประมาณ 370,000 ครัวเรือน หรือประมาณ 1,500,000 คน รวมเป็นคนจนใน เมืองทั้งสิ้นประมาณ 1,870,000 ครัวเรือน หรือ 8,250,000 คน เมื่อเปรียบเทียบกับประชากร เมืองทั้งหมด สัดส่วนคนในเมืองสูงถึงร้อยละ 37 (สุวัฒน์ คงแป้น. 2549 : ออนไลน์) ทั้งนี้ยัง รายงานว่าในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีชุมชนแออัดอยู่ประมาณ 1,440 ชุมชน จำนวน ครอบครัวยุคประมาณ 310,000 ครอบครัว จำนวนประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน ทำให้เกิด ปัญหาต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย

ปัญหาในชุมชนแออัดด้านประชากร พบว่าประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัดต้อง รับภาระการเลี้ยงดูเด็กและคนชราสูงกว่าประชากรวัยแรงงานทั่วไปของกรุงเทพมหานคร ทำให้เป็น การรับภาระที่หนักจนอาจทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว โดย รายงานระบุว่าฐานะทางเศรษฐกิจของคนในชุมชนส่วนมากค่อนข้างยากจน ถึงแม้ว่าจะบุคคลมี รายได้ปานกลางเป็นจำนวนมากแต่ก็ต้องรับผิดชอบต่อผู้ไม่มีงานทำ และมีภาระหนี้สินประมาณ 43,335 บาท/ครัวเรือน ส่วนด้านการศึกษาที่ร้อยละ 71 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หัวหน้า ครอบครัวยุคละ 46 ทำงานเป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 37 ทำงานธุรกิจส่วนตัวที่ไม่มีลูกจ้าง โดยประชาชนในชุมชนแออัดมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกไล่ที่ ทำให้ขาดความมั่นคงในที่อยู่อาศัย (ค่า คะแนนความมั่นคงเท่ากับ 7 จากคะแนน 16) (อรรวรรณ สุทธางกูร. 2540)

อรรวรรณ สุทธางกูร (2540) ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่ อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่า ที่อยู่อาศัยเป็นองค์ประกอบสำคัญและพบว่า ความมั่นคงในที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงน้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาพรวมคุณภาพชีวิตของครัวเรือน ในชุมชนแออัดมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยดีนัก และจากการที่สภาพแวดล้อมภายในชุมชนแออัด ประกอบด้วย การระบายน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน การจัดเก็บขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม สภาพเสื่อมโทรม มีหนู แมลงสาป และยุงเป็นจำนวนมาก โดยสัตว์ดังกล่าวสามารถเป็นตัวเก็บกักและแพร่เชื้อ โรคได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้พบว่าภายในชุมชนแออัดมีการระบายอากาศได้ไม่ดี ทำให้เกิดสภาพ ความอับชื้นเนื่องจากการท่วมขังของน้ำทิ้งและการหมักหมมของขยะ ทำให้ชุมชนดังกล่าวเป็น แหล่งเจริญของเชื้อโรคได้เป็นอย่างดี (ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533) โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขงของพยาธิ ลำไส้ เช่น พยาธิปากขอจะฟักเป็นตัวอ่อนก่อนที่จะไชเข้าสู่คนนั้นต้องอาศัยพื้นดินที่อบอุ่นและชื้น เป็นต้น (สมชัย บวรกิตติ; จอห์น พี ลอพักส์; และกฤษภา ศรีสำราญ. 2542)

จากการศึกษาทางด้านประชากรพบว่า ประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัดต้องรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและคนชราสูงกว่าประชากรวัยแรงงานทั่วไปในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ส่วนลักษณะทางกายภาพของชุมชนแออัดที่พบเห็นทั่วไป เป็นที่อยู่อาศัยรวมกันอย่างหนาแน่นไม่เป็นระเบียบสภาพแวดล้อมไม่ดีมากนัก เช่น มีทางเดินแคบๆ ไม่มีทางระบายน้ำ ก่อให้เกิดน้ำท่วมขังในพื้นที่ชุมชนตลอดจนขาดแคลนสาธารณูปโภคต่างๆ เช่น น้ำประปา โดยร้อยละ 58 ของชุมชนแออัดทั้งหมดของกรุงเทพมหานครที่มีระบบกำจัดขยะมูลฝอย และสภาพทั่วไปจะเป็นน้ำครำ ชื้น และ อันเนื่องมาจากท่อระบายน้ำไม่ได้มาตรฐาน พบว่ามีร้อยละ 52 ของชุมชนแออัดเท่านั้นที่มีทางระบายน้ำที่เหมาะสมและไม่ทำให้เกิดน้ำท่วมขังในชุมชน ซึ่งสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาในการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคต่างๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537) ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการที่ประชาชนไม่สนใจต่อการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย สาเหตุอาจเนื่องจากประชาชนต้องใช้เวลากับการทำมาหาเลี้ยงชีพ จึงทำให้ประชาชนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยต่ำ (อรรณ สุทธางกูร. 2540) เนื่องจาก ส่วนใหญ่ปลูกบ้านอยู่ในพื้นที่เช่าหรือบุกรุก ซึ่งอาจถูกไล่รื้อ ได้ตลอดเวลา เป็นสาเหตุให้ไม่ใส่ใจในการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกัยมากเท่าที่ควร ลักษณะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะทางกายภาพในชุมชนแออัดของศิริลักษณ์ แก้วคงยศ (2533) ที่พบว่าสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนแออัดมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย และการศึกษาของวัน คุชิตา (2529) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกือบทุกปัจจัย เช่น คริวเรือนที่มีส้วมไม่ถูกอนามัย จึงมีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารมากที่สุด คริวเรือนที่มีน้ำดื่มน้ำใช้ไม่สะอาดทำให้สมาชิกเกิดการเจ็บป่วยได้ เช่นเดียวกับรายงานในต่างประเทศพบว่าผู้ที่พักอาศัยในชุมชนแออัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บค่อนข้างสูง (Hussain; Keramat; and Kvale. 1999 : 758) นับว่ามีสภาพไม่ต่างจากชุมชนแออัดในประเทศไทย

การที่ประชาชนในชุมชนแออัดมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อโรคต่างๆ ค่อนข้างสูงเพราะสภาพภายในชุมชนแออัดมีความอับชื้นเนื่องจากการท่วมขังของน้ำทิ้งและมีการหมักหมมของขยะ ทำให้เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขงของพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิปากขอจะฟักเป็นตัวอ่อนก่อนที่จะไชเข้าสู่คนนั้นต้องอาศัยพื้นดินที่อบอุ่นและค่อนข้างชื้น (สมชัย บวรกิตติ; จอห์น พี ลอฟกัส; และกฤษภา ศรีสำราญ. 2542) งานวิจัยของ บังอร ฉางทรัพย์และคณะ (บังอร ฉางทรัพย์; พัชรินทร์ บุญแทน; และนัยนา อาณัติ. 2546 : 219-227) ได้ทำการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิเส้นด้ายในเด็ก ซึ่งเป็นโรคหนึ่งทีแสดงถึงการมีสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พสกัยที่บกพร่อง พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ของประชาชน ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานครมีอัตราการติดเชื้อค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นของ

กรุงเทพมหานคร ปัญหาหนึ่งภายในชุมชนเขตคลองเตย โดยเฉพาะอย่างยิ่งไข้ของพยาธิเส้นด้ายที่สามารถลอยอยู่ในสิ่งแวดล้อม ทำให้ติดอยู่ตามเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งการรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด มีการปนเปื้อนไข้พยาธิได้โดยง่าย การศึกษาอัตราการตายของเด็กในชุมชนแออัดในเมืองดากา ประเทศบังคลาเทศ พบว่าโรคหนึ่งที่เป็นปัญหามาก ได้แก่ โรคท้องร่วงสาเหตุเกิดจากมีการปนเปื้อนอุจจาระในอาหาร คาดว่าเด็กประมาณ 3 ล้านคนต่อปี ตายเพราะโรคนี้นี้ (Kolsky; and Blunmenthal. 1995 : 132-139) สาเหตุหนึ่งเกิดจากการเป็นโรคพยาธิไส้เดือนซึ่งมีสาเหตุมาจากคิมน้ำและสุขาภิบาลที่ไม่สะอาด สิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตรอดของเด็ก (Esrey; et al. 1991 : 609-621)

ปัญหาด้านสังคมนับเป็นปัญหาที่สำคัญของชุมชนแออัด ได้แก่ ปัญหาความยากจน ที่นำไปสู่การทะเลาะวิวาทในครอบครัว ขาดการดูแลเอาใจใส่บุตรหลาน และภาวะหนี้สิน (ชลชาติพิย์ ภูณะบุตร. 2523) แต่ประชาชนก็ยังมีความต้องการให้บุตรหลานได้รับการศึกษาระดับสูง ในการสำรวจวิจัยพบที่มีความขัดแย้งกัน เช่น การสำรวจของ วิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ (2527 : 114-116) ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดต่อโครงการฟื้นฟูการศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนซอยสี่น้ำเงิน พบว่าหัวหน้าครัวเรือนที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีความพึงพอใจต่อโครงการในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ด้านที่ดิน ด้านองค์ประกอบชุมชน และด้านสังคมและพัฒนาการรวมกลุ่ม ส่วนผลการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่อาศัยในแฟลตคลองเตยเกี่ยวกับความคิดเห็นในห้องพักอาศัยพบว่า ผู้อาศัยมีความเห็นว่าห้องพักคับแคบปรากฏผลว่าผู้อยู่อาศัยจำนวนถึงร้อยละ 41.3 ที่ตอบว่าห้องพักคับแคบไม่น่าอยู่ ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก นอกจากนี้การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้อยู่อาศัยที่เคยและไม่เคยอยู่ในชุมชนแออัดมาก่อนพบว่า รายได้มีผลต่อความพึงพอใจคือ ผู้ที่มีรายได้สูงมีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิตประจำวันภายในแฟลตมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน จึงต้องการความสะดวกในการเดินทางไปทำงานและการออกไปซื้อสิ่งของ จึงเห็นว่ามีความสะดวกสบายจากการบริการของการเคหะแห่งชาติพอสมควร (กานดา ธรรมปรีชา. 2526 : 88)

มีการศึกษาปัญหาทางด้านทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตยที่มีต่อต่อขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่ม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ผู้คนในชุมชนแออัดส่วนมากมีทัศนคติในเชิงไม่เห็นความสำคัญของการรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยมีเพียงส่วนน้อยที่เห็นความสำคัญ และพบว่าทัศนคติที่มีต่อขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การรับรู้การเก็บขยะมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่ม นอกจากนี้ผู้คนในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมการทิ้งขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มไม่เหมาะสม (กริ่งแก้ว เลานบุญเสถียร. 2537) จากการศึกษาดังกล่าว

แสดงให้เห็นว่าประชากรในชุมชนแออัดยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเกี่ยวกับการกำจัดขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องคั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมกำจัดขยะชนิดอื่นๆ ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของการรักษาความสะอาดของสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง นับว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชุมชนแออัด โดยมีงานวิจัยเป็นจำนวนมากพบว่า การปฏิบัติด้านอนามัยของประชากรในชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้วมีความสัมพันธ์กับอายุของบุคคล นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ ด้านจำนวนบุตรในปัจจุบันและรวมด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านอนามัยและการสุขาภิบาล (ประเจตน์ เกษน้อย, 2530 : ก-ข)

จากงานวิจัยเกี่ยวกับชุมชนแออัดตามที่กล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่าชุมชนแออัดมีจำนวนมากเนื่องมาจากการอพยพของประชาชนจากต่างจังหวัด เพื่อเข้าสู่แหล่งงานภายในกรุงเทพมหานคร ทำให้ความต้องการที่อยู่อาศัยในราคาถูกมีเป็นจำนวนมากและการที่ประชาชนมาอยู่รวมกันอย่างหนาแน่นภายในชุมชนแออัด ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย เช่น ปัญหาสภาพแวดล้อม ความเสื่อมโทรม โรคภัยไข้เจ็บและปัญหาสังคมต่างๆ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาความเสื่อมโทรมเกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากปัญหาความยากจนและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยต่ำ ทำให้ประชาชนในชุมชนแออัดมีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคต่างๆ โดยเฉพาะ โรคติดต่อสูงกว่าประชาชนในแหล่งอื่นๆ

1.4 ชุมชนแออัดคลองเตย

สุวัฒน์ คงแป้น (2549 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึง ชุมชนแออัดคลองเตยว่า เกิดจากการที่รัฐมีการสร้างท่าเรือขึ้นที่คลองเตยโดยมีการเวนคืนที่ดินจำนวน 2,259 ไร่ แต่นำไปใช้ประโยชน์ได้จริงเพียง 400 ไร่ เท่านั้น ประกอบกับกิจกรรมของการท่าเรือแห่งประเทศไทย มีความจำเป็นต้องใช้แรงงานเป็นจำนวนมาก และยังมีที่ดินที่เวนคืนไว้แล้วแต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์จึงทำให้มีผู้อพยพเข้ามาอยู่อาศัยในที่ดินดังกล่าว เป็นจำนวนมาก ทั้งแรงงานที่เข้ามาทำงานที่การท่าเรือ เข้ามาค้าขาย และบริการต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นจะเห็นว่ากรณีของชุมชนแออัดคลองเตย แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึง “ชุมชนแออัด” ที่เกิดมาจากการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานโดยอาศัยอยู่ใกล้ “แหล่งงาน”

ปัจจุบันชุมชนคลองเตย จัดเป็นชุมชนแออัดที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ครอบคลุมพื้นที่ประมาณ 800 ไร่ เป็นที่ลุ่มบึงลึกที่อยู่อาศัยติดต่อกันเป็นผืนใหญ่รูปพระจันทร์ในแนวทิศตะวันออกจนถึงทิศตะวันตก ลักษณะของประชากรในชุมชนแออัดคลองเตย ส่วนใหญ่เป็นชาวไร่ชาวนาที่อพยพมาจากภาคกลางรองลงมาคือ เป็นผู้อพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเป็นคนยากจนในกรุงเทพมหานครที่ถูกไล่ที่มาจากที่อื่น ทุกคนต้องหาที่อยู่อาศัยตามอัตภาพของ

คน เมื่อพบที่ว่างเปล่าที่เป็นที่ดินของการทำเรือก็หาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่จะใช้สร้างที่อยู่อาศัยได้ เช่น เศษไม้ สังกะสี และกระดาษหนาๆ เป็นต้น จัดสร้างที่อยู่อาศัยพอที่จะอยู่ได้ ดังนั้นจึงพบว่าประชาชนในชุมชนคลองเตยจึงมีสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกันส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงานเป็นกรรมกรรับจ้างทั่วไป ตัวอย่างเช่น กรรมกรแบกหาม ช่างไม้ ช่างปูน ช่างก่อสร้าง ค้าขายรายย่อย ประกอบหัตถกรรมครัวเรือน ขับรถรับจ้าง และรับจ้างทั่วไปบริเวณใกล้เคียง บริเวณชุมชนแออัดคลองเตยมีแหล่งงานเป็นจำนวนมาก นอกจากการทำเรือแล้วยังมี โรงฆ่าสัตว์ คลังน้ำมัน โกดัง อู่รถเมล์หลายสาย ตลาดขนส่งคลองเตย โรงงานผงซักฟอก และโรงกึ่ง เป็นต้น (กริ่งแก้ว เลาบุญเสถียร. 2537)

ขอบเขตบริเวณของชุมชนคลองเตย พบว่า ทิศเหนือจรดกับเขตวัฒนาด้านสุขุมวิท ทิศใต้จรดแม่น้ำเจ้าพระยา ทิศตะวันออกจรดเขตพระโขนง (ด้านซอยสุขุมวิท 52) ทิศตะวันตกจรดเขตปทุมวันและเขตวัฒนาด้านทางรถไฟสายนนทบุรี มีประชากรรวมทั้งสิ้น 122,048 คน ประกอบด้วยบ้านพักอาศัย 20,181 หลังคาเรือน ประชาชนโดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยส่วนใหญ่ประชาชนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ภายในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วยชุมชนที่หลากหลาย ทั้งนี้ตามประกาศของกรุงเทพมหานคร ได้แบ่งชุมชนต่างๆ ออกได้เป็นชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร เคหะชุมชน และชุมชนเมือง อย่างไรก็ตามจากข้อมูลของสำนักงานเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร (2551) พบว่าปัจจุบันชุมชนในเขตคลองเตย มีจำนวนทั้งสิ้น 41 ชุมชน แยกประเภทของชุมชนได้เป็น ชุมชนเมือง 9 ชุมชน ชุมชนแออัด 27 ชุมชน ชุมชนบ้านจัดสรร 1 ชุมชน และเคหะชุมชน 5 ชุมชน ทั้งนี้เฉพาะประชากรในชุมชนแออัด ทั้ง 27 ชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 58,893 คน จาก 10,902 ครัวเรือน ชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในที่ดินของการทำเรือแห่งประเทศไทย และที่ดินในส่วนของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ แต่ละชุมชนมีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537 และมีคณะกรรมการชุมชน ชุมชนละ 7-25 คน ชุมชนแออัดเกือบทั้งหมดมีปัญหาด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ที่พักอาศัยที่มีคุณภาพไม่เหมาะสม ปัญหาทางด้านสังคม ยาเสพติด และปัญหาความยากจนที่เป็นปัญหาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ในส่วนพัฒนาการของชุมชนคลองเตย ในช่วงปี พ.ศ. 2513 – พ.ศ. 2514 คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ทำการสำรวจและเผยแพร่ข้อมูล ทำให้ได้รับความสนใจจากภาครัฐ โดยหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กรมประชาสัมพันธ์ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จนเกิดโครงการต่างๆ เพื่อปรับปรุงชุมชนคลองเตยต่อมา เช่น การสร้างแฟลต ปรับปรุงการใช้ที่ดิน และการจัดหาที่อยู่ใหม่ให้แก่ประชาชน เป็นต้น ในส่วนของการดำเนินการแก้ปัญหาชุมชนแออัดคลองเตยนั้น เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 จนถึงปัจจุบัน ทั้งการเวนคืนที่ดิน การไถ่เรือ การก่อตั้งโรงเรียนวันละบาทหลายแห่ง การจัดตั้งศูนย์และมูลนิธิต่างๆ การก่อตั้งโรงเรียน

ชุมชน และการดำเนินโครงการต่างๆ อีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งการดำเนินการพัฒนาชุมชนคลองเตยมี ปัญหา อุปสรรค มาอย่างต่อเนื่อง (สถาบันการพัฒนาพื้นฐาน ภายใต้โครงการส่งเสริมการจัดการ ถึงแวดล้อมเมือง. 2550 : ออนไลน์)

2. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม / การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

2.1 ความหมายการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม / การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

คำว่า “การสุขาภิบาล” การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และ อนามัยสิ่งแวดล้อม ล้วนแต่ มีกำเนิดและวิวัฒนาการมาด้วยกัน เพราะศัพท์ทางวิชาการบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม กาลเวลา องค์การอนามัยโลกเคยกล่าวว่า “การสุขาภิบาล บางครั้งเรียกว่า การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม หรืองานอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งมาจากคำว่า sanitation, environmental sanitation หรือ environmental health work (พัฒนา มูลพฤกษ์. 2539 : 14) โดยพัฒน์ สุจำนงค์ (2529) ให้ความหมายของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม คือ การป้องกันโรค โดยการกำจัด ควบคุม และปรับปรุงสภาวะสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวคน เป็นการตัดวงจรของโรคที่ติดต่อมาสู่ คน เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดต่อ ต่างๆ มิให้แพร่กระจาย หรืออีกความหมายหนึ่งของการ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม คือ การควบคุมองค์ประกอบต่างๆ ทั้งหลาย อันเป็นสิ่งแวดล้อมทางด้าน กายภาพของมนุษย์ซึ่งทำให้หรืออาจทำให้เกิดเป็นพิษเป็นภัยต่อการเจริญเติบโตทางด้านกายภาพ สุขภาพ และการมีชีวิตของคน จากความหมายของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมคือ การบำรุงรักษา การปรับปรุง หรือการแก้ไข สภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยและความสุขปราศจากโรค

ในส่วนความหมายของ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย หมายถึง การจัดการ และควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยให้สะอาดถูกสุขลักษณะ โดยจัดการให้ได้ตามความต้องการขั้นมูลฐาน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจัดให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดโรคระบาดให้ผู้พัก อาศัย (พัฒน์ สุจำนงค์. 2529) ทั้งนี้ในส่วนของที่พักอาศัยมีการเรียกในลักษณะต่างๆ ได้แก่ (พัฒนา มูลพฤกษ์. 2539)

อาคาร ซึ่งหมายถึง ตึก บ้าน เรือน โรง ร้าน แพ คลังสินค้า สำนักงาน หรือสิ่งที ก่อสร้างขึ้นอย่างอื่นซึ่งบุคคลอาจเข้าอยู่หรือเข้าใช้สอยได้

อาคารที่พักอาศัย หมายถึง ตึก บ้านเรือน โรง แพ ซึ่งปกติบุคคลอาศัยอยู่ทั้ง กลางวันและกลางคืน

ห้องแถว หมายถึง อาคารที่พักอาศัย หรืออาคารพาณิชย์ ซึ่งปลูกสร้างติดต่อกัน เป็นห้องแถวเกินสองห้องและประกอบด้วยวัสดุไม่ทนไฟเป็นส่วนใหญ่

ที่อยู่อาศัย หมายถึง อาคารบ้านเรือน รวมถึงตึก โรง และแพที่มนุษย์จัดสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัยทั้งกลางวันและกลางคืน ภายในที่อยู่อาศัยประกอบไปด้วยสิ่งต่างๆ ที่ต้องการ มีทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย อุปกรณ์และสิ่งใช้สอยที่จำเป็นตามความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีงามทั้งส่วนตัวและครอบครัวของผู้พักอาศัย

2.1 ความสำคัญการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม / การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

มนุษย์เราดำรงชีวิตอยู่ด้วยความผาสุกทุกวันนี้ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสำคัญหลายประการ เช่น อากาศ น้ำ อาหาร และที่อยู่อาศัย การจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย นับว่ามีความสำคัญในการทำให้มนุษย์มีชีวิตอยู่โดยปลอดภัย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน ในทางตรงกันข้าม ถ้าปัจจัยดังกล่าวเป็นพิษขึ้นเนื่องจากการปรับปรุงการสุขาภิบาลไม่ดี ก็จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคภัยขึ้น ด้วยเหตุนี้นักสาธารณสุขจึงต้องสนใจเรื่องการสุขาภิบาลไม่น้อยกว่ากิจกรรมอย่างอื่น คนเราจะกินคืออยู่ดีมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ก็เนื่องด้วยการมีสุขาภิบาลที่ดี การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้เพราะประชาชนเป็นขุมพลังของชาติ เศรษฐกิจของประเทศจะดีหรือไม่ดีนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับความสุขสมบูรณ์ของพลเมืองในประเทศอีกด้วย เพราะขุมพลังคือ แรงงานที่เกิดจากคนสามารถก่อให้เกิดทรัพยากรอย่างอื่นได้อีกมากมาย

ความเจ็บป่วยที่เกิดกับมนุษย์นั้นพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่บกพร่อง เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สกปรก อับชื้น มีน้ำขัง การระบายอากาศที่ไม่ดี การมีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่ไม่สะอาด และการกำจัดของจระที่มิถูกหลักสุขาภิบาล เป็นต้น สภาพแวดล้อมดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเจริญของเชื้อโรคต่างๆ เป็นอย่างดี มีผลให้เชื้อโรคแพร่กระจายติดต่อไปในประชาชนได้อย่างง่ายดาย โรคสำคัญที่เกิดจากการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่บกพร่องมีนานัปการ ยกตัวอย่างเช่น อหิวาตกโรค ไข้รากสาดน้อย โรคบิดชนิดต่างๆ และโรคพยาธิลำไส้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ต่างๆ ตามมา เช่น โรคหอบหืด และโรคทางจิตประสาท โดยโรคต่างๆ ดังที่กล่าวมานี้ เป็นโรคที่เราสามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นวิธีง่ายและสิ้นเปลืองน้อยกว่าการรักษาเป็นอย่างมาก วิธีป้องกัน ได้แก่ การปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยการกำจัด การควบคุม และปรับปรุงสภาวะสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการปรับวงจรของโรคที่จะเข้าไปติดต่อกับมนุษย์ ดังนั้นพอสรุปความสำคัญของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้ดังนี้ (พัฒน์ สุจันงค์. 2529) 1) ลดอัตราป่วยและอัตรามรณะของประชากร 2) ส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชากร 3) ส่งเสริมเศรษฐกิจของประเทศชาติ และ 4) ส่งเสริมความเจริญของประเทศชาติ

พิชิต สกกุลพราหมณ์ (2531) ให้ความสำคัญของสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยว่า ที่พักอาศัยถือเป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์นอกเหนือจากเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหาร

และยารักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่อยู่อาศัยซึ่งเรียกกันง่ายว่า “บ้าน” ไม่ว่าบ้านจะมีลักษณะหรือรูปทรงอย่างไร หรือมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะและรูปทรงไปตามกาลสมัย ลักษณะของภูมิประเทศและภูมิอากาศหรือขนบธรรมเนียมประเพณีก็ตาม แต่หลักการสำคัญของ “บ้าน” คือ เพื่อให้เป็นที่อยู่อาศัย พักผ่อนหลับนอน เกิดความสุขทั้งกายและใจ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีความปลอดภัยในการอยู่อาศัย สามารถปกป้องอันตรายจากภายนอกต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงลมฟ้าอากาศ สัตว์ร้าย โจรผู้ร้าย เป็นต้น จึงมักได้ฟังคำว่า “บ้านคือวิมานของเรา” ดังนั้นการทำให้บ้านเป็นวิมานได้นั้นจะต้องมีการ ดำเนินการจัดบ้านที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมโดยควรคำนึงถึงความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม การป้องกันโรคติดต่อและการป้องกันอุบัติเหตุ (พัฒน์ สุจันงค์. 2529)

เมื่อเราทราบดีแล้วว่า การสุขาภิบาล คือ การป้องกันโรคและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า “กันดีกว่าแก้” หรือ “ป้องกันดีกว่าการรักษา” การป้องกันโรคที่ได้ผลแน่นอนและถาวรนั้น เนื่องมาจากการปรับปรุงสุขาภิบาลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นงานสุขาภิบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในวงการสาธารณสุขและความเจริญของประเทศชาติ นั่นหมายความว่า การจัดการสุขาภิบาลดีแล้ว จะสามารถป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ เมื่อประชาชนไม่เจ็บป่วย คือ มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ก็จะสามารประกอบอาชีพได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่ต้องล้มป่วยและเสียเวลาหยุดพักรักษาตัว ซึ่งเมื่อมีแรงงานดีแล้วก็ย่อมมีรายได้ดีเป็นธรรมดา และทำให้มีเศรษฐกิจที่ดีตามไปด้วย ทั้งเศรษฐกิจของครอบครัว ท้องถิ่น และประเทศชาติตามลำดับ

2.3 ชนิดของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

พัฒน์ สุจันงค์ (2529) แบ่งชนิดของการสุขาภิบาลตามลักษณะท้องถิ่นได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในเมือง (Municipal environmental health) ได้แก่ การสุขาภิบาลในเขตสุขาภิบาลและเขตเทศบาล หรือในท้องถิ่นที่มีความเจริญ

2. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมชนบท (Rural environmental health) ได้แก่ การสุขาภิบาลในตำบลหรือในหมู่บ้านนอกเมืองซึ่งอยู่ห่างไกลความเจริญ

การจัดสุขาภิบาลทั้งสองลักษณะนี้ มีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกันคือ เพื่อป้องกันโรคให้แก่ประชาชน แต่การสุขาภิบาลในเมืองนั้นอาจจัดได้ดีกว่าการสุขาภิบาลชนบท เพราะว่าในเมืองหรือในท้องถิ่นที่เจริญ มีปัจจัยในการสุขาภิบาลดีกว่า เป็นต้นว่า มีเงิน มีเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์บางอย่างพร้อมและดีกว่า ตลอดจนความรู้ของประชาชน อย่างไรก็ตามเมื่อแบ่งตามลักษณะด้านต่างๆ สามารถแบ่งได้ ดังนี้ (พัฒน์ สุจันงค์. 2529)

1. น้ำดื่ม น้ำใช้ (Water supply) ต้องเป็นน้ำที่สะอาดปลอดภัยและมีให้เพียงพอ
2. การกำจัดสิ่งโสโครกและสิ่งปฏิกูล (Sewage and waste disposal) ได้แก่ การกำจัดอุจจาระ (Excrete disposal) การกำจัดน้ำโสโครก (Sewage disposal)
3. การกำจัดขยะมูลฝอย (Refuse disposal) ได้แก่ การควบคุมและกำจัดขยะมูลฝอยด้วยวิธีต่างๆ ที่ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันมิให้แหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
4. การสุขาภิบาลโรงเรียน (School sanitation) ได้แก่ การควบคุมและปรับปรุงโรงเรียนให้ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อความปลอดภัยของนักเรียนและป้องกันการเผยแพร่เชื้อโรคในโรงเรียน
5. การสุขาภิบาลอาหาร (Food sanitation) ได้แก่ การควบคุมและปรับปรุงร้านจำหน่ายอาหารให้ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคอาหาร และป้องกันการเผยแพร่เชื้อโรคเพื่อป้องกันการเผยแพร่เชื้อโรคทางอาหาร
6. การสุขาภิบาลที่พักอาศัย (Housing sanitation) ได้แก่ การควบคุมและการปรับปรุงอาคารบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการเผยแพร่เชื้อโรคเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
7. การสุขาภิบาลโรงงานอุตสาหกรรม (Industrial sanitation) ได้แก่ การควบคุมและการปรับปรุงโรงงานอุตสาหกรรมให้ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันสุขภาพอนามัยของคนงาน และป้องกันการแพร่เชื้อโรค
8. การควบคุมหนู แมลง และสัตว์แทะ (Rodents and insects control) ได้แก่ การกำจัดหนู กำจัดแมลง และสัตว์แทะอื่นๆ เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคแพร่กระจายด้วยการนำของหนูและแมลง
9. การสุขาภิบาลสระว่ายน้ำ (Sanitation of swimming pool) ได้แก่ การควบคุมและปรับปรุงสระว่ายน้ำให้ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
10. การสุขาภิบาลตลาด (Market sanitation) ได้แก่ การควบคุมและปรับปรุงตลาดสดให้ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคแพร่กระจาย เช่น การปรับปรุงที่ขายเนื้อ ปลา อาหารสด โดยกรูดด้วยน้ำลวดตาข่าย การจัดระเบียบสิ่งของที่วางขายเป็นต้น
11. การกำจัดเหตุรำคาญ (Eradication of nuisances) ได้แก่ การกำจัดและควบคุมแก้ไขเหตุรำคาญต่างๆ ที่มารบกวน หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน
12. การควบคุมภาวะมลพิษทางอากาศ (Prevention of air pollution) ได้แก่ การควบคุมอากาศเสียที่ออกจากยานพาหนะ การเผาไหม้เชื้อเพลิง การเผาไหม้จากโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย นับเป็นส่วนหนึ่งของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ ได้พิจารณาถึงส่วนต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องหรือเป็นส่วนหนึ่งของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย จึงนำส่วนดังกล่าวเข้ามาอยู่ในส่วนของการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ การกำจัดขยะมูลฝอย การควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค การกำจัดเห็บราคาดู และการควบคุมมลพิษทางอากาศ เป็นต้น ทั้งนี้ได้แยกชนิดตามคำจำกัดความของพิชิต สกุลพราหมณ์ (2531) ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานทางด้านสรีรวิทยา ความต้องการทางด้านจิตวิทยา การป้องกันโรคติดต่อ และการป้องกันอุบัติเหตุ ตามรายละเอียดที่จะกล่าวถึงต่อไป

2.4 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาของประเทศไทย

โดยทั่วไปวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมมีลักษณะเหมือนกันคือ เพื่อความผาสุกของมวลชนในด้านสุขภาพอนามัย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของสถาบันต่างๆ มีต่างกันบ้างทั้งในด้านทฤษฎี และการปฏิบัติ โดยพัฒนา มูลพฤกษ์ (2539) ได้สรุปภาวะการณ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่แล้วในประเทศไทยมีงานหลักที่จะต้องจัดทำ เช่น 1) การจัดหา น้ำดื่ม น้ำใช้ และมลพิษทางน้ำ (Water supply development and pollution) ได้แก่ การดำเนินโครงการให้ได้มาซึ่งน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ หรือริบเร่งจัดทำโครงการประปา นี้จะเน้นหนักไปในทางควบคุมคุณภาพน้ำ รวมทั้งการหาแหล่งน้ำที่สะอาดให้ประชาชนได้ใช้และดื่ม ในขณะที่เดียวกันก็เน้นหนักไปในด้านการควบคุมมิให้แหล่งน้ำเกิดสกปรกขึ้นได้ (Water pollution control) 2) การกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือของเสีย (Waste treatment and disposal) เช่น การกำจัดน้ำโสโครก (Sewage treatment and disposal) การกำจัดขยะมูลฝอย หรือของเสียประเภทของแข็ง (Solid waste disposal) สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งไม่น่าดู (Unightly) และยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลง และสัตว์กัดแทะ (Breeding place of insects and rodents) เป็นสาเหตุทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายสู่มนุษย์ และยังเป็นเครื่องชี้ถึงความเจริญของประเทศที่สำคัญอย่างหนึ่งด้วย 3) การควบคุมแมลงนำโรคและสัตว์กัดแทะ (Vectors, Rodents control) เช่น ยุง แมลงวัน หนู ฯลฯ พวกนี้ถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านชีวภาพ (Biological environment) ที่มีความสำคัญ และเป็นปัญหาของการสาธารณสุข เฉพาะแมลงนำโรค (Vectors) และสัตว์กัดแทะ (Rodents) เหล่านี้มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์มาก โดยการทำให้เกิดความเจ็บป่วยล้มตายเป็นอันมากและยังมีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศที่สำคัญอีกด้วย 4) การสุขาภิบาลอาหารและน้ำนม (Milk and food sanitation) การควบคุมคุณภาพของอาหาร และนม (Quality food sanitation) คือกระบวนการผลิตอาหาร เริ่มตั้งแต่แหล่งที่มาของอาหาร การขนส่ง หรือการลำเลียงอาหาร การปรุงหรือการเตรียมอาหาร การเก็บอาหาร โรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ อนามัยของอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับ

อาหาร อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ เช่น การล้างภาชนะใส่อาหาร การเก็บอาหาร และ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ เป็นต้น การดำเนินงานด้านนี้ มีความเกี่ยวข้องกับทั้งโรงงานผลิตอาหาร โรงงานผลิตน้ำอัดลม โรงฆ่าสัตว์ โรงน้ำแข็ง ร้านอาหาร ฯลฯ 5) มลพิษทางอากาศ (Air pollution) เนื่องจากอากาศเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) มนุษย์เรา ต้องการใช้ในการหายใจเพื่อการดำรงชีวิต ฉะนั้นเมื่ออากาศที่เราหายใจไม่บริสุทธิ์ มีสิ่งเจือปน มากก็ย่อมเกิดอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งได้แก่ NO₂, SO₂, CO, NH₃, CL₂, HCL, HCN และรวม ตลอดถึงพวกละอองของไอปรอท ตะกั่ว และฝุ่นละอองต่างๆ เป็นต้น พวกนี้จะมีอันตรายสูงต่อ สัตว์ พืช และมีผลต่อสุขภาพอนามัยด้วย และ 6) การอาชีวอนามัย และสุขศาสตร์อุตสาหกรรม (Occupational health and industrial hygiene) ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค หรืออันตรายที่ เกิดขึ้นเนื่องจากการประกอบอาชีพทุกประเภท เพื่อส่งเสริมดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีที่สุดด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนงานซึ่งประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม นับเป็นผู้มีโอกาสมากในการสัมผัสและเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ รวมทั้งเกิดอุบัติเหตุ ในโรงงานซึ่งมีบ่อยครั้งอีกด้วย

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (ฐานข้อมูล วิจัยการศึกษา. 2549 : ออนไลน์) ได้ทำการประเมินผลโครงการอาสาพัฒนาชุมชน แหล่งเสื่อมโทรม 46 แห่ง ระยะที่ 1 (เมษายน - กันยายน 2544) พบว่าปัญหาที่พบในสลัม 46 แห่ง มีดังนี้

- การกำจัดขยะ ไม่มีรถเทศบาลมารับหรือไม่มีที่ทิ้ง (ร้อยละ 61.3)
- มีสัตว์พวกหนู แมลงสาบ แมลงวันและยุงมาก (ร้อยละ 92.2)
- ไม่มีการกำจัดอุจจาระ (ร้อยละ 32.9)
- ไม่มีทางระบายน้ำเสีย ท่อตัน น้ำเน่าขัง (ร้อยละ 61.4)
- ทางเดินในชุมชนไม่สะดวก (ร้อยละ 53.9)
- มีสุนัขเถื่อนจำนวนมาก (ร้อยละ 52.5)
- ไม่มีที่พักผ่อนหรือสนามเด็กเล่นในพื้นที่ใกล้เคียง (ร้อยละ 49.3)
- เด็กไม่มีสนามเด็กเล่น หรือออกกำลังกาย (ร้อยละ 47.4)
- ปัญหา อาชญากรรม ลักเล็กขโมยน้อย ยาเสพติด (ร้อยละ 59)
- ตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวต้องการฝึกฝนอาชีพเพิ่มเติมเพื่อทำงานหรือหา

รายได้พิเศษ (ร้อยละ 48.6)

จะเห็นว่าปัญหาผู้ที่อยู่อาศัยในแหล่งเสื่อมโทรมหรือสลัมในประเทศไทยนั้นมี มากมาย ด้านและปัญหาที่สำคัญคือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษา ปัญหาที่ควรได้รับการ แก้ไข ได้แก่ ด้านการศึกษา การได้รับการอบรมเลี้ยงดู และสุขภาพอนามัย

2.5 หลักการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

พิชิต สกุลพราหมณ์ (2531) ได้สรุปหลักเกณฑ์ในการจัดที่พักอาศัย ให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลว่าการจัดที่พักอาศัยให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลนั้นมุ่งเกี่ยวกับความเหมาะสม ความพอเพียง ความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งทางสมาคมสาธารณสุขอเมริกันได้เสนอแนะหลักเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการพิจารณาจัดที่พักอาศัยให้ได้มาตรฐานไว้คือ 1) ความต้องการขั้นพื้นฐานทางสรีรวิทยา 2) ความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา 3) การป้องกันโรคติดต่อ และ 4) การป้องกันอุบัติเหตุ โดยได้ให้รายละเอียดไว้ดังนี้

ความต้องการพื้นฐานทางสรีรวิทยา (Fundamental physiological needs)

หมายถึงการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยให้มีความเหมาะสมกับความต้องการทางสรีรวิทยาต่างๆ ของผู้อยู่อาศัย เช่น การจัดระบบการระบายอากาศให้เหมาะสม มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ ปราศจากเหตุรำคาญเนื่องจากเสียง และมีพื้นที่พอที่จะออกกำลังกายและการเล่นของเด็ก เป็นต้น ความต้องการพื้นฐานทางสรีรวิทยานี้เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้อยู่อาศัย ต้องพิจารณาจัดให้มีขึ้นและมีลักษณะถูกต้องเหมาะสม เพื่อที่จะลดอันตรายและช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้อยู่อาศัยได้ ความต้องการพื้นฐานทางด้านสรีรวิทยาของผู้อยู่อาศัยคือการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ ความสบายในอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย มีอากาศสะอาดหมุนเวียนถ่ายเทภายในที่อยู่อาศัย มีแสงสว่างเพียงพอและเหมาะสมปราศจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญต่างๆ เช่น เสียงดัง แมลงรบกวน กลิ่นเหม็นรบกวน ฯลฯ

ความต้องการพื้นฐานทางด้านจิตวิทยา (Fundamental psychological needs)

หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของที่พักอาศัยให้ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตหรือสุขภาพทางใจของผู้อยู่อาศัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการที่แตกต่างกันออกไป สิ่งสำคัญที่ควรพิจารณาอย่างน้อยควรจะประกอบไปด้วย 1) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคลซึ่งมีความต้องการไม่เหมือนกัน เช่น การมีห้องนอนเป็นอิสระ การจัดห้องรับแขกอย่างเป็นทางการ และพื้นที่เพียงพอต่อความต้องการ เป็นต้น 2) ความสง่างาม (Aesthetics) ของบ้านพักอาศัย ที่มีความภูมิฐาน ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความงาม ซึ่งจะช่วยให้ผู้อยู่อาศัยเกิดความภูมิใจและเกิดความสุขทางใจขึ้นได้ 3) การมีชีวิตปกติของครอบครัวและชุมชน (Normal family and community life) ซึ่งผู้อยู่อาศัยย่อมมีความปรารถนาที่จะให้ครอบครัวของตนเองมีความสุขเช่นเดียวกับครอบครัวอื่นๆ ไม่ต้องการให้สิ่งต่างๆ ภายในชุมชนต่ำกว่ามาตรฐาน และไม่ต้องการให้มีความผิดปกติเกิดขึ้นในชุมชน 4) ความสะอาดของชุมชน (Cleanliness) เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากที่พักอาศัยที่สะอาดเรียบร้อยจะช่วยส่งเสริมสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตใจให้แก่ผู้อยู่อาศัยอีกด้วย 5) ความสะดวกสบาย (Convenience) เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้

พักอาศัยมีความต้องการที่จะให้ที่พักอาศัยของตนมีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายอย่างพอเพียง เช่น น้ำประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ ระบายน้ำโสโครก การเก็บรวบรวมขยะ และการติดต่อคมนาคม เป็นต้น โดยสิ่งต่างๆ เหล่านี้ต้องพิจารณาให้เหมาะสมต่อความต้องการของผู้อยู่อาศัย เพราะเป็น ปัจจัยหลักที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการอยู่อาศัยนั่นเอง

การป้องกันโรคติดต่อ (Provision against communicable diseases)

หมายถึง การที่อาคารที่พักอาศัยจำเป็นต้องจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้มีส่วนช่วยป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อต่างๆ และสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้อยู่อาศัยได้ด้วย อย่างน้อยจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ การกำจัดสิ่งขับถ่ายของร่างกาย การกำจัดขยะ การกำจัดน้ำโสโครก การเก็บรักษาอาหารและห้องนอนที่มีพื้นที่เพียงพอ โดย 1) น้ำดื่ม น้ำใช้ในอาคารที่พักอาศัย (Water supply) เป็นปัจจัยสำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่ง ดังนั้นการสุขาภิบาลที่พักอาศัยจึงใช้น้ำดื่มเป็นดัชนีที่สำคัญอย่างหนึ่ง จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีทั้งคุณภาพและปริมาณ กล่าวคือมีความสะอาดได้มาตรฐานของน้ำดื่มและมีปริมาณเพียงพอแก่การใช้ภายในครอบครัว อย่างน้อยจะต้องได้ตามอัตราความจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำ (จ.ป.ฐ. หรือ Basic minimum requirement) 2) การกำจัดสิ่งขับถ่ายจากร่างกาย (Excrete disposal) นอกจากจะทำให้เกิดความสกปรกต่างๆ แล้ว ยังเป็นแหล่งกำเนิดของเชื้อโรคและแมลงอีกด้วย อาคารที่พักอาศัยจำเป็นต้องมีการกำจัดให้ถูกต้องและปลอดภัย โดยจะต้องมีส่วนที่ถูกสุขลักษณะไว้ประจำครัวเรือนให้เพียงพอแก่ผู้พักอาศัย 3) การกำจัดขยะ (Refuse disposal) ขยะที่เกิดจากครัวเรือนจะต้องได้รับการเก็บรวบรวมไว้ในถังขยะให้พ้นจากการรบกวนของแมลง สัตว์เลี้ยง รวมทั้งไม่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญขึ้นได้ ขยะที่รวบรวมได้นั้นจะต้องนำไปกำจัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ไม่ปล่อยทิ้งค้างไว้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงหรือเกิดการบูดเน่าส่งกลิ่นเหม็นจนเป็นเหตุรำคาญขึ้นได้ โดยปกติแล้วการเก็บรวบรวมและการกำจัดขยะของชุมชนในเมืองจะได้รับบริการจากหน่วยงานเทศบาลหรือสำนักงานเขต 4) การกำจัดน้ำโสโครก (Sewage disposal) บ้านพักอาศัยจะต้องมีระบบการรวบรวมและกำจัดน้ำโสโครกที่เกิดขึ้นให้ถูกต้องและปลอดภัยโดยไม่ควรมีน้ำโสโครกเหลือค้างในตัวอาคารและบริเวณโดยรอบอาคาร เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค แมลง รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดเหตุรำคาญรบกวนขึ้นได้ ดังนั้นบ้านพักอาศัยในเขตเทศบาลก็ต้องจัดให้มีระบบท่อน้ำโสโครกภายในเชื่อมต่อกับท่อน้ำโสโครกสาธารณะ เพื่อระบายน้ำโสโครกหรือน้ำใช้แล้วต่างๆ ที่อยู่ในรูปของน้ำโสโครกลงสู่ท่อสาธารณะ 5) การเก็บรักษาอาหาร (Food storage) อาหารสดควรจะต้องเก็บไว้ในที่เย็นหรือที่มีอุณหภูมิต่ำๆ เพื่อให้อุณหภูมิช่วยรักษาคุณภาพของอาหารสดไว้ได้นานๆ เพราะจุลินทรีย์จะหยุดปฏิกิริยาเมื่ออุณหภูมิไม่เกินกว่า 10 องศาเซลเซียส ดังนั้นอาหารสด เช่น พืช ผัก ผลไม้ สามารถเก็บรักษาไว้ได้นานกว่าปรกติ ถ้าเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิไม่สูงเกินกว่า 10 องศาเซลเซียส อาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม เนย อาจเก็บไว้ได้นาน 7 วัน ถ้าเก็บ

ไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิไม่สูงเกินกว่า 4 องศาเซลเซียส แต่ถ้าจะต้องเก็บไว้นานๆ จำเป็นต้องใช้วิธีการแช่แข็ง นอกจากนี้การเก็บรักษาอาหารที่จะใช้บริโภคจะต้องเก็บไว้ให้พ้นจากการปนเปื้อนต่างๆ เช่น การสัมผัส ฝุ่นละออง แมลงและสัตว์เลื้อย ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อจะทำให้ผู้บริโภคได้อาหารที่มีคุณค่าและมีความปลอดภัยนั่นเอง เกี่ยวกับเรื่องอาหารของครัวเรือนนั้น การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารนับได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมากที่จะต้องนำมาปฏิบัติ ในบางโอกาสการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และ 6) ห้องนอนมีพื้นที่เพียงพอ (Sufficient space in sleeping rooms) ห้องนอนภายในบ้านพักอาศัยควรมีจำนวนที่เพียงพอ ไม่แออัด มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด อุณหภูมิและการระบายอากาศที่เหมาะสม ต้องสามารถป้องกันการติดโรคทางเดินหายใจได้

การป้องกันอุบัติเหตุ (Provision against accidents) มีความสำคัญเนื่องจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้โดยไม่คาดหมาย มีผลทำให้ทรัพย์สินเสียหาย บาดเจ็บ ทุพพลภาพ หรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ อุบัติเหตุจากอาคารที่พักอาศัยซึ่งมักพบเสมอ เช่น การพลัดหกล้ม ไฟฟ้าลัดวงจร น้ำร้อนลวก ไฟไหม้ ถูกสารเคมีที่มีพิษ ฯลฯ ถ้าพิจารณาให้ดีแล้วจะพบว่าอุบัติเหตุไม่เกี่ยวกับโชคกลางหรือเคราะห์กรรมแต่อย่างใด อุบัติเหตุมักเกิดขึ้นจากการขาดความรอบคอบ ขาดการบำรุงรักษา ความประมาท อาคารที่พักอาศัยที่จะต้องมีการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ไว้ล่วงหน้า สิ่งที่ต้องพิจารณาจัดทำคือ ทำเลที่ตั้ง วัสดุและการก่อสร้าง การป้องกันอัคคีภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการบำรุงรักษา เป็นต้น

2.6 งานวิจัยเกี่ยวกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย (บึงอร นางทรัพย์, 2551) พบว่า งานวิจัยด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม : การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยมีเป็นจำนวนมากทั้งในเขตเมืองและต่างจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในชุมชนแออัด ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ (2533) ที่ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมในชุมชนแออัดในส่วนต่างๆ โดยทำการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานครมีความบกพร่องดังนี้ 1) ไม่มีท่อระบายน้ำโสโครกหรือท่อระบายน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน น้ำเสียจึงท่วมขังเพราะปัญหาของการระบายน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะมูลฝอยทิ้งทับถมกันส่งกลิ่นเหม็น ไม่มีการเก็บขยะออกไปทิ้ง เนื่องจากเคยเห็นคนรุ่นก่อนปฏิบัติกันมาก็กระทำหรือปฏิบัติตามกัน ทำให้ชุมชนแออัดมีสภาพเสื่อมโทรม มีหนู แมลงสาป ยุงจำนวนมาก ยังมีคนมากปัญหาที่ยังมากวิฤต เนื่องจากเก็บขยะมูลฝอยยังเก็บไม่ครบได้ทุกแห่ง โดยเฉพาะตามตรอก ซอก ซอย โดยเฉพาะในชุมชนแออัดที่มีอยู่มากทำให้ขาดระบบการกำจัดขยะมูลฝอย ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม 2) ทางเดินเท้าในชุมชนไม่เหมาะสม อาจเล็กหรือแคบไปทอดตามแนวไม่เป็นระเบียบ คดเคี้ยวไปตามช่องว่างระหว่างบ้าน ทำให้เข้าออกลำบาก

หากเกิดไฟไหม้หรือดับเพลิงไม่สามารถเข้าไปได้ 3) การถ่ายเทอากาศไม่ดี ทำให้เกิดสภาพความอับชื้นและผิตุลพิษลักษณะเนื่องมาจากปัญหาการระบายน้ำไม่ดีพอและการหมักหมมของกองขยะมูลฝอย 4) ความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัยเนื่องจากการที่ผู้มีรายได้น้อยต้องอาศัยอยู่ในห้องเช่าคับแคบทรุดโทรม ซึ่งอาจถูกรื้อหรือไล่ที่ โดยไม่มีการทำสัญญาระยะยาว ไม่ทราบว่าจะถูกไล่เมื่อใด ทำให้ผู้มีรายได้น้อยเหล่านี้เกิดความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่เกิดการลงทุนในการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้น ละเลยที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดี ที่อยู่อาศัยและชุมชนจึงทรุดโทรมและไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้ที่อยู่อาศัย ประกอบกับไม่มีความรู้จึงประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อยไม่มั่นคงนัก เช่น กรรมกรแบกหาม รับจ้างทั่วไป ผู้อาศัยในชุมชนยังขาดโอกาสที่จะอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีด้วยสาธารณูปโภคสาธารณูปการต่างๆ ประกอบกับชาวชุมชนแออัดเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่ เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมในสังคมและการเมืองมาโดยตลอด จึงกลายเป็นชนกลุ่มน้อยที่ไม่มีสิทธิ์ไม่มีเสียงไว้พลังและอำนาจในการต่อสู้เพื่อเรียกร้องบริการขั้นพื้นฐานจากรัฐ

นอกจากที่กล่าวข้างต้น มีผู้ศึกษาพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยของสตรีในชุมชนแออัด (ชุมชนแออัดสองร้อยห้อง กรุงเทพมหานคร) (ศรินยา อุพารศิริปี. 2534) พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยถูกต้องน้อย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย พบว่า สตรีที่มีอายุระหว่าง 35 ปีและต่ำกว่า มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายและต่ำกว่า มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คนและต่ำกว่า มีอาชีพรับจ้างและบริการ มีรายได้รวมของครอบครัวอยู่ระหว่าง 4,000 บาทและต่ำกว่า ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมน้อย มีการรับข่าวสารอยู่ในระดับต่ำกว่า มีพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้พบว่า สตรีที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน 10 ปีและต่ำกว่า มีสภาพการถือครองที่ดินเป็นของตนเอง มีพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จากการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยได้พิจารณาเห็นว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อม รวมทั้งระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน และอายุของกลุ่มตัวอย่าง นับว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อม

การศึกษาในเขตอื่นของประเทศเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมก็มีอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาของ ภัตสร ลิมานนท์ และคณะ (2538) ทำการศึกษาครอบครัวไทยทั่วประเทศ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบครอบครัวไทยในเขตเมือง และเขตชนบท เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต พบว่า ร้อยละ 50 ของครอบครัวทั้งในเขตเมืองและชนบท มีจำนวนสมาชิกระหว่าง 4-6 คน และพบว่า สภาวะความเป็นอยู่ ของครอบครัวเขตเมืองส่วนใหญ่ใช้น้ำประปาและน้ำขวดสำหรับการบริโภค เช่น น้ำฝน น้ำบ่อ ผู้ตอบให้ข้อคิดเห็นเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมของบ้านในปัจจุบันกับ

ในอดีตพบว่า ผู้ตอบในเขตชนบทส่วนใหญ่คิดว่า สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมในปัจจุบันดีกว่าในอดีต ขณะที่ผู้ตอบเขตเมืองตอบว่า สภาพแวดล้อมในปัจจุบันดีกว่าในอดีต มีสัดส่วนร้อยละใกล้เคียงกับผู้ตอบตรงกันข้าม นอกจากนี้การศึกษาของอนุพงษ์ เพียรไพรงาม (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปัญหาด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษาอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ อาชีพ รายได้ ความคิดเห็นด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อายุ การมีตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน การได้รับอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปัญหาด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ อ่ำพล พรอารักษ์สกุล (2539 : ก-ข) ที่ทำการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการสุขาภิบาลในจังหวัดนครปฐม ในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมระดับกลาง ผลการวิเคราะห์ความผันแปรพบว่า การรับรู้ข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่ง การให้คุณค่าด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน โดยพบว่าปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่แยกออกเป็น 2 ประเด็นคือ ปัญหาอุปสรรคด้านนิติบัญญัติ และปัญหาอุปสรรคด้านการจัดการ โดยปัญหาอุปสรรคด้านนิติบัญญัติ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ในการร่างข้อบังคับ ข้อบังคับที่ได้รับการอนุมัติมีเนื้อหาที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาในปัจจุบัน และขาดการยอมรับจากประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่มีอยู่พบว่าบางพระราชบัญญัติมีความซับซ้อนและไม่ทันสมัย ส่วนปัญหาอุปสรรคด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้แก่ ขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ที่ทั้งขยะไม่เพียงพอ ประชาชนและเจ้าของแหล่งกำเนิดมลพิษไม่ให้ความร่วมมือในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาดังกล่าวนับเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่ง ที่ควรได้รับการแก้ไขโดยการสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐได้เห็นความสำคัญในการดำเนินการเกี่ยวกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัย โดยจัดให้มีการสร้างการรับรู้และเห็นความสำคัญแก่เจ้าหน้าที่และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินการในการจัดกิจกรรมด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

การศึกษาทางด้านพฤติกรรมศาสตร์โดยบรรชัช สืบสังข์ (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น พบว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น มีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางแต่มีความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมอยู่ใน

ระดับสูง โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม ในลักษณะความสัมพันธ์ของ 2 ตัวแปร (Bivariate relationship) พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ อายุ รายได้ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของหลายตัวแปร (Multivariate relationship) โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชน นอกจากนี้พบว่าอาชีพ การได้รับข่าวสาร และความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนัก ต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชนด้วยเช่นกัน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสิ่งแวดล้อมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าชุมชนแออัดนับเป็นพื้นที่ที่มีความบกพร่องของการสุขภาพสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างยิ่ง โดยมีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่ให้ความสนใจในพื้นที่ดังกล่าว และจากการสำรวจโดยส่วนใหญ่พบว่าประชาชนในพื้นที่ในชุมชนแออัดยังไม่เห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมมากนัก ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดเนื่องจากความยากจน ความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย เวลาที่หมดไปกับการทำมาหาเลี้ยงชีพ ประกอบกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง และประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยเพื่อประโยชน์ในการนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหารักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยภายในชุมชนแออัดต่อไป

3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญในทฤษฎีต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย (บังอร ฉางทรัพย์, 2549ก ; 2549ข ; 2551) ดังรายละเอียดดังนี้

3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

3.1.1 การพัฒนาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 171) เป็นต้น

โรเซนสต็อก ฮอคบวม คีเกลส์ และลีเวนทอล (บั้งอร ฉางทรัพย์. 2549ก อ้างอิงจาก Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; and Leventhal. 1950) เป็นบุคคลกลุ่มแรก ที่ได้ทำการศึกษาและนำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสถานะจิตของเคิร์ต เลวิน (บั้งอร ฉางทรัพย์. 2549ก. อ้างอิงจาก Kurt Lewin. 1951) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของ บุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึง พอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึง ประารถนา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดย อธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง

3.1.2 องค์ประกอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรม หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความ รุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อ การเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 12) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อ นำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยได้สรุปปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรม ทางด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และ 6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) ต่างๆ

เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 12) ได้ทำการปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยได้เพิ่ม ปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ได้แก่ (สมบูรณ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2535)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย แต่ละ บุคคลจะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการ ปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความ

ถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคร้าย หรือการง่ายที่จะป่วย เป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker; Drachman; and Kirscht. 1974 : 205-216)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึก คิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความ ยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือน ฐานะทางสังคม โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตก กังวลต่อความรุนแรงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตาม คำแนะนำได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz and Becker. 1984 : 44) สรุปผลการศึกษาแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบาย ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 แต่ทำนายพฤติกรรม ป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยปฏิบัติตาม นั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรค นั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของ พฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจใน คำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz and Becker. 1984 : 44) ได้สรุปผล การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

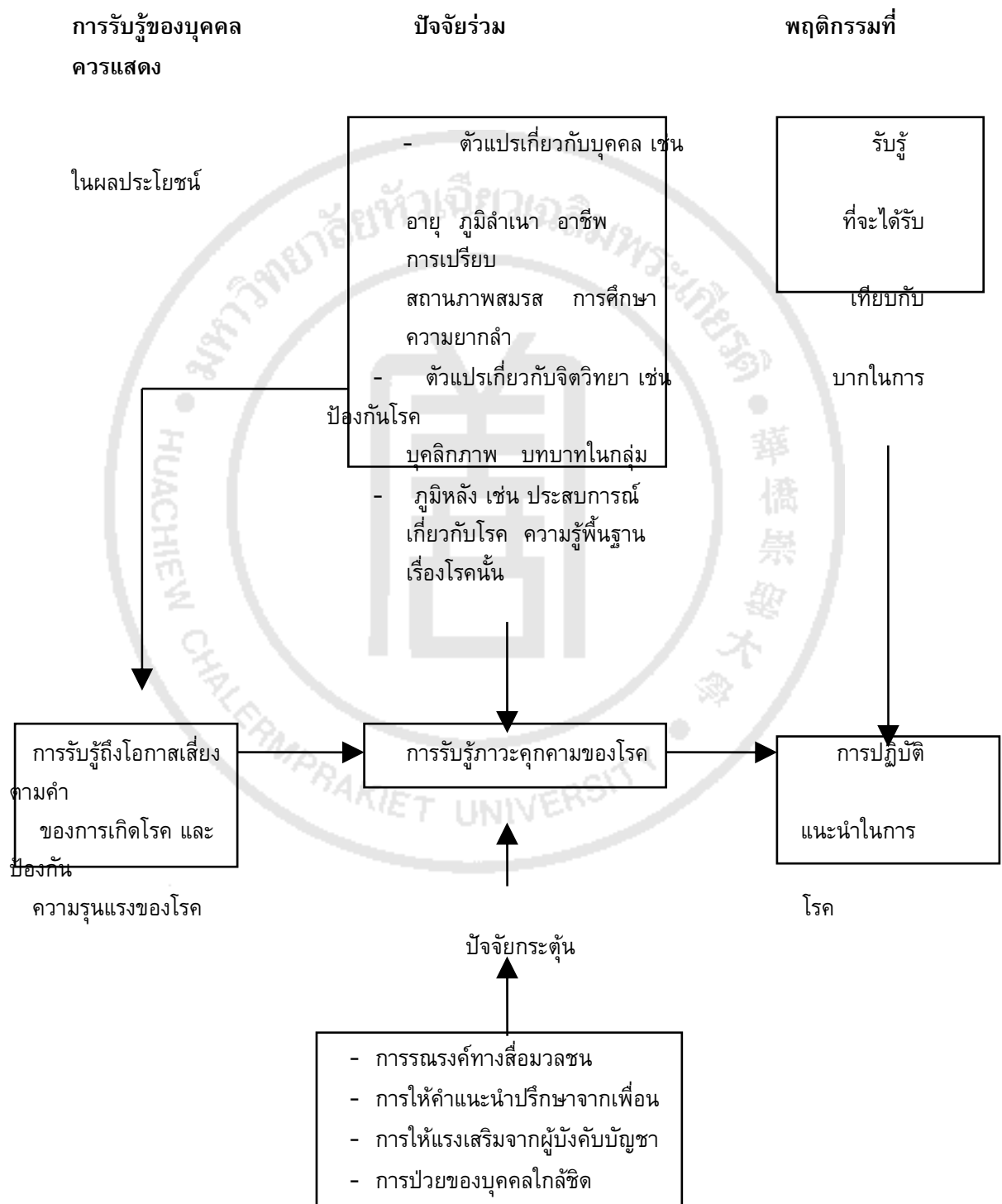
การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของ บุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายหรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับ อาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรม อนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจึง สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาได้

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือหัวหน้าชุมชน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการรักษาสุขภาพนิสัยแวกส์ที่พอกอาศัยนับเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งมีการศึกษาและงานวิจัยมากมาย ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยา สังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติ การรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสนามพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ตรวจจับที่การปฏิบัติ นั้นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกว่าโรคคุกคามตนคือตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือ โรคนั้นมีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบได้แก่ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยการตัดสินใจจากการรับรู้สถานะคุกคามของโรค ซึ่งก็ขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาได้ตรงจากสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ และ 3) ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือ

เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Becker and Maiman, 1975 : 3-24)

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชักนำจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ แสดงดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา : Becker, M.H. and Maiman, L. (1975, January). Sociobehavioral
Determinants of Compliance with Health Medical Care
Recommendation. *Medical Care*. 13(1) : 12.

3.1.3 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น งานวิจัยของ คุยฉี พงษ์ศิริ (2539:บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคม ด้านการย้ายที่อยู่ รายได้ของครอบครัว และอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยนำด้านเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ การรับรู้ต่อโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนและการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001และ 0.05ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของสามี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ลำดับความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมของสามีและรายได้ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ตามลำดับ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี (รัชณี พุดขุนทด และชานินทร์ สุธีประเสริฐ. 2552 : ออนไลน์) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนฯ มี 7 ตัวแปร คือ อายุ การศึกษา สภาพแวดล้อมรอบๆ บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้ออำนวย โดยทั้ง 7 ตัวแปร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนฯ มี 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยเสริม การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และความเพียงพอของรายได้ ที่มีผลต่อการปฏิบัติตนฯ ทางบวก สามารถทำนายการปฏิบัติฯ ได้ร้อยละ 43 ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้สร้างความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ให้กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม โดยหารูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรส่งเสริมปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้ออำนวย

ต่างๆ ในชุมชน โดยอาศัยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่มีอยู่ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นที่ปรึกษา และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาของ ศรีสุดา ปิ่นประจักษ์ (2529 : บทคัดย่อ) เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกตามเพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดโรคไข้หวัดนก สภาพแวดล้อมและพื้นที่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกไม่แตกต่างกัน ส่วนแกนนำที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกได้ร้อยละ 36.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้หวัดนก และความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ได้ร้อยละ 39.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กฤตธีรา เครื่องนันทา (2552 : ออนไลน์) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจจากฝุ่นฟ้า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 62-71 มีความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านในระดับปานกลางและอีกประมาณร้อยละ 15-19 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านในระดับสูง ด้านพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 71.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าในระดับปานกลางและอีกร้อยละ 12.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าในระดับสูง สำหรับความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้า ($p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาของรุจิรา อักษร (2552. ออนไลน์) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับกับพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับโดยรวม

ค่อนข้างสูง การศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการบริโภค ($p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งตับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค ($p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการบริโภค ($p < .01$) แต่การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค ($p < .01$)

โดยสรุปจะเห็นว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยในทฤษฎีแบบแผนทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยเน้นการศึกษาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยรวมอื่นๆ เป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

3.2 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

บั้งอร จางทรัพย์ (2551) ได้สรุปเกี่ยวกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มาร์ช (March.1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย ส่วน Bruce (1985) กล่าวว่า การศึกษาค้นคว้าถึงการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการประยุกต์ใช้ในสังคมที่มีบทบาทร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคลนั้น เราไม่สามารถที่จะกำหนดหรือสร้างวิธีการของการสนับสนุนทางสังคม ให้ยึดหยุ่นเพียงพอกับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลได้ เพราะความต้องการของการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน เนื่องจากช่วยลดความเครียด และช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2530) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า มีความหมายทั้งเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบหมายถึงสิ่งที่ “ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้รับแรงสนับสนุน ได้มีพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ส่วนความหมายในด้านกว้างของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่ง ครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องกันของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กัน และรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังใจ ความรัก วัสดุสิ่งของ และการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

เป็นต้น ซึ่งลักษณะต่างๆ ของเครือข่ายทางสังคมที่แตกต่างออกไป เพราะฉะนั้นในการนำการสนับสนุนทางสังคมไปดำเนินการ จะต้องดำเนินการตามคำจำกัดความในเชิงปฏิบัติ ให้ถูกต้อง

สมบูรณ ขอสกุล และสรงค์ภฏณ ดรงคําสวํสดี (2535 : 43) กลําวรํว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นกลุ่มคน จึงเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ส่วนแคพแพลน โรบินสัน และเพรนซ์ (Caplan, et al. 1976 : 39-42) ให้คำจำกัดความว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร สิ่งของ/แรงงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

3.2.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ศึกษาและแบ่งชนิดไว้หลายท่าน อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ยกตัวอย่างเช่น การแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ได้เป็น 4 ประเภท คือ

การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ ความห่วงใย

การสนับสนุนการให้ประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องให้การรับรอง (Affirmation)

การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) การให้ข่าวสาร

การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

3.2.3 ผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ไดมอนและฮอน (Diamond and Hone, 1983 : 146) ได้สรุปถึงผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธ์ภาพแห่งการใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคล

ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส เพื่อน สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะมี ความรู้สึกถูกแยกจากอารมณ์ (Emotional isolation) หรือรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)

2. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of nurturance) หมายถึง การที่ บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่า ชีวิตนี้ไร้ค่า (Meaningless in life)

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าบุคคลถูกแยกออกจากสังคม (Social isolation) และชีวิตน่าเบื่อ หน่าย (Boring)

4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็น ที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนเช่นนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกขาด ความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (Uselessness)

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of reliable alliance) การสนับสนุนเช่นนี้จะได้มาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะ ได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันต่อเนื่อง ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึก ว่าขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง (Sense of vulnerability and abandonment)

6. การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตน ศรัทธาและเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุน ชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hopelessness or despair)

จากการแบ่งชนิดและผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นจะ เห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้งนี้การให้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทั้งทางด้านวัตถุและด้านจิตใจ ซึ่ง งานวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญดังกล่าว จึงได้นำการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ครอบคลุมประเภทของการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในขั้นตอนดำเนินการ ประกอบด้วย การสนับสนุน ทางอารมณ์ การให้ประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ

3.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะเป็นองค์กร และเป็นเครือข่ายเฉพาะบุคคล โดยลักษณะเป็นองค์กร ได้แก่ กลุ่มคนทำงาน หรือกลุ่มให้บริการ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมาด้วยกันมีเป้าหมายเดียวกัน มีภาระกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น (Pender.1987 : 393-395) ผลการศึกษาวิจัยของ สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด. 2543) พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และกลุ่มวิชาชีพอื่นโดย บรรานัน และ แมค เอลรีน (สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด. 2543 ; อ้างอิงจาก Brown. 1986 : 4-9) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตาม ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะมีมากขึ้นต่างกันขึ้นกับภาวะสุขภาพ และความต้องการของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประการ ประการแรก ได้แก่ ด้านสนับสนุน (Support) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น สิ่งของ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประการที่สอง ได้แก่ ด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ ผู้รับนำกลับมาพิจารณาว่าตนจะทำอย่างไร จึงจะบรรลุตามจุดมุ่งหมาย

3.2.5 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

การวัดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้วิจัยในต่างประเทศ ได้เสนอแนวทางในการสร้างเครื่องมือการวัดการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภท ซึ่งเครื่องมือที่ได้มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่ผู้วิจัยแต่ละคนใช้เป็นหลักในการสร้างเครื่องมือของเขา โดยแบรนด์ และไวเนอร์ (Brandt and Weinert. 1981 : 277-280) ได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม เรียกว่า “The Personal Resource Questionnaire (PRQ)” โดยยึดมโนทัศน์รูปแบบหน้าที่ของความสัมพันธ์ ของไวส์ (Weiss) มีหน้าที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) มีเครื่องชี้วัดว่าเขามีคุณค่า 2) การที่เขามีส่วนร่วมในสังคม 3) การมีความผูกพัน / ใกล้ชิด 4) การมี

โอกาสได้รับการดูแล 5) การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ ทางด้านอารมณ์ และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีการวัดการสนับสนุนทางสังคมหลายทิศทาง (Multidimensional) ซึ่งเครื่องมือการวัดการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ไม่ได้ เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด (สวิตรี เทียนชัย. 2539 : 32-34)

ต่อมามีการสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยบราวน์ (Brown. 1986 : 4-9) สร้างขึ้นโดยใช้แนวความคิดในการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House.1981) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) การสนับสนุน ด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ โดยแบบสอบถามจะให้หญิงตั้งครรภ์ประเมิน ตนเองว่า พึงพอใจในพฤติกรรมของผู้ให้การสนับสนุนมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมา ตราส่วนของลิเกิต 6 อันดับ นอกจากนี้ยังให้ผู้ตอบระบุถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนทาง สังคมอีกด้วย

3.2.6 การสนับสนุนทางสังคมกับการแก้ปัญหาสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับมานานแล้วว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรม ของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมอนามัยของบุคคล ทั้งแง่สุขภาพกาย สุขภาพใจ การ ป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีรายงานการ ศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการแก้ปัญหา สุขภาพ พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ๆ คือ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2530)

1.ผลโดยตรงมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ (Meredith. 1981; citing Berman and Syme.1981) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่อาศัยอยู่ในเมืองอลามาดี รัฐแคลิฟอร์เนีย ในผู้ใหญ่ จำนวน 7,000 คน นานถึง 9 ปี โดยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป สุขภาพอนามัยและสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้ง วัดถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยถามถึงสถานภาพจำนวนคนที่ติดต่อสัมพันธ์ด้วย ความถี่ใน การติดต่อ การเข้าร่วมศาสนา การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มี อัตราตายมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก 2-5 เท่า และพบความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้น ในทุกเพศ ทุกวัฒนธรรม และทุกระดับเศรษฐกิจ ส่วนการศึกษาของคอปและคาสเซล (Cobb. 1976 : 300-313) ; (Cassel. 1974 : 471-482) พบว่าผู้ป่วยที่เป็น วัณโรค ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคม ยังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่

อยู่ในภาวะของการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

2. ผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการรักษาพยาบาล มีรายงานผลการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมาก ที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น คนไข้ที่ไม่มารับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ หรือเลิกรับบริการไปเลย ได้แก่ คนไข้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Caldwell; et al. 1970) และ คนไข้โรคไขข้ออักเสบ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2530 ; อ้างอิงจาก Haynes and Sackett. 1974)

3. ผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค คอปและแลงกี (Cobb.1976) ; (Langie. 1977) ได้รายงานการศึกษาถึง พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าคนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

4. ผลต่อสุขภาพจิต ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพจิต เช่นเดียวกับสุขภาพทางกาย โดยพบรายงานการวิจัยที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตคือ ผลต่อความเครียด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งช่วยให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละบุคคล (Gore. 1973) นอกจากนี้มีการศึกษา ผู้ชายที่ว่างงาน จำนวน 110 คน เป็นเวลา 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีปัญหาเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจ น้อยกว่าผู้ได้รับสนับสนุนทางสังคมต่ำ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นตัวกลางในการลดความเครียดโดยแคพแลน (Caplan. 1974) รายงานความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการลดความเครียดของผู้ป่วย

3.2.7 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

วลิดา คักดีบัณฑิตสกุล (2541) ได้สรุปว่าบุคคลทุกคนในสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด นอกจากผู้ที่จัดอยู่ในระบบหรือเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมทั้งหมดที่สามารถเชื่อถือได้ว่าจะให้การสนับสนุนทางสังคม แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วการ

สนับสนุนทางสังคมมีที่มาจาก 1) ครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติ คู่สมรส 2) กลุ่มสังคมในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรในวิชาชีพ อาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือ ชมรมต่างๆ ที่ตั้งขึ้นในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

นอกจากนี้แมคเอลเวิน (Mac Elveen. 1979 : 321-327)

แบ่งกลุ่มของบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเครือข่าย คือกลุ่มที่มีความผูกพันกันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิดและสม่ำเสมอ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน และมีการติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง 2) กลุ่มที่ไม่ใช่เครือข่าย เป็นกลุ่มที่บุคคลเลือกติดต่อด้วยเหตุผลส่วนตัว มีความสนใจหรือค่านิยมที่เหมือนกัน กลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน สเวนแบรนต์และไวเนอร์ท (Brant and Weinert. 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 11 กลุ่ม คือ กลุ่มบิดามารดา กลุ่มบุตร กลุ่มคู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด กลุ่มญาติ หรือบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน กลุ่มบุคลากรทางด้านวิชาชีพ กลุ่มพระหรือนักบวช กลุ่มหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกลุ่มอื่นๆ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender. 1996) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าสำคัญมากที่สุด เนื่องจากมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่างๆ

2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ ผู้นำทางศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนา มีการยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายหลักใการสนับสนุน

4. กลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นกลุ่มที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5. กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

อาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นทั้งร่างกายและจิตใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์และการดำเนินกิจกรรมใดๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ระยะดำเนินการวิจัย เพื่อให้การพัฒนารูปแบบกิจกรรมเกิดขึ้นได้ดี มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

3.2.8 งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่ อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์/พยาบาลสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของ ร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิต้านทานลดลง จึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตรา ตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 586) นอกจากนี้การศึกษาโดยคอปและแคสเซล (Cobb. 1976 : 300-313) ; (Cassel. 1976 : 471-482) พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยายังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของ การติดโรคได้ง่ายเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกัน ลดลงอีกด้วย ส่วนคอปปี (Cobb. 1976 : 300-313) และแลงกลี (Langlie. 1977 : 244-260) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมน้อย

อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยเป็นจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทาง สังคมมีบทบาทอย่างยิ่งในการ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคล ยกตัวอย่างเช่น แคพแพลน (Caplan. 1977) ทำการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลด ความเครียด ซึ่งมีผลต่อร่างกาย และจิตใจ โดยจะทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มาก ขึ้น จากการศึกษาผลของความเครียด กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ในกลุ่ม คนทำงานที่ต้องทำงาน พบกับความเครียดมาก พบว่าคนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ เสี่ยงต่อ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ สูงกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วน การศึกษาของมอริสกี (Morisky; et al. 1985) เกี่ยวกับผลการให้สุขศึกษาแก่คนใน ครอบครัว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวน 400 คน ศึกษา

เปรียบเทียบผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยไม่มีคนในครอบครัวให้การช่วยเหลือ มีการติดตามผลนาน 5 ปี โดยประเมินผลจากผู้ป่วยที่มาตามนัด การควบคุมน้ำหนัก และควบคุมความดันโลหิต การวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมาตามนัด การควบคุมน้ำหนักและการควบคุมน้ำหนักมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ เบอร์คเลอร์ (Pilisuk.1982 ; citing Burgler) ศึกษาผลการวิจัยจากงานวิจัยจำนวน 41 เรื่อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย พบว่ารายงานการวิจัย 34 เรื่อง ได้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย การศึกษาของออร์เบิร์ต (Erbert; et al. 1976) ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมดวงตาทั้ง 2 ข้าง โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากวิสัญญีแพทย์ในการอธิบายและการดูแล กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากวิสัญญีแพทย์เลย พบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากวิสัญญีแพทย์ ได้กลับบ้านเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุน เฉลี่ย 2.7 วัน แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการหายป่วยของคนไข้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาในประเทศไทยในการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีอยู่เป็นจำนวนมากเช่นกัน เช่น การศึกษาของ สิริวัฒน์ ลิมปวิทยากุล (2529) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล การให้สุขศึกษาโดยแม่บ้านกับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส) เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมนับมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาของบุษบา จิรกุลสมโชค. (2529) ในประสิทธิผลการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างนักเรียนกับเพื่อนและนักเรียนกับพ่อแม่ ที่มีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านทันตสุขภาพของนักเรียนที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนนักเรียนด้วยกัน สูงกว่าได้รับจากพ่อแม่ ($p<0.05$) ส่วนทางด้านทัศนคติไม่แตกต่างกัน ส่วนพวงพลอย ชุณหวิจิตร (2530) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านที่มีส่วน ต่อพฤติกรรมการสร้างสุขุม หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องสุขุม การระมัดระวัง การป้องกันโรคทางเดินอาหาร ทัศนคติ ความเชื่อในประโยชน์ของสุขุม และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

นอกจากนี้จรรยา นาคหมื่นไวย (2530) ศึกษาผลของการให้สุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนของครู และบิดา หรือมารดา ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเป็นเหา ในนักเรียน

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 พบว่า กลุ่มนักเรียนที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบิดา หรือมารดา มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม สูงกว่านักเรียนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครู และ การศึกษาของบ็องร นางทรัพย์ และคณะ (2549ก) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่ามีเพียงสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิไส้ ส่วนการศึกษาของ วรณภา ประทุมโทน และคณะ (2552 : ออนไลน์) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ บ้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) นอกจากนี้มีการศึกษาของ จิราพร วรแสน (2552 : ออนไลน์) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการป้องกันการฟังกาเอมเฟตามีน : กรณีศึกษานักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการ สนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันมีการป้องกันการฟังกาเอมเฟตามีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ ($P < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่สภาพสมรสของบิดามารดาแตกต่างกันและกลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีการป้องกันการฟังกาเอมเฟตามีนไม่แตกต่าง กัน และการสนับสนุนทางสังคมยังคงส่งผลต่อการป้องกันการฟังกาเอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำปัจจัยด้านสภาพสมรสของบิดามารดา และสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวเข้ามา เกี่ยวข้อง

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยมีผู้ให้ ความหมายไว้แตกต่างกัน ซึ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนใหญ่มีการจัดแบ่งไว้ คล้ายกัน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งของ/แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และการ ประเมินผล โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมอยู่หลายปัจจัย และมีแหล่งที่ทำให้เกิด การสนับสนุนทางสังคมอยู่หลายแหล่งด้วยกัน อย่างไรก็ตามในงานวิจัยเชิงทดลองจะนำการ สนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการวิจัยแทบทั้งสิ้น แม้แต่ในงานวิจัยเชิงสำรวจก็ยังคงพบว่าการสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ข้างต้นส่วนใหญ่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมทางด้าน สุขภาพโดยตรง อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ย่อมได้รับอิทธิพล จากปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน สุขภาพ ความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมได้รับ อิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงพิจารณาถึงการสนับสนุนทางสังคม

ว่า ย่อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ผ่านปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามการศึกษาที่ผ่านมาอย่างชัดเจน

3.3 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ

3.3.1 แนวคิดและความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ รอตเตอร์ (Rotter, 1966 : 1-25) โดยกล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และอธิบายถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ว่าเกิดขึ้นขึ้นตอน ตามการคาดหวังจากพฤติกรรมที่กระทำ โดยเขาได้กล่าวไว้ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือจากความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไป

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีกมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978) นอกจากนี้ สตรีกแลนด์ (Strickland, 1978 : 1192-1211) ยังกล่าวสรุปถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การต่อต้านการคล้อยตามอิทธิพลของสังคม การค้นหาข้อมูลและการทำงานตามภารกิจ ความสำเร็จและความสามารถ และพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนจะเริ่มพัฒนาจากเด็กไปจนเป็นผู้ใหญ่ โดยความเชื่ออำนาจภายในตนมีมากขึ้นตามอายุแต่จะต่ำลงในวัยชรา และยิ่งขึ้นกับปัจจัยอื่น ได้แก่

สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประสบการณ์ที่สะสม ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอีกด้วย (Strickland. 1977 : 259)

3.3.2 การวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน

มีการพัฒนาสร้างแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองมาโดยตลอด โดยรอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 220) ได้ปรับปรุงเป็นแบบ I-E scale (Internal-External Locus of Control scale) ต่อมา ลีเวนสัน ได้พัฒนาการวัดดังกล่าว เป็น 3 มิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน (I) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (P) และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (C) โดยใช้มาตราประมาณค่าของลิเกอर्ट และได้ทำการทดสอบอำนาจการจำแนกของแบบวัด พบว่าแบบ P และ C มีความสัมพันธ์กันภายในพอสมควร ($r=0.59$) แต่เป็นอิสระกับแบบวัด I ต่อมาวอลสตันและคณะ (Wallston, K.A.; Wallston, B.S. and Devillis. 1978) จึงได้พัฒนาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนทางด้านสุขภาพขึ้นอีก โดยสร้างแบบวัดความเชื่อเป็น 3 มิติ เรียกว่า แบบวัดความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimension Health Locus (MHLC) Scale) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยในการใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ต้องคำนึงเสมอว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน อาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น การรับรู้ต่างๆ เจตคติ และปัจจัยด้านประชากร เป็นต้น

3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ

แนวความคิดเรื่องความเชื่ออำนาจการควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. 2532 :100) การศึกษาของฮาร์ทแมนและคณะ (Kennedy; Probart and Dorman. 1991 : 319-329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพได้ การวิจัยของเนเมค (Nemeck. 1990 : 117-236) สรุปว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตนทางสุขภาพ และค่านิยมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ชินด์เลอร์-เวอร์

เนท และไวส์ (Zindler-Wernet; and Weiss. 1987 : 160-179) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ

แครนดอลล์ และลาซี (Crandall and Lacey. 1972 : 1123-1131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน กับตัวแปรต่างๆ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน มีความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้คาร์เมน (Carment. 1974 : 45-60) พบว่า วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนอีกด้วย

จอนณะจิง เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน และปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำแบบวัดของกรรณิการ์ กันธรักษา (2527) มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 136-137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) ศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากงานวิจัยที่กล่าวทั้งหมดจะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรม การป้องกันโรคซึ่งตรงกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พึงอาศัยของงานวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น โดยมันยังส่งอิทธิพลทั้งโดยตรงและทางอ้อมไปยังการมีพฤติกรรมอีกด้วย

3.4 ทฤษฎีความตั้งใจในการปฏิบัติ

ทฤษฎีความตั้งใจในการปฏิบัติมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างดีและมีการวัดที่ไม่ซับซ้อนจนเกินไป โดยชอกล่าวรายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามหัวข้อดังต่อไปนี้ (บังอร ดวงทรัพย์. 2549)

3.4.1 ความหมายของความตั้งใจในการปฏิบัติ

คำว่า “ ความตั้งใจ ” ได้มีผู้ให้คำจำกัดความและความหมายไว้หลายท่าน เช่น ฌิวิล ฌาราโกซัน (กนกวรรณ เวทศิลป์. 2538 : 41 อ้างอิงจาก ฌิวิล ฌาราโกซัน. 2526 : 64-65) ให้ความหมายว่า เป็นอาการที่แสดงออกตามที่มีเจตคติ หรือมีความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และจะมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางด้านการกระทำ (Behavioral) เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเชื่อต่อสิ่งหนึ่งๆ แล้ว เขาก็จะแสดงอาการหรือท่าทางซึ่งสัมพันธ์กับความเชื่อของเขา

ดัมวิลล์ (กนกวรรณ เวทศิลป์. 2538) ให้ความหมายว่า เป็นความสำนึกคิดที่บุคคลจดจ่ออยู่กับสิ่งหนึ่งมากกว่าสิ่งอื่นๆ ส่วนฟิชบายน์ และเอจเซน (Fishbein and Ajzen. 1975 : 288) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่จะเลือกหรือกระทำพฤติกรรมบางอย่าง

จากคำจำกัดความและความหมายของความตั้งใจ พอสรุปได้ว่าความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะเลือกหรือกระทำพฤติกรรมบางอย่างตามเจตคติหรือความเชื่อของเขา

3.4.2 การวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

ทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ซึ่งได้ถูกพัฒนามาโดย ฟิชบายน์และเอจเซน (Fishbein and Ajzen. 1975) ซึ่งในระยะแรกของช่วงปี ค.ศ. 1950 ได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเจตคติเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลกันมาก แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่สามารถกำหนด หรือสรุปได้ว่าตัวแปรใดเป็นสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรม และทำนายพฤติกรรม ต่อมาฟิชบายน์ จึงได้เสนอรูปแบบ (Model) ในการวัดเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลคือวัดจาก “ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ” ทั้งนี้โดยเขามีความเชื่อว่า การที่คนจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ นั้น ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของเขา ความตั้งใจจึงเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิด (Immediate Determinant) กับการกระทำ ดังนั้นถ้าสามารถ

ทำนายความตั้งใจของเขาได้ก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมของเขาได้เช่นกัน โดยที่ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีที่สุด (Fishbein and Ajzen. 1975 : 372-374) แนวคิดนี้ได้พัฒนามาเป็น “ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action)” โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และรู้จักใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นได้มีการพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเองก่อนที่จะตัดสินใจจะทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะมีตัวกำหนดที่สำคัญ 2 ประการ คือ เจตคติหรือเจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior) และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการที่จะทำพฤติกรรมนั้น (Subjective Norm Concerning that Behavior) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลนี้เชื่อว่า โดยปกติแล้วบุคคลจะมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดก็ตามเมื่อเขามีเจตคติจากการประเมินผลของการปฏิบัติหรือการกระทำนั้นไปทางบวก และเมื่อเขาเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าเขาควรปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้น

ความสัมพันธ์ของเจตคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีต่อความตั้งใจในการปฏิบัติหรือทำนายพฤติกรรม ได้ถูกเสนอในรูปของสมการทางคณิตศาสตร์ ดังนี้ (กนกวรรณ เวทศิลป์. 2538 : 42 อ้างอิงจาก Fishbein and Ajzen. 1975 :301)

$$B \sim BI = (AB) W_1 + (SN) W_2$$

- เมื่อ
- B = พฤติกรรมที่แสดงออกมา
 - BII = ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม
 - AB = เจตคติที่มีต่อพฤติกรรม
 - SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม
 - W_1, W_2 = น้ำหนักของตัวทำนาย หรือน้ำหนักของความสัมพันธ์ที่ได้จากการคำนวณสมการถดถอยพหุ

จากสมการข้างต้นนี้ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เกี่ยวกับพฤติกรรมจะร่วมกันกำหนดหรือทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยนำอิทธิพลของน้ำหนักของความสัมพันธ์ (Relative Weights) ขององค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาด้วย น้ำหนักของความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสองนี้อาจแตกต่างกันไปในแต่ละ

บุคคล โดยในบางครั้งองค์ประกอบด้านเจตคติจะมีความสำคัญกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และในบางครั้งความตั้งใจต่อพฤติกรรมบางอย่างอาจถูกกำหนดโดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มากกว่าเจตคติต่อพฤติกรรม และจากสามการจะเห็นได้ว่าความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมคือผลรวมของน้ำหนักขององค์ประกอบ 2 ตัว คือ

AB คือ เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยความเชื่อในผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น (**Behavioral Beliefs**) และการประเมินผลของการกระทำที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรม (**Outcome Evaluation**) ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ดังนี้ (Fishbein and Ajzen. 1975 : 301)

$$AB = f \left(\sum_{i=1}^n b_i e_i \right)$$

เมื่อ

AB = เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม

b_i = ความเชื่อในผลของการกระทำพฤติกรรม

e_i = การประเมินผลของการกระทำตามความเชื่อ

n = จำนวนข้อความเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลต่อการกระทำนั้น

SN คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลอื่นมีความสำคัญต่อเขาเพียงใด เขาควรคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด กลุ่มอ้างอิงหมายถึง บุคคลที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนั้นขึ้นอยู่กับ

ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของคน (**Normative Belief**) หมายถึง ความเชื่อว่าคุณแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงค์จะให้ตนกระทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด

แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (**Motivation of Comply**) หมายถึง แรงจูงใจของบุคคลที่จะกระทำตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงของตน ซึ่งแสดงเป็นสมการได้ดังนี้ (Fishbein and Ajzen. 1975 : 302)

$$SN = f \left(\sum_{i=1}^n Nb_i Mc_i \right)$$

เมื่อ

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม

Nb_i = ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของคน

Mc_i = แรงจูงใจที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

n = จำนวนคนที่ในกลุ่มอ้างอิง

ทฤษฎีในการวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล เพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลของพิชบายน์ดังกล่าว เพื่อสนับสนุนหลักเกณฑ์ตามทฤษฎีนี้ โดยได้รวบรวมผลการวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้เจตคติของบุคคลกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เพื่อทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำสูง กล่าวคือ มีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณโดยเฉลี่ยถึง .746 นอกจากนี้ชเลเกล ครอฟอร์ด และแซนบอร์น (บุญสม น้ำเจริญ. 2532 : 46 อ้างอิงจาก Schlegel; Crawford; and Sanborn. 1977) ได้นำโมเดลของพิชบายน์นี้ไปใช้ในการทำนายความตั้งใจของเด็กวัยรุ่นที่จะดื่มน้ำเมาสามชนิดในสถานการณ ผลการทดลองปรากฏว่า เจตคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจที่จะดื่มน้ำเมาได้ทุกกรณี

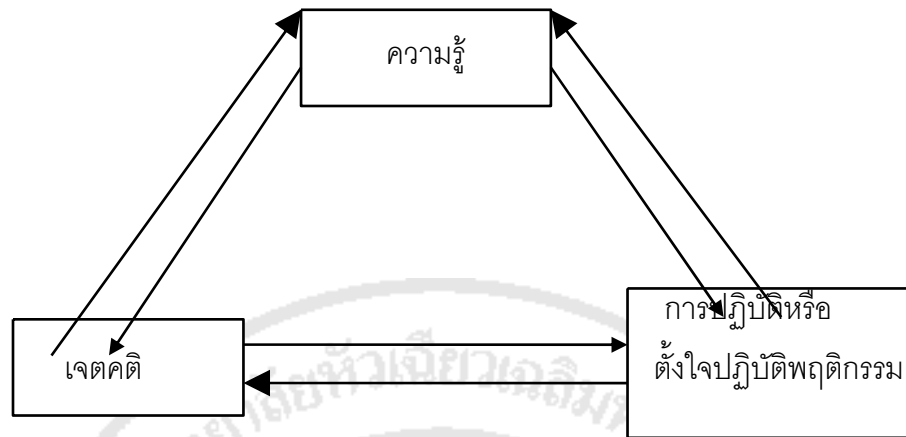
นอกจากนี้จากผลการวิจัยของเอจเซนและพิชบายน์ (บุญสม น้ำเจริญ. 2532 : 46 อ้างอิงจาก Ajzen and Fishbein. 1970) ยังแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างแม่นยำ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้องค์ประกอบในการวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมตามรูปแบบของพิชบายน์มาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาด้วย โดยได้เลือกตัวแปรด้านเจตคติของบุคคลมาเป็นตัววัดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากการที่เลือกเพียงตัวแปรเดียวเนื่องจาก มีผลงานวิจัย (บุญสม น้ำเจริญ. 2532) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองตัวแปร ได้แก่ เจตคติของบุคคล และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ อาจจะใช้เพียงองค์ประกอบเพียงตัวใดตัวหนึ่งก็ทำให้การอธิบายผลเพียงพอ ดังนั้นในการวัดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้เฉพาะองค์ประกอบตัวแรกเท่านั้น คือ เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม

บุคลิกภาพหรือบุคลิกลักษณะ (Personality Traits) เช่น ลักษณะของบุคคลที่ชอบเก็บตัวหรือแสดงตัว (Introversion-Extroversion) ลักษณะของบุคคลที่ประสบความสำเร็จหรือลักษณะของบุคคลที่ชอบนำผู้อื่น

3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ การปฏิบัติหรือความตั้งใจในการปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว จะเห็นได้ว่าแต่ละส่วนมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และต่าง

เสริมและเชื่อมอำนาจต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงเป็นแผนภูมิได้ตามรูปที่ 3 (ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. 2527 : 38-40)



รูปที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

ที่มา : ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. (2527). จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

จากรูปที่ 3 จะเห็นได้ว่าแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางและแต่ละส่วนต่างก็มีความสัมพันธ์และเชื่อมต่อกันอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่า ส่วนที่เป็นความรู้เป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดผลในส่วนที่เป็นเจตคติและการปฏิบัติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ส่วนที่เป็นความรู้จะเป็นตัวเอื้อให้ประสบความสำเร็จ หรือบรรลุจุดมุ่งหมายในส่วนที่เป็นเจตคติและการปฏิบัติ (ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. 2527 : 38-40) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำตัวแปรซึ่งจัดอยู่ในส่วนของเจตคติมาช่วยในการศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งคาดว่าตัวแปรดังกล่าวน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พึงอาศัย ตามเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

ซิมบาร์โด เอ็บบีเซน และมาสแลช (Zimbardo; Ebbesen and Maslach. 1977 : 49-53) กล่าวว่า “ถ้าผู้ใดมีความรู้ดี เจตคติต่อสิ่งนั้นก็มักจะดีตามไปด้วย และเมื่อเจตคติดีแล้วก็มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดี” สอดคล้องกับดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523 : 5-7) ที่กล่าวว่า “เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นอันดับแรก และเป็นความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นทางด้าน

ที่ว่า สิ่งนั้นมีคุณหรือโทษมากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อที่ใช้ประเมินค่าสิ่งนั้นได้ ฉะนั้นความรู้ในเรื่องหนึ่งจึงมีความสำคัญมากต่อเจตคติในเรื่องนั้น และเมื่อบุคคลมีความรู้เชิง ประมาณค่าและมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่สอดคล้องกันซึ่งติดตามมาคือความ พร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้นด้วย”

จากแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติ พฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ ถ้าผู้หนึ่งมีความรู้ดีแล้วก็จะส่งผลให้มีเจตคติ การ ปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมดีตามไปด้วย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ ของปัจจัยดังกล่าวที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ทั้ง โดยทางตรงและทางอ้อม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าในปัจจุบันชุมชนแออัดของ ประเทศ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากร ที่อยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่น ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในชุมชนแออัดขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่าง ยิ่งปัญหาเกี่ยวกับการสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ที่ไม่มีความเหมาะสมในการอยู่อาศัย ดังนั้นการศึกษาถึงพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งปัจจัยที่ เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยให้ความสนใจ และมีผู้เคยศึกษากันมาก ได้แก่ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและ สังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรม ปัจจัยดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญของทฤษฎีต่างๆ ที่มีความ เกี่ยวข้องและส่งอิทธิพลถึงพฤติกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้พิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยร่วมต่างๆ ดังนั้นจึงกำหนดให้ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม ส่งอิทธิพลต่อ พฤติกรรมกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย โดยผ่านปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย การรับรู้เกี่ยวกับการ รักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมกรรมการรักษา สุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าว ยังส่งอิทธิพลทั้งโดยทางตรงและ ทางอ้อมเป็นลำดับตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 และเส้นทางความสัมพันธ์ตาม รูปที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการ สุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยในชุมชนแออัด และชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป