

## บทที่ 2

### บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมสำหรับการทำวิจัยจะได้เสนอเป็นหมวดหมู่ดังนี้

1. พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ
2. ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรม
3. แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model
4. ชุมชนแออัด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ

##### 1.1 พฤติกรรม (Behavior)

กันยา สุวรรณแสง<sup>(8)</sup> ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรม คือ อาการ บทบาท ลีลา ทำที่ ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

พฤติกรรม ปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา ปาก จมูก หู และ ผิวกาย พฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้จากรูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งเป็นประเภทที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากอวัยวะต่าง ๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การกิน พูด ฯลฯ พฤติกรรมบางอย่าง บุคคลพยายามปกปิดซ่อนเร้น จึงเกิดเป็นพฤติกรรมประเภทที่ไม่สามารถจะสังเกตได้ อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการ ต้องอาศัยเครื่องวัดเช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น

ชัยยง พรหมวงศ์<sup>(9)</sup> อธิบายพฤติกรรมว่า เป็นการกระทำหรือกิจกรรมทางกาย ทางวาจา และทางใจที่มนุษย์แสดงออก สามารถสังเกตหรือวัดได้ การกระทำหรือกิจกรรมของคนมีรูปแบบต่าง ๆ กัน บางอย่างเราสามารถเห็นได้ด้วยตา หรือได้ยินด้วยหู บางอย่างมีความรู้สึกภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือหรือตัวชี้บางอย่าง กิจกรรมหลายอย่างคนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว

โยธิน คັນสนยุทธ<sup>(10)</sup> ให้นิยามไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นการกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจและรวมถึงกระบวนการของจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์<sup>(11)</sup> ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของอินทรีย์ที่แสดงออกมาโดยสามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่นเช่น การพูด การนั่ง การหัวเราะ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สังเกตได้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 แต่กิจกรรมบางอย่างต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น เวลาคนตกใจอาจไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยเครื่องมือเข้าช่วยวัดจังหวะการเต้นของ

หัวใจ หรือแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น แม้กระทั่งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน หรือการหลั่งของน้ำย่อยต่าง ๆ ก็เป็นพฤติกรรม นอกจากนี้กิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในเช่น การคิด จินตนาการ ความเชื่อ ฯลฯ ก็เป็นพฤติกรรม

เฉลิมพล ต้นสกุล<sup>(12)</sup> ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรมคือ กิจกรรม เพราะถ้าเป็นการกระทำต้องแสดงออกมาให้เห็น แต่ถ้าใช้ว่ากิจกรรมอาจหมายถึงรวมทั้งการกระทำที่เป็นการแสดงออก และสิ่งที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้นพฤติกรรมจะหมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้ อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ<sup>(13)</sup> แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิดคือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสิ่งการที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้บางอย่างหนึ่ง ซึ่งจะสามารถทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้<sup>(14)</sup>

พันธุทิพย์ รามสูตร<sup>(15)</sup> ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิตซึ่งจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนก็หมายถึงปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมามีทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลา และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลที่มีทั้งรูปธรรมและนามธรรม พฤติกรรมภายในที่เป็นรูปธรรมแม้จะสังเกตเห็นไม่ได้โดยตรงแต่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้ เช่นการเต้นของหัวใจ ฯลฯ พฤติกรรมภายในที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ซึ่งอยู่ในสมองของบุคคลไม่สามารถมองเห็นได้ และไม่สามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้ แต่อาจวัดได้โดยทางอ้อม (proxy) โดยผ่านตัวแปรอื่น พฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมาซึ่งอาจสอดคล้องกันหรือไม่ก็ได้

Twaddle<sup>(16)</sup> ให้ความหมายว่า พฤติกรรมหมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคนหมายถึง ปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของมนุษย์เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา แล้วค่อยๆ พัฒนาตามการเลี้ยงดู ตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกายและวุฒิภาวะเกิดเป็นพฤติกรรมทางความคิดทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น

จะเห็นว่าพฤติกรรมศาสตร์ เป็นการทำความเข้าใจหรือหาเหตุผลมาอธิบายว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร และจะแก้ไข ปรับปรุงพฤติกรรมของคนได้อย่างไร โดยพฤติกรรมศาสตร์ได้บูรณาการเนื้อหาใน 3 สาขาวิชา คือ จิตวิทยา สังคมวิทยา และมานุษยวิทยา การมอง

พฤติกรรมของคนแล้วอธิบายว่าเกิดมาจากการเรียนรู้ก็เป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญทางจิตวิทยา ในเชิงสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา ชั่งมองถึงปัจจัยทางด้านสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องกับตัว ซึ่งหากจะจัดกลุ่มแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้<sup>(17)</sup>

**แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption)**  
รากฐานของแนวคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล (internal factors) ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เป็นต้น นักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้สนใจศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติ และการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น

**แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption)**  
กลุ่มนี้มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างของสังคม เช่น ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้คือ ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา สังคม เศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

**แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption)** มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล เช่น ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ องค์ประกอบทางสังคม เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น

#### พื้นฐานความคิดของพฤติกรรม<sup>(12)</sup>

1. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมต้องมีสาเหตุ ดังนั้น จะต้องวิเคราะห์ว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากอะไร การวิเคราะห์บางครั้งทำได้ง่าย บางครั้งต้องมีการวิจัยหรือเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์เจ้าของพฤติกรรมและคนอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมต้องมีแรงจูงใจ (motive) หมายความว่า อยู่เฉย ๆ คนจะมีพฤติกรรมออกมาไม่ได้ เช่น นักศึกษาทุกคนจะไม่มาเรียน ถ้าไม่มี motive ซึ่งอาจคือการได้รับปริญญา ความอยากรู้ เป็นต้น เป็นตัวจูงใจ

3. สาเหตุต่างกันอาจนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกันได้ เช่น นักศึกษาที่มาเรียนที่ขณะนี้ เป็นพฤติกรรมเดียวกันหมด แต่แรงผลักดันของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน

4. สาเหตุเดียวกัน ทำให้เกิดการตอบสนองพฤติกรรมต่างกัน เช่น ครูลงโทษโดยการตีนักเรียนหน้าชั้น เด็กหญิงแดงร้องไห้ เด็กชายดำเฉย ๆ เป็นต้น

## 1.2 พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Related Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพคือ Harris และ Guten<sup>(18)</sup> เป็นการให้ความหมายที่รวมถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ Brubaker, Murray & Zentner, Pender (อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธ์)<sup>(19)</sup> ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Protecting Behaviors) โดย Pender กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

วรรณวิไล จันทราภา<sup>(20)</sup> ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ซึ่งหมายถึง การบำรุงรักษาร่างกายให้มีการกินดี อยู่ดี ซึ่งรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง รักษาความสะอาดของร่างกาย รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

Walker และคณะ<sup>(21)</sup> ให้ความหมายว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล และใช้คำว่าวิถีชีวิต ในความหมายเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ

Palank<sup>(22)</sup> ให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้<sup>(15)</sup>

1. พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่ผู้ซึ่งมีสภาวะสุขภาพปกติหรือไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วยปรากฏ (normal health state or non-symptomatic state) กระทำหรือปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม คุ้มครอง ปกป้องสุขภาพของตน หรือป้องกันการเกิดโรค อันตราย หรือภาวะทุพสุขภาพ (ill health) ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและสารอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การสวมหมวกกันน็อคเวลาขับขี่จักรยานยนต์ การใส่เข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ การตรวจสุขภาพฟันปีละ 2 ครั้ง การตรวจร่างกายปีละครั้ง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้แสดงพฤติกรรมดังกล่าว หมายถึงผู้ซึ่งอยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะไม่เสี่ยงด้วย อาจเรียกว่าพฤติกรรมนี้ เป็นพฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Behavior) ก็ได้ในบางสถานการณ์

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงพฤติกรรมใด ๆ ที่ผู้ซึ่งรู้ว่าตนเองมีอาการหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ หรือมีภาวะสุขภาพไม่เป็นที่พอใจ กระทำโดยการประเมิน

รับรู้และปฏิบัติอย่างใดหรือไม่ปฏิบัติอย่างใดต่อสภาวะสุขภาพ เช่น การที่บุคคลรู้ว่าตนเองมี อาการผิดปกติ ประเมินและตัดสินใจว่าอาการนั้นเป็นปัญหาทางสุขภาพ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ปรึกษาพ่อแม่ เพื่อน คู่ครอง ญาติ หรือไปพบแพทย์ วิธีปฏิบัติที่บุคคลต่าง ๆ จะรับรู้ ประเมิน และกระทำหรือไม่กระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่ออาการอย่างเดียวกันแตกต่างกันนั้น อาจมีเหตุผลมาจาก ประสบการณ์ การเคยเรียนรู้ หรือเคยอบรมเกี่ยวกับโรคหรืออาการนั้น ๆ มาก่อน อาจพบว่าบางคน ทำให้อาการนั้นชัดเจนขึ้น บอกคนอื่นว่าตนเองมีอาการนั้น ๆ บางคนอาจกลบเกลื่อนอาการ หรือไม่สนใจอาการนั้น ๆ

การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นกับการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ต่ออาการเจ็บป่วยนั้น อาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางอุดมคติ (ideological reason) คือ การเรียนรู้จากค่านิยมที่ได้รับการปลูกฝังมา เช่น สุขภาพดีนำมาซึ่งชีวิตที่ดี ความไม่มีโรคเป็นลาภ อันประเสริฐ เป็นต้น หรืออาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางปฏิบัติ (practical reason) เช่น คนจนแม้จะรู้ว่าสุขภาพดีมีความสำคัญ แต่ในทางปฏิบัติถ้าไม่ไปแสวงหาการรักษา จะได้ผลตอบแทนมากกว่า หรือเสียผลประโยชน์น้อยกว่า เช่น ไม่ขาดงาน ไม่ขาดรายได้ หรือแม้แต่คนมีเงินก็ อาจซึ่งนำหน้าระหว่างการรักษาผลประโยชน์กับการยอมรับความเจ็บป่วย

3. พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick Role Behavior) ได้แก่พฤติกรรมใด ๆ ซึ่งบุคคลที่ถูกวินิจฉัยจากแพทย์หรือผู้มีหน้าที่ในการรักษาหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้องว่าเป็นคนเจ็บ แล้วได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ตนถูกกำหนดให้โดยผู้รักษาหรือญาติ หรือโดยความคาดหวังของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทของสังคมที่บุคคลนั้นอยู่ เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (adherence หรือ compliance to treatment) เป็นต้น

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ <sup>(12)</sup>

1. พฤติกรรมด้านความรู้/พุทธิปัญญา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่ง que แสดงให้รู้ ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่าง ๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาที่กำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติ ออกมา เกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออก และ สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือ บุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย



## ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ <sup>(12)</sup>

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเช้าพวกแป้ง ไขมันมากเกินไป การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

## 2. ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรม

### 2.1 ความรู้ (Knowledge)

ไดมินักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของคำว่า “ความรู้” ไว้เช่น

พจนานุกรม The Lixicon Webster Dictionary <sup>(23)</sup> ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่า หมายถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

Carter V. Good <sup>(24)</sup> ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

สุดา เชนรี และคณะ <sup>(25)</sup> ให้ความหมายว่า ความรู้ คือ ความสามารถที่จะจดจำ (Memorization) และระลึกได้ (Recall) ถึงความรู้ที่ได้รับไปแล้ว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ วิธีและขบวนการต่าง ๆ ตามโครงสร้างและสภาพการของสิ่งนั้น ๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ <sup>(26)</sup> กล่าวว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้

ชม ภูมิภาค <sup>(27)</sup> กล่าวว่า ความรู้เป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้ เช่น

1. การจัดการเรียนการสอนต่างๆ เช่น แบบบอกเล่า จัดให้เห็นภาพกิจกรรมต่างๆ เช่น ไปสเตอร์ ภาพยนตร์ การจัดให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ การสัมผัสด้วยตนเอง รวมถึงความถี่ ปอช ของโอกาสในการสัมผัสด้วย

2. ตัวผู้สอน เช่น ความรู้ ประสบการณ์ เป็นที่น่าเชื่อถือของผู้เรียน และมีทัศนคติที่ดีต่อเนื้อหาที่สอนหรือไม่

3. ตัวผู้เขียน เช่นปัจจัยด้านสติปัญญา ทักษะคิดต่อผู้สอน ต่อกิจกรรมหรือความคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากการเรียน

อนันต์ ศรีโสภาค<sup>(28)</sup> ให้ความหมายว่า “ความรู้” คือส่วนหนึ่งของความสามารถทางพุทธิปัญญา (Cognitive domain) ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล โดยแบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา ได้แก่ ความหมายของคำต่างๆ ความเป็นจริงเกี่ยวกับเวลา เหตุการณ์ บุคคล สถานที่

2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีและการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ เช่น ลักษณะแบบแผนต่างๆ แนวโน้มและการจัดทำ การจำแนกและแบ่งประเภทสิ่งต่างๆ กฎเกณฑ์ระเบียบวิธีดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิด และโครงสร้างของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การบรรยายคุณค่า พยากรณ์ หรือตีความหมายสิ่งที่เราสังเกตเห็น และความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

Bloom<sup>(29)</sup> กล่าวว่า การประเมินความรู้ คือ การประเมินการเปลี่ยนแปลง จากความรู้เดิม จากเนื้อหาที่เรียนรู้และทักษะการใช้เนื้อหานั้น ซึ่งสอดคล้องกับ ซวาล แพร์ตูล<sup>(30)</sup> กล่าวว่า ความรู้เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Facts) หรือเนื้อหาความคิด (Ideas) ความหยั่งรู้หยั่งเห็น (Insights) หรือความสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ และการประเมินด้านความรู้ หมายถึง การประเมินการเปลี่ยนแปลงจากความรู้เดิมใน 2 แนวด้วยกัน คือ เนื้อหาที่เรียน และทักษะในการใช้เนื้อหาความรู้ ซึ่งแบ่งระดับของความรู้ได้ 6 ระดับ คือ

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) คือ การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะ หรือวิธีปฏิบัติ กระบวนการ และแบบแผนนั้นๆ ได้

2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) คือ การที่บุคคลสามารถที่จะเขียนข้อความที่จำได้เหล่านั้น ได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายตีความ และเปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้

3. ระดับการนำไปใช้ (Application) คือ การที่บุคคลสามารถนำข้อเท็จจริง ตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

4. ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) คือระดับที่สามารถที่จะนำความคิดมาแตกแยกเป็นส่วน เป็นประเภท หรือนำข้อมูลต่างๆ มาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง

5. ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำข้อมูลและแนวคิดมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่สร้างสรรค์ (Creation) สิ่งใหม่ต่างจากเดิม

6. ระดับของการประเมินผล (Evaluation) ความสามารถในการใช้ความรู้เพื่อจัดเกณฑ์การวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ข้อตัดสินระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมนั้นๆ

## 2.2 เจตคติ (Attitude)

เจตคติหรือทัศนคติ (Attitude) หมายถึงความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ

Rokeach<sup>(31)</sup> ให้คำจำกัดความว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสภาพการณ์ใด ๆ ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของคุณคนในการตอบสนองให้ออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เลือกสรรได้แล้ว

ทัศนคติไม่ใช่แนวโน้มที่จะมีปฏิริยาตอบสนองต่อสิ่งใดออกมา ในรูปแบบเดียวตายตัว แต่เป็นลักษณะของมาตรการ หรือแบบแผนของการกระทำ หรือการแสดงออก เมื่อถูกกระตุ้นจะนำไปสู่การตอบสนองในลักษณะหนึ่ง โดยไม่จำเป็นเสมอไปว่าจะต้องมีลักษณะเหมือนกัน หรือมีระดับเท่ากันทุกครั้ง ทัศนคติเป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ในการวางแนวโน้ม ซึ่งถูกสร้างขึ้นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่อาจจะป็นรูปธรรมหรือนามธรรม หรือต่อสภาพการณ์ใด ๆ ซึ่งสิ่งนี้จะป็นตัวกำหนดมาตรการที่จะประพฤติว่าเป็นอย่างไร

Secord & Backman<sup>(32)</sup> กล่าวว่า ทัศนคติหมายถึง ส่วนของปัจเจกบุคคลในด้านความรู้สึกที่มั่นคงและมีความสม่ำเสมอ เป็นความคิด ความโน้มเอียง หรือการสื่อแสดงที่จะกระทำหรือแสดงต่อลักษณะบางอย่างที่อยู่รอบตัวของเขา

Helm and Simmel<sup>(33)</sup> กล่าวว่า ทัศนคติเป็นแรงจูงใจที่บุคคลกระทำตามความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทำให้เกิดพฤติกรรมอันมีพื้นฐานมาจากความเชื่อ เช่น เชื่อว่าสิ่งใดถูกจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ดังนั้น ทัศนคติจึงอาจเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์แต่ละบุคคล ตัวอย่างในการสอนจากบุคคลอื่น การได้รับข่าวสารทำให้เกิดทัศนคติแตกต่างไปจากเดิม และประเภทของบุคลิกลักษณะของบุคคล

Newcomb<sup>(34)</sup> สรุปไว้ว่า ทัศนคติเฉพาะบุคคล ขึ้นอยู่กับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เขาได้รับ ทัศนคติของบุคคลนั้นอาจจะแสดงออกมาได้ทางพฤติกรรมซึ่งเป็นไปใน 2 ลักษณะ คือลักษณะพึงพอใจหรือชอบ เป็นผลให้ผู้นั้นเกิดความพอใจรักใคร่ อหากใกล้ชิดสิ่งนั้นเรียกว่า ทัศนคติเชิงบวก กับทัศนคติอีกแบบหนึ่งซึ่งแสดงออกมาในรูปของความไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย เป็นผลให้ผู้นั้นเกิดความชิงชังไม่อาจเข้าใกล้สิ่งนั้น ๆ เรียกว่า ทัศนคติเชิงลบ

โสภณ ชูพิกุลชัย<sup>(35)</sup> ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติเป็นการรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเห็น และความจริง ซึ่งได้แก่ ความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้สึกซึ่งเป็นการประเมินค่าทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพันกัน ทัศนคติเมื่อได้ก่อรูปขึ้นมาแล้วยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ เพราะมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ตลอดไป

สุนทร โคนิน และสนิท สัมครการ<sup>(36)</sup> ให้ความเห็นว่าทัศนคติหมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่ประเมินออกมาเป็นทัศนระของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของคุณคนหรือกลุ่มคนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ไม่ว่าเรื่องนั้น ๆ จะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทางด้านการศึกษา การเมือง สังคม หรืออื่นใดก็ตามในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมอย่างเดียวกันตลอด



จึงอาจสรุปได้ว่า ทักษะคิดคือ ความรู้สึกนึกคิด และการแสดงออกซึ่งความเชื่อของบุคคล หรือกลุ่มคนโดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านการรับรู้ ความเข้าใจ องค์ประกอบด้านความรู้สึก และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม โดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องสัมพันธ์กันก็ได้

องค์ประกอบของเจตคติ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ <sup>(12)</sup>

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) คือ มีการรับรู้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น เช่น คนจะมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากได้ ก็ต้องรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ความรู้เป็นฐานของความเชื่อที่ทำให้บุคคลผู้นั้นเชื่อว่าข้อมูลนั้น ๆ เป็นจริงหรือไม่จริง มีคุณมีโทษ อย่างไร

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ สิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด ความสำคัญขององค์ประกอบนี้ได้ทำให้นักวิจัยบางคนวัดเจตคติ โดยวัดแต่องค์ประกอบนี้เพียงองค์ประกอบเดียว แต่ความจริงแล้วองค์ประกอบทางความรู้สึกนี้โดยทั่วไปแล้ว จะสัมพันธ์กับอีกสององค์ประกอบ เช่น คนที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดพอที่จะเกิดเจตคติได้ ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอที่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้น และย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับความพร้อมที่จะประพฤติออกมาเป็นการกระทำขององค์ประกอบถัดไป

3. องค์ประกอบทางด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action Tendency) หรือ Behavioral Component) เมื่อคนมีความรู้เชิงประเมิน และมีความรู้สึกชอบพอ หรือไม่ชอบพอต่อสิ่งใดแล้ว สิ่งที่มาคือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

#### การวัดทัศนคติ

อุทัย หิรัญโต (อ้างถึงในเนตรนภา พินิจพงศ์) <sup>(87)</sup> กล่าวว่า การวัดทัศนคติของบุคคล หรือกลุ่มคนมี 3 ประการดังนี้

1. ทิศทาง หมายถึง ทัศนคติที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบที่แน่นอนต่อสิ่งแวดล้อม หรือเป้าหมายทางทัศนคติในแต่ละอย่าง

2. องศา หมายถึง การแสดงออกมากน้อยหรือพอใจ ไม่พอใจ ในระดับมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้

3. ความไม่แน่นอน คือความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบจะมีลักษณะไม่แน่นอน เปลี่ยนแปลงเร็ว คืออาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเปลี่ยนแปลงของค่านิยม

#### วิธีการวัดทัศนคติ

1. สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่อาจสรุปได้แน่นอนว่าเป็นทัศนคติ

2. วิธีรายงานด้วยคำพูด โดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ซึ่งจะมีลักษณะแบบปรนัยเป็นที่นิยมมากกว่า สามารถศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคลจำนวนมาก

3. วิธีแปลความ เป็นวิธีการวัดทัศนคติแบบอัตนัย เหมาะสำหรับใช้วัดกับบุคคลจำนวนมาก ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการวัด โดยผู้ถูกวัดจะแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะต้องตอบคำถามได้อย่างไม่ถูกจำกัดเวลาและขอบเขตของเนื้อหา

เครื่องมือสำหรับใช้วัดทัศนคติ เรียกว่า มาตรการวัดทัศนคติ ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า นักจิตวิทยาสังคมนิยมใช้เครื่องมือวัดทัศนคติใน 2 ลักษณะ คือ วัดทิศทาง คือ การประเมินทัศนคติในทิศทางบวกหรือลบ เช่น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบ และวัดเพื่อให้ได้ปริมาณของทัศนคติ หมายถึง ความเข้มข้นรุนแรงของทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ ว่ามากน้อยเพียงใด <sup>(๒๘)</sup>

มาตรการวัดทัศนคติที่นิยมใช้ และรู้จักกันแพร่หลายมี 4 ชนิด ได้แก่ มาตรการแบบของเธอร์สโตน มาตรการแบบของลิเคิรท มาตรการแบบของกัตต์แมน และมาตรการแบบของออสกู๊ด ซึ่งมาตรการวัดทัศนคติแต่ละประเภทมีทั้งข้อดี ข้อจำกัด และเหมาะสำหรับการวัดทัศนคติในลักษณะแตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้มาตรการวัดทัศนคติประเภทใดขึ้นอยู่กับสถานการณ์และข้อจำกัดของการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกมาตรการแบบของลิเคิรท ซึ่งแบ่งเป็น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถจำแนกทัศนคติเป็นความรู้สึก การรับรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมยอมรับหรือไม่ยอมรับชัดเจน เป็นมาตรการที่ให้ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง

อย่างไรก็ตามเนื่องจากในสังคมไทย การแสดงความคิดเห็นมีแนวโน้มที่จะถือทางสายกลางหรือไม่พยายามแสดงความคิดเห็น ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการแสดงความคิดเห็นที่เป็นกลาง คือไม่แสดงความคิดเห็น ระดับความคิดเห็นที่ปรากฏในแบบสอบถามจึงมีเพียง 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

#### วิธีการเรียนรู้เจตคติ <sup>(๒๙)</sup>

1. เจตคติที่เกิดจากการเรียนรู้แบบ Operant Conditioning ทฤษฎีนี้หลีกเลี่ยงไม่กล่าวถึงเจตคติหรือความรู้สึกของบุคคลโดยตรง แต่นักจิตวิทยาที่ประยุกต์ทฤษฎีนี้ต้องอนุมานต่อว่าบุคคลทำสิ่งหนึ่งโดยสมัครใจเสมอ ๆ เขาก็มีเจตคติที่สอดคล้องกับสิ่งที่เขาทำ

2. เจตคติที่เกิดจาก Social Cognitive Theory เมื่อบุคคลสังเกตตัวแบบว่าทำพฤติกรรมอะไร แล้วมีผลอะไรเกิดขึ้นตามหลัง ผลที่เกิดขึ้นตามหลังการกระทำของตัวแบบนี้ ก็จะมีอิทธิพลให้ผู้สังเกตอยากหรือไม่อยากทำตามตัวแบบ หากผลที่เกิดขึ้นเป็นผลทางบวกในทัศนะของผู้สังเกต และผู้สังเกตเชื่อว่าหากตนทำตามตัวแบบได้ งานก็จะได้รับผลทางบวกด้วย ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มจะทำพฤติกรรมนั้นๆ ตามตัวแบบได้ แต่หากผลที่เกิดขึ้นเป็นผลลบในทัศนะของผู้สังเกต และผู้สังเกตเชื่อว่าหากตนทำตามตัวแบบ งานก็จะได้รับผลทางลบด้วย ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มจะไม่ทำพฤติกรรมนั้นตามตัวแบบ

3. เจตคติที่เกิดจากแนวการเรียนรู้สาร (message learning approach) ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ได้แก่

### 3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ส่งสาร ผู้ส่งสารควรมีคุณลักษณะดังนี้

3.1.1 มีความน่าไวใจ น่าเชื่อถือ มีความเชี่ยวชาญ

3.1.2 เจตนาของผู้ส่งสาร ถ้าผู้รับสารสงสัยในเจตนาว่าผู้ส่งสารมีส่วนได้ส่วนเสียหรือทำเพื่อหวังประโยชน์ ผู้รับสารจะไม่เชื่อถือ

3.1.3 มีความชอบพอกัน

3.1.4 ความคล้ายคลึงกัน เช่น เชื้อชาติ หรือศาสนา หรือสถานภาพทางสังคม

### 3.2 ปัจจัยด้านการสื่อข้อความ

3.2.1 การให้เหตุผลข้างเดียว (one-sided) – สองข้าง (two-sided) เหตุผลข้างเดียวเป็นการให้ข้อมูลเพียงด้านดี หรือข้อจำกัดเพียงอย่างเดียว เหตุผลสองข้าง ให้ทั้งข้อมูลด้านดีและข้อจำกัดในครั้งเดียวกัน ผู้ส่งสารต้องทราบจุดยืนเดิม และระดับการศึกษาของผู้รับสาร ถ้าผู้รับสารมีการศึกษาน้อย จุดยืนเดิมเห็นด้วยกับสาร ควรให้เหตุผลข้างเดียว ถ้าผู้รับสารมีการศึกษาสูง หรือการศึกษาน้อย แต่จุดยืนเดิมต่างจากสาร ควรให้เหตุผล 2 ด้าน

3.2.2 การใช้สารกระตุ้นให้เกิดความกลัว

1. การกระตุ้นให้คนเกิดความกลัว ซึ่งกลัวก็ซึ่งทำให้ผู้รับสารยอมรับสารมากขึ้น และมีเจตคติกับพฤติกรรมที่จะทำตามคำแนะนำของสารมากขึ้น

2. การเชื่อว่าการทำตามคำแนะนำในสารจะช่วยให้ผู้รับสารปลอดภัยขึ้น

3. คำแนะนำอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีทำพฤติกรรมที่แนะนำในสาร ทำให้ผู้รับสารมีอัตราทำพฤติกรรมตามคำแนะนำในสารสูงขึ้น

ลักษณะของสารที่จะกระตุ้นความกลัว และทำให้คนเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมจะประกอบด้วย

1. การเน้นถึงความร้ายแรงหรือเจ็บปวดหากสิ่งนั้นเกิดขึ้น เช่น การเป็นมะเร็งจากการสูบบุหรี่ หรือการตายจากการติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น

2. ทำให้ผู้รับสารเชื่อว่าโอกาสที่สิ่งนั้นจะเกิดขึ้นกับตัวเขามีสูง

3. ทำให้ผู้รับสารเชื่อว่าหากทำตามคำแนะนำในสาร จะทำให้เขาป้องกันตัวเองจากสิ่งนั้นได้

4. มีคำแนะนำอย่างชัดเจน หากปฏิบัติตามจะได้ผลจริง

5. ผู้รับสารมีความเชื่อว่าเขาสามารถทำพฤติกรรมได้

### 3.3 ปัจจัยในตัวผู้รับสาร

3.3.1 ลักษณะพื้นฐานส่วนตัว เช่น เพศ เพศหญิงมีแนวโน้มจะรับสาร หรือเกิดความเชื่อสารมากกว่าเพศชาย สำหรับเพศชายการให้ข้อมูลที่สมเหตุสมผล จะเพิ่มความเชื่อ

3.3.2 ความผูกมัดติดขัดกับความเชื่อเก่า ถ้าผู้รับสารมีความเชื่อเก่าแน่นแฟ้นมากก็ยากและต้องใช้เวลา

3.3.3 ลักษณะบุคลิกภาพ ผู้รับสารที่มีความมั่นใจตนเองสูง มีความภาคภูมิใจสูงจะเปลี่ยนแปลงยากกว่า

### 3.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

3.4.1 การรู้ตัวล่วงหน้า ถ้าผู้รับสารรู้ตัวก่อนล่วงหน้าว่าจะถูกเปลี่ยนเจตคติจะเตรียมการต่อต้านไว้ได้

3.4.2 แรงเสริมจากคนรอบข้าง การให้คำสนับสนุนให้กำลังใจ ฯลฯ ของคนสำคัญที่อยู่รอบข้าง จะมีผลต่อการคล้อยตาม

การชักจูงให้เปลี่ยนเจตคติ ผู้ส่งสารควรเป็นผู้นำเชื่อถือ เป็นที่ชอบพอ ใช้วิธีการหาเหตุผลถกเถียงทั้ง 2 ข้างอย่างไม่แสดงความอคติ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง หรือคนที่ไม่มีความผูกมัดกับความเชื่อมากนัก และเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองไม่สูงนัก จะถูกชักจูงได้ง่ายกว่า รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเป็นตัวช่วยกำหนดความสำเร็จ

## 2.3 ค่านิยม (Values)

ก่อ สวัสดิคพานิช<sup>(40)</sup> ให้ความหมายของ ค่านิยมไว้ว่า หมายถึง ความคิด พฤติกรรม และสิ่งที่คนในสังคมใดสังคมหนึ่งเห็นว่ามีคุณค่า จึงยอมรับมาปฏิบัติและวางแทนไว้ระยะหนึ่ง ค่านิยมมักเปลี่ยนไปตามกาลสมัยและความคิดเห็นของคนในสังคม

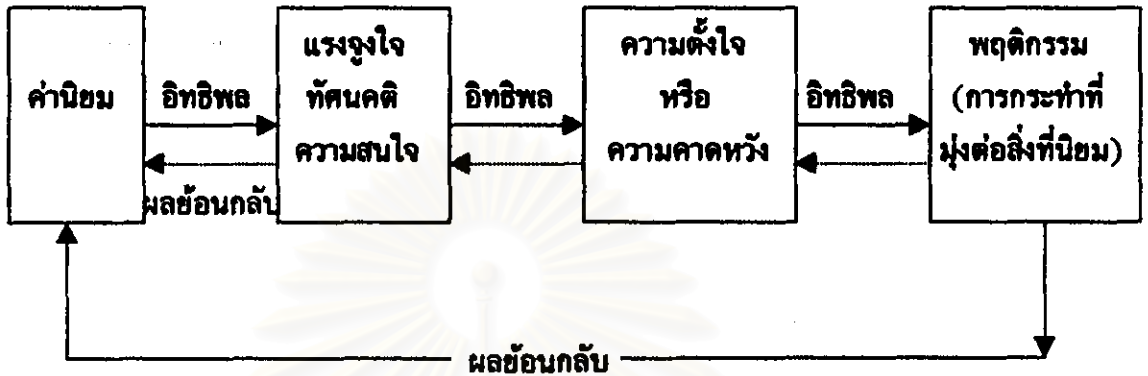
พนัส หันนาคินทร์<sup>(41)</sup> กล่าวถึง ความหมายของค่านิยมไว้ว่า หมายถึงการยอมรับนับถือ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคุณค่าที่คนหรือกลุ่มคนมีอยู่ต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นวัตถุ ความคิด อุดมคติ รวมทั้งการกระทำในด้านเศรษฐกิจ สังคม จริยธรรม และสุนทรียภาพ ทั้งนี้โดยได้ทำการประเมินค่าจากทรรศนะต่างๆ โดยถี่ถ้วนและรอบคอบแล้ว (หากไม่มีการพิจารณาประเมินค่า เพียงแต่มีความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งต่างๆ ความรู้สึกนึกคิดเช่นนั้นจะมีฐานะเป็นเพียงเจตคติที่มีต่อสิ่งนั้นเท่านั้น)

Rokeach<sup>(41)</sup> ให้คำจำกัดความของค่านิยมไว้ว่า ค่านิยมเป็นผลรวมของความเชื่อที่คงทนของบุคคลที่แสดงว่า การประพฤติปฏิบัติบางอย่างเป็นสิ่งที่ยังพอใจและเป็นที่ต้องการ ในขณะที่บางอย่างไม่เป็นที่พึงพอใจและไม่เป็นที่ต้องการ ระบบค่านิยมของบุคคลจึงหมายถึง การจัดความเชื่อดังกล่าวเข้าเป็นลำดับตามความสำคัญ ค่านิยมจะเป็นแกนกลางสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาทที่สำคัญของค่านิยมมีสองอย่างคือ หนึ่งเป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ประเมินผลว่าสิ่งใดดีไม่ดี และสองจะทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ Rokeach เชื่อว่าระบบค่านิยมมีโครงสร้างที่คงทนและสามารถให้ความหมายต่อพฤติกรรมในสภาพการณ์โดยทั่วไปได้อย่างแน่นอน ถึงแม้ว่าจะเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพความจำเป็นใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นก็ตาม

Raths, Harmin and Simon<sup>(42)</sup> ให้ความเห็นว่า การเกิดค่านิยมในตัวบุคคลนั้นจะเกิดโดยผ่านกระบวนการ 3 อย่าง คือ การเลือก การให้ค่า และการปฏิบัติตามค่า ผลของกระบวนการนี้เรียกว่า "ค่านิยม" ค่านิยมเป็นแนวทางไปสู่พฤติกรรมของบุคคล ค่านิยมในแต่ละสังคมและแต่ละยุคสมัยแตกต่างกันไป การคิด และการกระทำที่คนในสังคมหนึ่งในยุคสมัยหนึ่งเห็นว่าดี อาจเป็นการคิดและการกระทำที่น่าอับอายขายหน้า หรือไม่พึงประสงค์ของคนในอีกสังคมหนึ่งในต่างยุคต่างสมัยก็ได้

จากแนวความคิดของนักจิตวิทยา นักการศึกษา นักสังคมวิทยา นักปรัชญา เกี่ยวกับความหมายของค่านิยมดังได้กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่า ค่านิยม ทำ

หน้าที่เป็นทั้งมาตรฐานควบคุมและกำหนดเป้าหมายแนวทางของการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมของบุคคล และเป็นแกนกลางในการสร้างเสริมแรงจูงใจ เจตคติ ความสนใจ และความตั้งใจ ซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้นในที่สุด ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา ได้สรุปอิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 1 อิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์

นอกจากนี้ ฃนัส หันนาคินทร ได้สรุปว่า ค่านิยมของแต่ละบุคคลนั้นเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการตรวจสอบแล้วของเขา และเนื่องจากประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล จึงทำให้ค่านิยมของแต่ละบุคคลผิดแผกแตกต่างกันออกไป ถึงแม้จะอยู่ในวัฒนธรรมหรือสังคมเดียวกันก็ตาม เมื่อประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีเพิ่มมากขึ้น ก็จะมีผลกระทบกระเทือน ทำให้เขาเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมเดิมของเขาขึ้น ดังนั้นค่านิยมจึงมีลักษณะไม่คงที่ ในฐานะที่ค่านิยมเป็นเครื่องนำทางพฤติกรรมของคน การเปลี่ยนแปลงและวุฒิภาวะของค่านิยม ย่อมขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงและวุฒิภาวะของประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ

Rath, Hamrin and Simon<sup>(2)</sup> ได้ให้เกณฑ์ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะใดเป็นค่านิยม ที่แท้จริงนั้นจะต้องได้พิจารณาตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ค่านิยมจะต้องเกิดจากการเลือกโดยอิสระเสรีของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดจากการบังคับ แต่เกิดจากความยินยอม เห็นคุณค่าของสิ่งนั้นอย่างแท้จริง ถ้าสิ่งนั้นถูกบังคับให้เลือกก็ไม่เรียกว่าเป็นค่านิยมที่แท้จริง
2. ค่านิยมที่แท้จริง จะต้องเป็นค่านิยมที่บุคคลเลือกจากสิ่งเลือกหลายอย่าง ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเลือกที่มีอย่างเดียว และบุคคลนั้นจำใจต้องเลือกสิ่งนั้นก็ไม่เรียกว่าเป็นค่านิยม
3. ค่านิยมที่แท้ันั้น จะต้องเป็นค่านิยมที่บุคคลได้เลือกหลังจากได้พิจารณาข้อดีข้อเสีย ตลอดจนผลที่จะตามมาของข้อเลือกแต่ละอย่างอย่างละเอียดรอบคอบ ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล การถูกบังคับให้เลือกจะขาดคุณสมบัติข้อนี้จึงไม่ถือว่าเป็นค่านิยมที่แท้จริง เพราะการถูกบังคับให้เลือกผู้เลือกจะไม่ได้พิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนเกี่ยวกับข้อเลือกนั้น ๆ
4. ค่านิยมที่แท้ันั้น จะต้องเป็นสิ่งที่เจ้าของยอม เติลทุนด้วยความภาคภูมิใจว่า เป็นสิ่งที่มีความค่าควรแก่การรักษา



5. ค่านิยมที่แท้จะต้องเป็นค่านิยมที่เจ้าของยอมรับอย่างเปิดเผย และยินดีที่จะบอกให้ผู้อื่นรู้จักค่านิยมของตนเอง ยืนยันถึงความดีของค่านิยมของตน และยืนหยัดในค่านิยมที่ตนได้เลือกไว้แล้วอย่างมั่นใจ และเด็ดเดี่ยว

6. ค่านิยมที่แท้ จะต้องเป็นค่านิยมที่บุคคลปฏิบัติตามค่านิยมที่ตนได้เลือกแล้ว เพราะสิ่งที่เราเรียกว่าค่านิยมนั้น จะเป็นสิ่งที่นำทางไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง ถ้าบุคคลนั้น เพียงแต่กล่าวถึงค่านิยมนั้น ๆ แต่ไม่ได้ปฏิบัติก็ไม่ถือว่าเป็นค่านิยมที่แท้จริง

7. ค่านิยมที่แท้จริง จะต้องเป็นค่านิยมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หรือได้กระทำซ้ำจนเป็นกิจวัตรตามโอกาส ซึ่งจะทำให้มีลักษณะเป็นค่านิยมประจำตัวของบุคคลที่นำไปใช้ปฏิบัติอย่างน้อยในช่วงเวลาด้านพอสมควร ไม่ใช่ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว เช่น การที่บุคคลให้คำสูงต่อการแปร่งฟันที่ถูกวิธีนั้น จะเรียกว่า เป็นค่านิยมที่แท้จริงของบุคคลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น ได้ปฏิบัติเป็นกิจวัตรคือ แปร่งฟันถูกวิธีจนเป็นนิสัย

ในการที่จะพิจารณาว่า ค่านิยมของบุคคลใดเป็นค่านิยมที่แท้จริงหรือไม่นั้น จะต้องพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ทั้ง 7 ประการหรือไม่ ถ้าขาดคุณสมบัติใดคุณสมบัติหนึ่งก็ไม่ถือว่าเป็นค่านิยมที่แท้จริง

จากคำจำกัดความของ เจตคติ ค่านิยม ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า เจตคติหมายถึงองค์รวมของความเชื่อหลายความเชื่อที่มีต่อเฉพาะบุคคล เฉพาะสิ่ง เฉพาะเรื่อง และเฉพาะสถานการณ์ ส่วนค่านิยม หมายถึง ความเชื่อซึ่งจะแสดงออกในรูปของวิถีปฏิบัติทางพฤติกรรม หรือในรูปของสิ่งที่พึงยึดถือเป็นจุดหมายปลายทางของชีวิต โดยที่ความเชื่อเฉพาะอย่างนี้ มีคุณสมบัติไม่ได้ผูกติดอยู่กับเฉพาะสิ่ง แต่เป็นแกนกลางที่สอดผ่าน (transcend) ข้ามสถานการณ์ สิ่งของ และบุคคล มีคุณสมบัติในการนำการกระทำ นำเจตคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ตัดสิน ผิดถูก ดีชั่ว ชอบไม่ชอบ และช่วยในการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งของสถานการณ์และระหว่างเป้าหมายที่เฉพาะ ดังนั้นเจตคติและค่านิยมจึงแตกต่างกันดังนี้

1. ค่านิยมเป็นสิ่งที่กล่าวไว้อย่างกว้าง ๆ ไม่เฉพาะเจาะจง แต่เจตคติมีความเฉพาะเจาะจง บอกถึงความโน้มเอียงของจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งซึ่งเฉพาะเจาะจง เช่น บุคคลที่ให้คำสูงต่อความมีสุขภาพดี จะมีเจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

2. เราสามารถบอกได้ว่าบุคคลมีค่านิยม แต่ไม่สามารถบอกความมากน้อยของค่านิยมนั้นได้ แต่สามารถเปรียบเทียบความมากน้อยระหว่างค่านิยมหลายอย่าง เช่น ระหว่างค่านิยมด้านสุขภาพกับค่านิยมด้านความมั่งมี บุคคลให้ค่าต่อสุขภาพที่ดีสูงมากกว่าความมั่งมี ส่วนเจตคติสามารถบอกความมากน้อยได้

3. ค่านิยม เป็นเกณฑ์มาตรฐานและจงใจให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ส่วนเจตคติไม่ใช่เกณฑ์มาตรฐาน หลาย ๆ เจตคติต่อสิ่งใดที่ประเมินออกมาเป็นพอใจ หรือไม่พอใจ ซึ่งอาจจะมาจากรากฐานของค่านิยมไม่ก็ค่านิยมที่ใช้เป็นมาตรฐาน

4. คน ๆ หนึ่งจะมีความเชื่อเป็นจำนวนหมื่น มีเจตคติเป็นจำนวนพัน แต่จะมีค่านิยมเป็นโหลเท่านั้น

5. ค่านิยมจะอยู่ลึกและเป็นแกนกลางของบุคลิกภาพและระบบของปรัชญา (Cognitive system) ส่วนเจตคติมีความหมายและหน้าที่ที่ผิวเผินกว่า ฉะนั้นการเปลี่ยนค่านิยมก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางเจตคติที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่การเปลี่ยนเจตคติไม่จำเป็นต้องกระทำถึงระบบค่านิยม

ถ้าบุคคลให้ความสำคัญต่อค่านิยมด้านสุขภาพมาก ก็คาดหมายได้ว่าบุคคลนั้น จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของครอบครัว และชุมชน ดังแสดงความสัมพันธ์ไว้ในแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

### 2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล<sup>(31)</sup> ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ที่เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ มากทั้งทางตรงและทางอ้อม และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมา ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย<sup>(42)</sup>

ดังนั้น ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการศึกษาความเชื่อของบุคคลทางด้านสุขภาพ ที่มีแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาศัยการรับรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการศึกษา ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการในการแปลความหมายของข้อมูล ทำให้บุคคลตระหนักถึงตนเอง บุคคลอื่น สิ่งของ และเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมในโลกแห่งความเป็นจริง การรับรู้ความหมายมีความสำคัญต่อบุคคล และมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม<sup>(44)</sup>

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน หรือรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้าน

จิตวิทยาสังคม เพื่อใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลัง ได้มีการคิดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick - role behavior)

### องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock<sup>(46)</sup> ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อที่ว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาส

เสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุบสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก และความกลัว เป็นต้น

ต่อมายังได้เสนอเพิ่มเติมในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยที่กล่าวมาแล้วยังต้องเพิ่มปัจจัยทางด้านความเชื่อว่า เขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ แม้จะไม่มีอาการก็ตาม

จากแนวคิดของ Rosenstock สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมา ได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบทางด้านการรับรู้แล้ว ยังมีองค์ประกอบตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Becker และคณะ<sup>(46)</sup> ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

หมายถึงความเชื่อ หรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สัมผัสโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะที่เจ็บป่วย และมีการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นถือได้ว่า เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสิ่งที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตน เพื่อรักษาภาวะสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านอื่น มีงานวิจัยจำนวนมากได้พิสูจน์ให้เห็นว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้สึกของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่าในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความชากสาบาก ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียงใด ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน และจะมีผลกระทบต่อนพบาทของตนเองในครอนครว สังคม เป็นต้น การรับรู้

ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักดีว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเฉียดขังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมได้ บุคคลต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าเป็นอย่างไรต่อตนเองแล้ว เขาก็จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอย่างไร ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยหลายท่าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาโรคของผู้ป่วย เช่น การพบแพทย์ไปรับวัคซีน การมาพบแพทย์ตามนัด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceive Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงไป

### 3. การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits-Barriers to taking action)

หมายถึง ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการที่จะปฏิบัตินั้น ๆ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ การที่บุคคลจะยอมรับ และปฏิบัติในสิ่งใดนั้นบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ามีประโยชน์ ๆ เป็นทางออกที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ไม่ป่วย หรือเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรค จะต้องน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายในที่นี้นอกจากจะหมายถึงเงินที่เสียไปแล้วยังรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เป็นต้น

### 4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)

ได้แก่ สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อากาศไม่สบายเจ็บปวดอ่อนเพลีย ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้นเตือน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งอาจเป็น บุคคลผู้ใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมนั้น ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น จะแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมของจิตใจของบุคคลที่จะแสดงออก คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย สิ่งชักนำที่มีความจำเป็นมากในการจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้ว ความต้องการสิ่งกระตุ้นของบุคคลก็มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

### 5. ปัจจัยร่วม (Modify Factors)

เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรค ต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค แบ่งเป็น

5.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic variable) เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

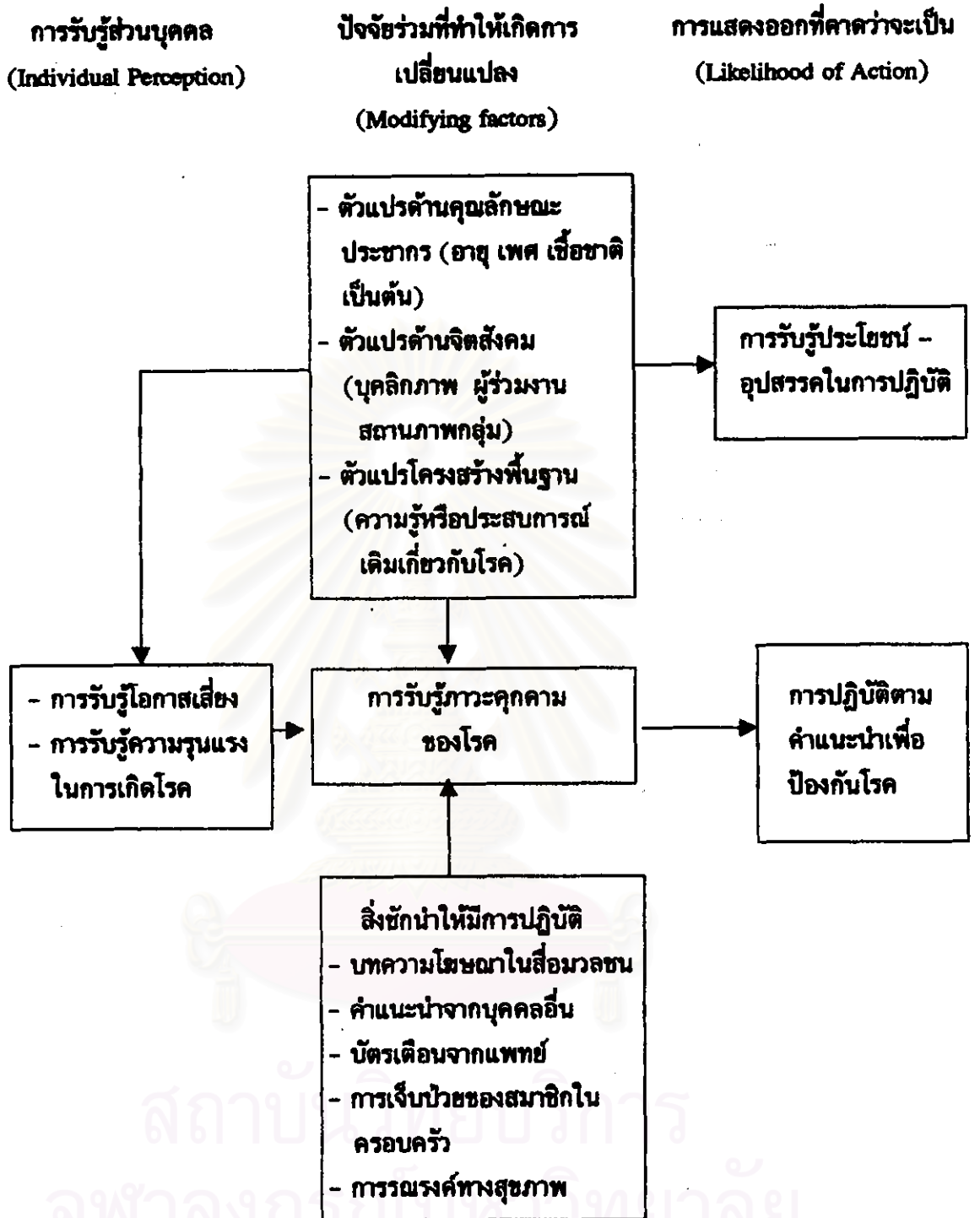
5.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio-psychological variable) เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนฝูง เศรษฐกิจซึ่งเป็นพื้นฐานให้มีการปฏิบัติด้านการป้องกันสุขภาพแตกต่างกัน

5.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variable) เช่น ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา รวมทั้งลักษณะความยาวนานของการปฏิบัติตามการให้บริการ เป็นต้น

ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ปัจจัยร่วมเหล่านี้จะเป็นตัวสะท้อนถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) และแบบแผนพฤติกรรม (behavior pattern) และจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพเช่นกัน (More ย่างโน อรทัย วรฮาจัน)<sup>(47)</sup>

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุป ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติในการป้องกันโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิถีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ ด้านการเสียค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย ต่อมา Becker และ Maiman<sup>(48)</sup> ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ได้กว้างขวางมากขึ้น





แผนภูมิที่ 3 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ  
(Backer et al, 1974)

### 3. แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model

ในปี ค.ศ. 1980 กรีน และคณะ (Green et al, 1980 อังโน วสันต์ ศิลปสุวรรณ)<sup>(49)</sup> ได้พัฒนาแบบจำลอง (Model) โดยการประยุกต์แนวคิดของแอนเดอร์เซน ขึ้นมา เรียกว่า PRECEDE Model (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เพื่อนำไปใช้วินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้อก่อกำเนิดพฤติกรรมสุขภาพ (Enabling Factors) แล้วจะนำสิ่งที่วินิจฉัยและประเมิน ได้ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างไปวางแผนสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตาม สาเหตุ/หรือปัจจัยเหล่านั้น ด้วยกลยุทธ์/วิธีการศึกษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของ แต่ละชุมชน/สังคม การวินิจฉัยและประเมินปัจจัย/สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว จะเริ่ม ประเมินและวินิจฉัยความคาดหวังผลสุดท้ายที่พึงประสงค์เป็นอันดับแรก ทั้งในทางสังคม คุณภาพ ชีวิต ทางระบาดวิทยา (สภาวะของบุคคล/ชุมชน) และทางการศึกษา (พฤติกรรมสุขภาพ) และ ตามมาด้วยการวินิจฉัยและประเมินสาเหตุ หรือตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจึงวางแผนแก้ ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ต่อมาในปี 1991 Green and Kreuter<sup>(60)</sup> ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE Model ใหม่ เพราะแบบจำลอง PRECEDE นั้นจะมุ่งวินิจฉัยและประเมินเฉพาะตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือ ผู้รับบริการสุขภาพเสียส่วนใหญ่ แต่โดยสภาพความเป็นจริงและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่มาจากตัวบุคคล/ประชาชน/ผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ควรมองข้าม ต้องนำมา พิจารณาด้วย ตามแนวคิดของแอนเดอร์เซน ที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น สิ่งแวดล้อม ระบบการให้ บริการสุขภาพ (ซึ่งรวมทั้งการจัดการให้บริการสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ) แบบจำลอง ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้เรียกว่า PRECEDE – PROCEED (Policy Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environment Development) ความมุ่งหมายของการพัฒนา แบบจำลองนี้ขึ้นมา ไม่เพียงแต่จะใช้วินิจฉัย และประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อวางแผนสุขภาพเท่านั้น Green และ Kreuter ยังมีวิสัยทัศน์ครอบคลุมไปถึงการวางแผนส่งเสริม สุขภาพไปด้วยเพราะการศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นกิจกรรมซึ่งจะต้องพึ่งพาซึ่งกันและ กัน (Symbiosis) องค์ประกอบที่ Green และ Kreuter ได้ผนวกเข้าไปในแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นั้นได้แก่ องค์ประกอบด้านนโยบาย ระเบียบกฎเกณฑ์ การควบคุม และการประสานทรัพยากร ที่จะประโยชน์ในการดำเนินงานสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพตามแผนที่วางไว้

แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) และ ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผลส่วนนี้เรียก PROCEED ( Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)

PRECEDE - PROCEED Model เพื่อพัฒนาการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากผล (Outputs) หรือเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น ซึ่งตามแบบจำลอง คือ คุณภาพชีวิต/การมีสุขภาพที่ดี ย้อนกลับไปเหตุ (Input) ได้แก่ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ตามแผนภูมิที่ 4 จะเห็นว่า มีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 8 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามแผน และในการประเมินผลอาจจะมีขั้นตอนที่ 7 หรือ ขั้นตอนที่ 8 ขึ้นอยู่กับความจำเป็นเหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการดำเนินงานขั้นแรกตามกรอบแนวคิด ขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของประชากรหรือชุมชนว่าเป็นอย่างไร และที่อาจเกิดในอนาคต เป็นไปในลักษณะใด มีขอบเขต ความรุนแรง และปัญหามีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ปัญหาที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร การวินิจฉัยทางสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

1. เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
2. เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่ศึกษา
3. เพื่อกำหนดภาวะของปัญหาสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
4. เพื่อหาเหตุผลสำหรับชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์แล้ว
5. เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอในการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ
6. เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับประเมินโครงการในเชิงเศรษฐกิจ

การวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย สามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการและความคาดหวังของบุคคล ข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือการสำรวจชุมชนโดยตรง ในการศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้นนั้น ตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจจะมีหลายตัวชี้วัด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

#### ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคม โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่หรือรวบรวมขึ้นใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ แล้ววิเคราะห์ตามหลักวิทยาการระบาด จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ จะช่วยให้เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินการ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะทำให้เกิดประโยชน์ คือ

1. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับภาวะอื่น ๆ และคุณภาพชีวิต
2. เข้าใจทิศทางปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานของการลำดับความสำคัญของปัญหา
3. ช่วยให้สามารถกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของบุคลากร และหน่วยงานต่าง ๆ

ในกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพ ได้อย่างชัดเจน

### หลักเกณฑ์การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ

1. พิจารณาว่าปัญหาใดบ้าง ที่มีผลกระทบต่อประชากรและสังคมมากที่สุด ในแง่การสูญเสียชีวิต ความพิการที่เกิดขึ้นทั้งชั่วคราวและถาวร ค่าใช้จ่ายที่ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น เด็ก
3. ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาแล้ว และมีหน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบ และสามารถดำเนินการได้
4. ปัญหาใดที่ยังไม่มีหน่วยงานใดแก้ไข และเหตุผลที่ไม่ได้รับการแก้ไข
5. ปัญหาใดบ้างที่เป็นที่สนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินการ แล้วส่งผลให้เห็นชัดเจน ในแง่การทำให้สุขภาพดีขึ้น มีผลต่อเศรษฐกิจ หรือประโยชน์ของชุมชนโดยตรง
6. มีปัญหาใดบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่กำลังได้รับการแก้ไข

สรุปว่า ในขั้นนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ กับปัญหาทางสังคม (ในขั้นที่ 1) ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Dimensions) แสดงในแผนภูมิที่ 5 การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นนี้ประกอบด้วย การกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental and health related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยน สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือของบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคลชี้ให้เห็นว่า งานสุขภาพที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องพิจารณาเหตุผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจจะเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์การที่เล็กลงมา

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพทั้งทางตรงหรือทางอ้อม จะต้องวิเคราะห์ว่าเป็นไปในลักษณะใด มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่น หรือปัญหาอื่นอย่างไร พฤติกรรมนี้จะเป็นเป้าหมายสำคัญในการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม การวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอน คือ

1. จำแนกปัญหาสุขภาพ ระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมและไม่ใช่พฤติกรรม
2. วิเคราะห์ในแต่ละปัญหา ว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม ที่มีผลต่อการทำให้เกิดปัญหา
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ว่ายากหรือง่ายเพียงใด
5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมาย ตามลำดับความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง โดยเลือกพฤติกรรมที่มีความสำคัญและสามารถเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นเป้าหมายหลัก

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis)

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่า มืองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายประการ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ได้แก่ สภาพการณ์ของแต่ละบุคคลในด้าน ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในนำไปสู่การกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้รับจากการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การสร้างค่านิยมทั้งทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยนี้จะช่วยเหลือหรือยับยั้งการเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ได้ แล้วแต่ระดับและทิศทางของปัจจัย

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม จะประกอบด้วย ทักษะหรือความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ ทรัพยากรบริการ อุปกรณ์ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมมีอยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่าย ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่อง การยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของ การกระตุ้นเตือน ขกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง คำเหน็ดเตือน การลงโทษ

ในขั้นตอนนี้เป็นการพิจารณาว่า ปัจจัยต่าง ๆ นั้นมีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้างที่เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้ว จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถ และทรัพยากรขององค์การและด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจพบว่ามีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผน/ดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาต้นทุนเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจแก้ไขโดย การร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ในขั้นนี้ก็จะเกี่ยวข้องกับการจัดกลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ในชุมชน สถานประกอบการ/โรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

การดำเนินงาน และการประเมินผล จะถูกกำหนดใน Model อยู่ในขั้นที่ 6 7 8 และ 9 ตามลำดับ ในขั้นที่ 7 8 9 นั้น เกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่าง ๆ ตามความจำเป็นและความเหมาะสม ซึ่งที่จริงแล้วการประเมินผลนั้น เป็นกระบวนการซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด และต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผน เป็นการประเมินผลทุกระยะ



จะเห็นว่า PRECEDE-PROCEED Model เพื่อการวางแผนนี้ จะเกี่ยวข้องกับ การประยุกต์ศาสตร์ต่าง ๆ หลายศาสตร์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ สาขาวิชา (Multidisciplines) คือ วิชาการด้านระบาดวิทยา สังคมและพฤติกรรมศาสตร์ การศึกษา และการบริหาร จะเห็นว่ากิจกรรม ที่ทำในขั้นที่ 1 2 และบางส่วนของขั้นที่ 3 ใช้วิธีการด้านระบาดวิทยา และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ กิจกรรมของขั้นที่ 3 และ 4 นั้น จำเป็นต้องใช้วิชาการด้านทฤษฎี/แนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ นอกจากนี้ในขั้นที่ 5 และ 6 คือการวางแผนงานและดำเนินงานตามแผน จำเป็นจะต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ทางด้านการบริหารจัดการและการศึกษา ในส่วนที่ 2 ของ Model คือ PROCEED ซึ่งเกี่ยวข้องกับวางแผนโครงการ การดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการ จำเป็นจะต้องใช้ความเข้าใจทางด้านการบริหาร รัฐศาสตร์ (Political Sciences) รวมทั้งการจัด ชุมชน (Community organization)

การนำกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถประยุกต์ขั้นตอนที่ 3, 4 และ 5 มาเป็นแนวทางในการ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปวางแผนในการจัด กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรม ให้กับกลุ่มเป้าหมายตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ซึ่งแต่ละ กลุ่มเป้าหมายจะประสบปัญหาแตกต่างกัน แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นเรื่องเดียวกันก็ตาม

PRECEDE-PROCEED Model สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลาย สาเหตุ

2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผล ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคมนั้น จำเป็นจะต้อง ใช้หลาย ๆ วิธีการ วิธีการต่าง ๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสานบูรณาการของศาสตร์/วิชาการ หลาย แขนง ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ชีวแพทย์ (Biomedical Sciences) (ซึ่งประกอบด้วยศาสตร์ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข) พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ การศึกษา และการบริหาร

ข้อดีและข้อจำกัดของ PRECEDE-PROCEED Model

ข้อดี

1. กระบวนการตามขั้นตอนทั้งหมด เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยแบบย้อนกลับ ทำให้มองเห็นจุดเริ่มต้น ความสัมพันธ์แต่ละขั้นตอน อย่างมีระบบตามลำดับขั้น

2. เป็นกรอบแนวคิดที่ผสมผสานความรู้สาขาต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา พฤติกรรมของบุคคลที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การดำเนินงานจำเป็นต้องมีหลายด้านประกอบกัน

3. การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม จำแนกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมได้ครอบคลุม มิใช่เน้นด้านการให้ความรู้เพื่อแก้ไขเฉพาะ ปัจจัยนำที่นิยมทำกันในอดีต แต่ได้ให้ความสนใจในการฝึกทักษะ จัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากร ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ มีปัจจัยเสริมที่ช่วยสนับสนุนกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัตินั้น ๆ

### ข้อจำกัด

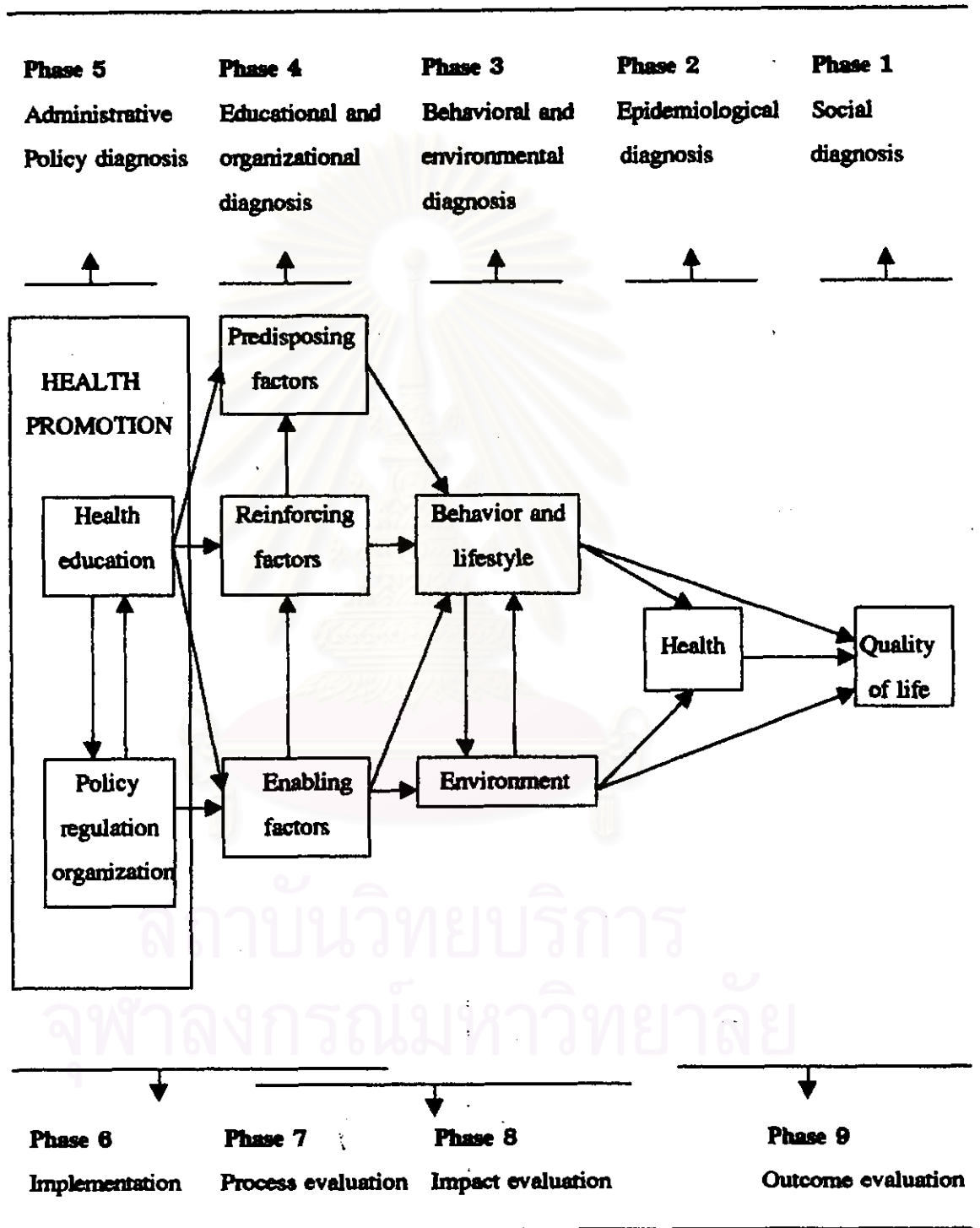
1. เป็นกรอบแนวคิดประเภท Diagnosis Model สำหรับวิเคราะห์สาเหตุ ไม่ใช่รูปแบบของ Intervention Model ไม่ได้บอกวิธีการแก้ปัญหา จะต้องดำเนินการวางแผนตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้
2. เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาทางสุขภาพ โดยจำกัดเฉพาะสาเหตุทางพฤติกรรมเท่านั้น
3. จำนวนตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์มีมาก เป็นปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องใช้คำถามมากเกินไป ทำให้ผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

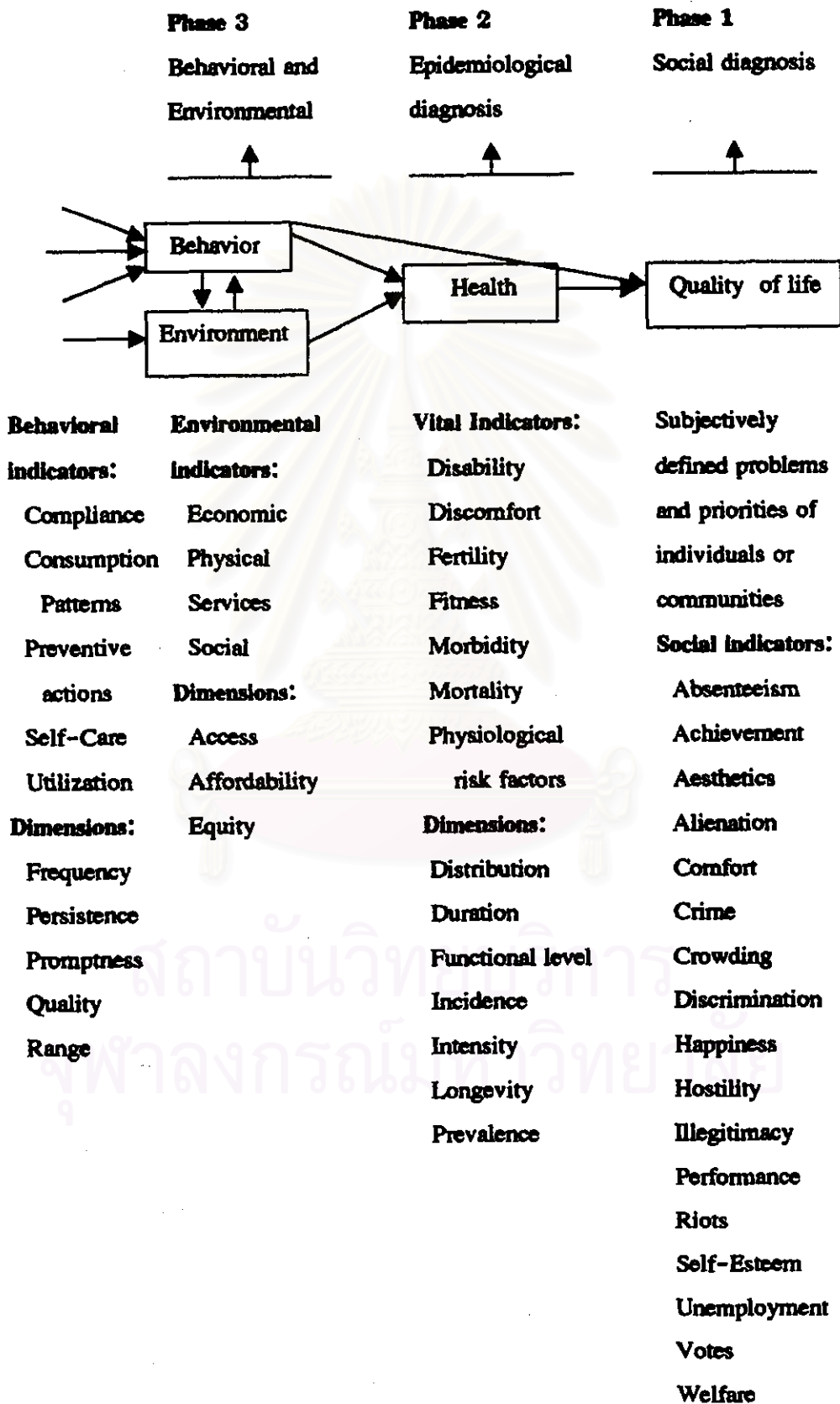
**แผนภูมิที่ 4 The PRECEDE-PROCEED Model for health promotion planning and evaluation (Green and Kreuter 1991 : 24)**

**PRECEDE**

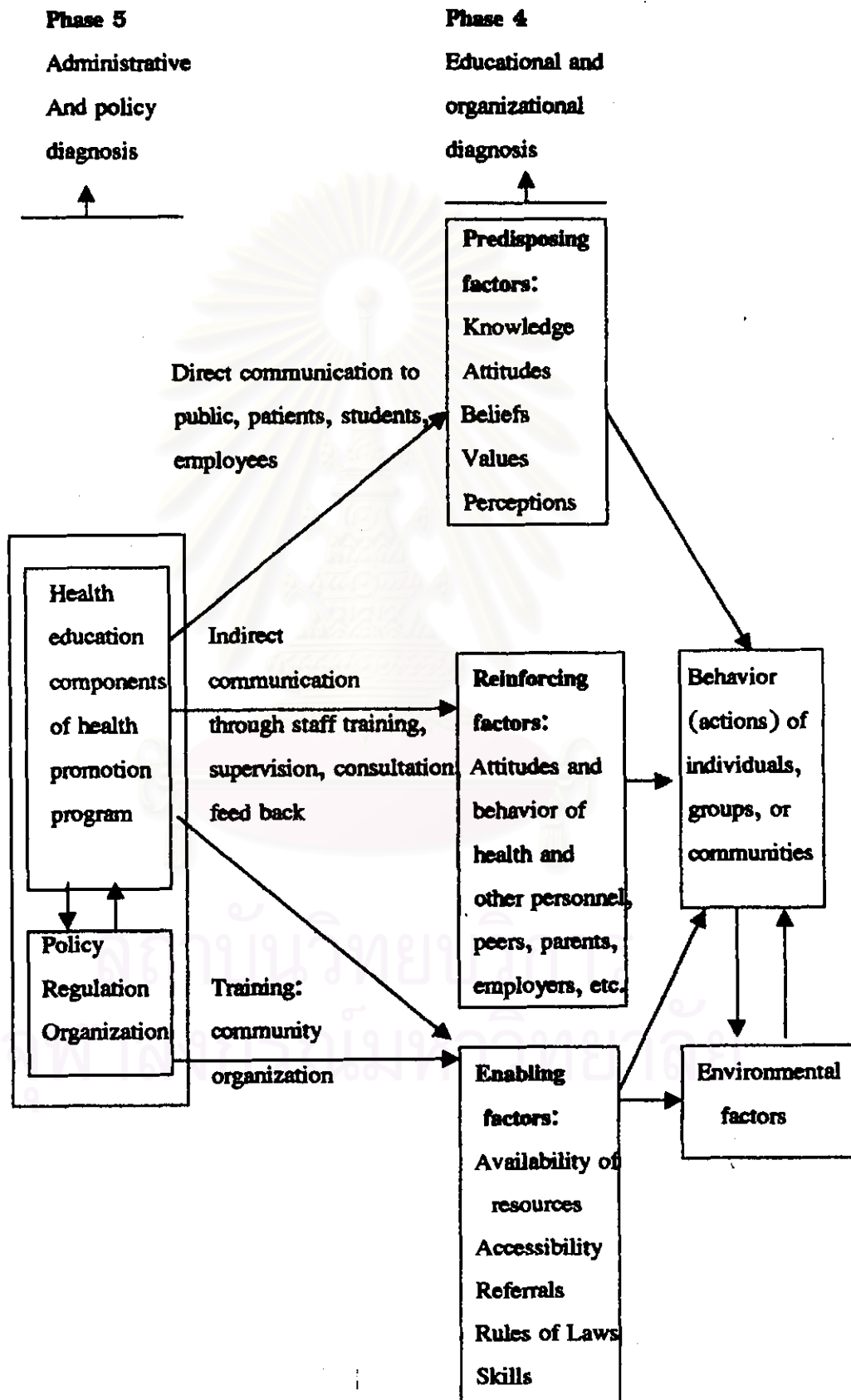


**PROCEED**

**แผนภูมิที่ 5** ตัวชี้วัด และคุณลักษณะขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่จะต้องศึกษาในขั้นที่ 1 2 และ 3 ของ PRECEDE - PROCEED Model

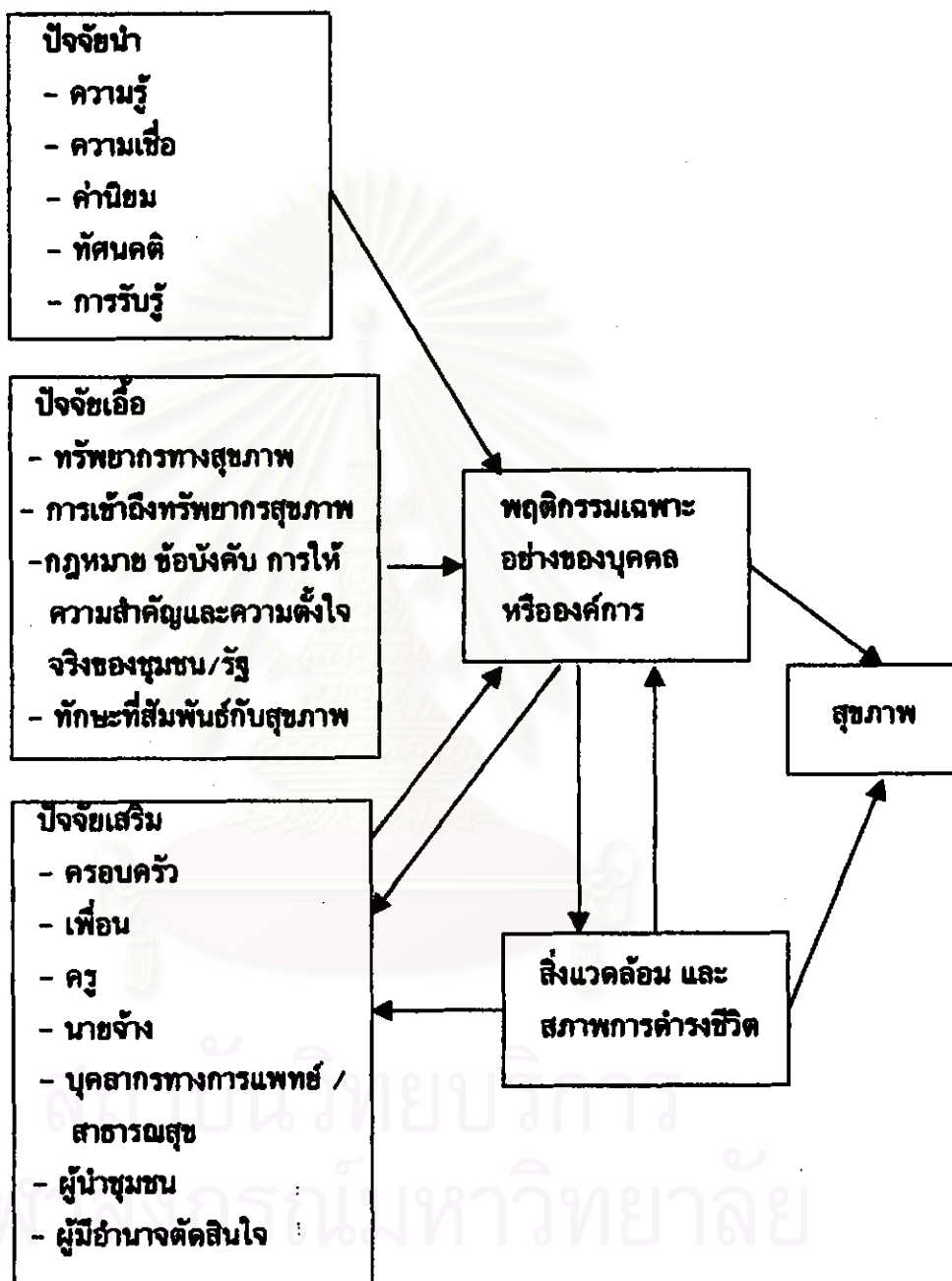


แผนภูมิที่ 6 ขั้นที่ 4 และ 5 ของ PRECEDE MODEL เพื่อวิเคราะห์กลุ่มยุทธ และ ทรัพยากรที่จำเป็นในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (Green and Kreuter 1991 : 30)





แผนภูมิที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ  
(Green and Kreuter 1991 : 153)



PRECEDE-PROCEED Model เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัด ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวความคิดในการวิจัย โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะตัวแปรในกลุ่ม ปัจจัยนำประกอบด้วยความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ โดยตัวแปรสุดท้าย เป็นการศึกษาในรูปแบบของ Health Belief Model

#### 4. ชุมชนแออัด

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน (Community)

มีนักคิดที่ให้ความหมายและขอบเขตของชุมชนแตกต่างกันออกไป พอจะสรุปได้ดังนี้<sup>(81)</sup>

Ferdinand Tonnies ชาวเยอรมัน เป็นคนแรกที่ให้นิยามชุมชนอย่างเป็นระบบ เรียกว่า Gemeinschaft (ชุมชนชนบท) และ Gesellschaft (ชุมชนเมือง) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1887

Kingsley Davis นักสังคมวิทยาอเมริกัน กล่าวว่า ชุมชน คือกลุ่มคนที่อยู่รวมกัน ในอาณาบริเวณหนึ่งซึ่งสามารถดำรงชีวิตทางสังคมด้านต่างๆ ได้ทั้งหมด และได้กำหนดเกณฑ์ทางกายภาพหรือความใกล้ชิดตามพื้นที่ และเกณฑ์ความพร้อมทางสังคม (Social Completeness) ในการพิจารณาความเป็นชุมชน

Alex Inkerles มองว่า ชุมชนจะต้องมีครัวเรือนที่รวมกลุ่มในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์ที่แน่นอน ผู้คนที่อยู่ด้วยกันจะต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทางสังคมในลักษณะที่มีแก่นสารระดับหนึ่ง และต่างมีความรู้สึกเป็นสมาชิกในชุมชนเดียวกัน และความรู้สึกเช่นนี้มีได้เกิดจากความเป็นเครือญาติแต่เพียงอย่างเดียว

Kenneth Wilkinson นักสังคมวิทยาอเมริกัน เคยเป็นประธานสมาคมสังคมวิทยาอเมริกัน กล่าวว่า องค์ประกอบ 3 ประการ ที่ใช้วัดความเป็นชุมชน ได้แก่ 1) นิเวศวิทยาชุมชน (Local Ecology) เน้นลักษณะของชุมชนที่อยู่อาศัย 2) สังคมของชุมชน (Local Society) เน้นลักษณะชุมชนที่มีโครงสร้างแบบองค์รวม (Holistic Structure) เช่น กลุ่มหรือสังคมที่สามารถตอบสนองความต้องการร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของคนในชุมชน และ 3) การกระทำร่วมของชุมชน (Community Actions) เป็นความพยายามร่วมกันของสมาชิกในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาหรือแสดงออกซึ่งเอกลักษณ์ทางสังคม และความเป็นปึกแผ่นของชุมชน

Peter Worsley อดีตประธานสมาคมสังคมวิทยาอังกฤษ สรุปลักษณะร่วม 3 ประการของชุมชน คือ 1) ชุมชน เปรียบเสมือนการมีขอบเขตอาณาบริเวณ (Community as Locality) โดยเน้นการตั้งถิ่นฐานที่มีอาณาเขตแน่นอน เป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างที่ตั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์และวิถีชีวิตของคนในชุมชน 2) ชุมชน เปรียบเสมือน ระบบสังคมเล็ก ๆ สังคมหนึ่ง (Community as a Local Social System) เป็นลักษณะความสัมพันธ์ของสังคมที่เกิดขึ้น

ในสังคมเล็ก ๆ สังคมหนึ่ง 3) ชุมชน เปรียบเสมือนรูปแบบของความสัมพันธ์ (Community as a Type of Relationship) เป็นความรู้สึกร่วมทางเอกลักษณ์เฉพาะของคนในชุมชน

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข นักสังคมวิทยาชนบท มหาวิทยาลัยขอนแก่น สรุปลักษณะของชุมชนไว้มากมาย โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับชุมชน รวม 11 ทฤษฎี เช่น ทฤษฎีนิเวศวิทยาชุมชน (Park, McKenzie) ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน (Tonnies, Redfield) เป็นต้น

Irwin Sanders เสนอวิธีการแบ่งประเภทของชุมชนออกเป็น 4 วิธี ได้แก่

1. ชุมชนในแง่ถิ่นที่อยู่ โดยมองที่ตั้งของชุมชน เช่น ชุมชนเมือง (กทม.) ชุมชนชานเมือง (ย่านบางนา) ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท

2. ชุมชนในแง่นิเวศวิทยา โดยมองสภาพแวดล้อมของพื้นที่เป็นสำคัญ ถ้าคนอยู่ร่วมกันมากในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง จะเป็นเขตเมืองที่คนอยู่หนาแน่น (Concentration) ถ้าที่อยู่มีการบริการและคมนาคมติดต่อกันมาก จะเป็นเขตศูนย์กลาง (Centralization) ถ้าอยู่พื้นที่ธุรกิจอุตสาหกรรมจะเป็นเขตที่แบ่งเป็นสัดส่วนดี (Segregation) ถ้าคนรุกเข้าไปในเขตที่มีคนอยู่แล้วจะถือเป็นการรุก (Invasion) ถ้าคนสามารถย้ายที่อยู่แบบรุกเข้าไปอาศัยในที่ดินนั้นสำเร็จ จะเป็นการอยู่แบบสืบเนื่อง (Succession)

3. ชุมชนในแง่มนุษยชาติ โดยมองปริมาณคนในชุมชนจะมีมากขึ้นหรือลดลงเนื่องจากการอพยพ เพื่อการศึกษา หรือเพื่อแสวงหาอาชีพ

4. ชุมชนในแง่ระบบสังคม โดยมองความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เป็นความสัมพันธ์แบบแนวนอน (Horizontal Pattern) เช่น เพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์กับภายนอกชุมชน แบบแนวตั้ง (Vertical Pattern) เช่น คนในหมู่บ้านติดต่อกับคนในตำบล อำเภอ จังหวัด

โดยทั่วไปภาระหน้าที่ของชุมชนประกอบไปด้วย 6 ประการ คือ

1. การให้บริการขั้นพื้นฐานแก่สมาชิกในชุมชน โดยเน้นการบริการด้านสาธารณสุข และการศึกษา
2. การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเบื้องต้นแก่สมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะบริการสาธารณูปโภค เช่น ถนน น้ำประปา ไฟฟ้า
3. การจัดให้มีหน่วยการปกครองท้องถิ่น โดยสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นให้สามารถปกครองตนเองได้ ในชุมชนชนบทจะมี สภาตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชนเมืองมีเทศบาลหรือสุขาภิบาล
4. การจัดให้มีการคุ้มครองสวัสดิภาพสมาชิกในชุมชน ทั้งในด้านร่างกายและทรัพย์สิน โดยมีสถานีตำรวจเพื่อรักษาคุ้มครองสวัสดิภาพ มีศาลเพื่อรักษากระบวนการยุติธรรม และมีหน่วยรักษาความปลอดภัยหรือยามประจำหมู่บ้าน
5. การดูแลควบคุมสวัสดิภาพของสมาชิกในชุมชน
6. การปลูกฝังค่านิยมที่เหมาะสมให้แก่สมาชิกในชุมชน เช่น ความรักชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์

## 4.2 ชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร

### 4.2.1 องค์ประกอบในการพิจารณาชุมชนแออัด

ชุมชนแออัด หรือ สลัม หรือ แหล่งเสื่อมโทรม สามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ องค์ประกอบด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจดังนี้<sup>(82)</sup>

ด้านกายภาพ ชุมชนแออัดจะเป็นเขตที่อยู่อาศัยที่มีความหนาแน่นสูง อาคารสร้างด้วยวัสดุก่อสร้างที่มีราคาถูก ง่าย ๆ ตัวอาคารสร้างขึ้นอย่างง่าย ๆ ด้วยไม้ สังกะสี หรือกระดาษแข็ง ในสภาพที่เรียกว่าหลังคาปะชิดกัน ขาดระบบสาธารณูปโภค โดยเฉพาะถนนเข้าสู่บริเวณและภายในบริเวณ ซึ่งจะใช้ไม้กระดานแคบ ๆ ปูยกเป็นทางเดิน เบื้องล่างมีน้ำขังและไม่ถ่ายเท เพราะบริเวณเดิมเป็นที่ลุ่มขัง ไม่ได้ปรับปรุงบริเวณก่อนสร้างอาคารที่อยู่อาศัย ภายในตัวอาคาร ห้องมีจำกัด พื้นที่ไม่ค่อยมีน้อย ไม่มีพื้นที่โล่งรอบ ๆ บ้าน

ด้านสังคม ชุมชนแออัดมักจะเป็นจุดรวมของผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากถิ่นเดิมเดิมเดียวกัน เป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกันที่ขยายออกไป มักจะสร้างที่พักจากการเช่าที่ของเจ้าของเดิม จากการเช่าที่ดินที่ว่างอันเป็นที่สาธารณะหรือที่ของทวงราชการที่ขาดการดูแล ในกรณีที่เช่าที่อยู่ค่าเช่าจะขึ้นอยู่กับทำเลและการเข้าถึง

ด้านเศรษฐกิจ ชุมชนแออัดมักจะเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย เนื่องจากย้ายถิ่นเข้ามาทำงานทำในกรุงเทพมหานคร แต่ขาดประสบการณ์และความรู้ในการทำงานด้านต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกรรม จึงเป็นแรงงานที่ขาดความชำนาญ มีรายได้น้อยไม่แน่นอน หรือไม่ก็ว่างงาน แต่มีความจำเป็นที่จะต้องต่อสู้กับการอยู่อาศัยในเมืองหลวง ซึ่งต้องทนอาศัยอยู่ในสภาพดังกล่าวแทนที่จะหวนกลับไปอยู่ถิ่นเดิม

### 4.2.2 ความหมายของชุมชนแออัด<sup>(83)</sup>

หนังสือ Encyclopedea Britanica ได้ให้ความหมายว่า "ที่อยู่อาศัยที่ไม่มีที่ว่างสำหรับทุกไตรมาส ขาดบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัยหรืออยู่อาศัยกันอย่างแออัด อันทำให้ไม่อาจใช้เป็นที่อยู่อาศัยเพื่อดำเนินชีวิตในครอบครัวให้มีความสุขกายสบายใจได้"

Logman Dictionary of Contemporary English ให้ความหมายของ slum ไว้ว่า "a city area of poor living conditions and dirty unrepaired building"

สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความหมายว่า "ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบและชำรุดทรุดโทรม ประชาชนอยู่อาศัยอย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยให้ถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือน 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่หนึ่งไร่เป็น 1 ชุมชน"

การเคหะแห่งชาติ<sup>(84)</sup> ให้ความหมายของชุมชนแออัดว่า หมายถึง บริเวณพื้นที่ที่มีอาคารที่ใช้ในการอยู่อาศัยไม่ต่ำกว่า 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ และมีผู้อยู่อาศัยอย่างแออัด รวมทั้งมีสภาพไม่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำขังอับชื้นหรือสกปรก น่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย

ความปลอดภัย หรือเป็นแหล่งที่น่าจะก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมาย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

จากการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับชุมชนแออัดจากแหล่งต่าง ๆ ทำให้พอจะสรุปความหมายของชุมชนแออัดว่า หมายถึง บริเวณพื้นที่ที่อยู่อาศัยที่มีความแออัด ไร้ระเบียบ มีสภาพบ้านเรือนและสภาพแวดล้อมต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย รวมถึงการเป็นแหล่งที่อาจก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมที่ดีของประชาชน

#### 4.2.2 สาเหตุของการเกิดชุมชนแออัด

จากการศึกษาของฉัตรชัย พงษ์ประยูร และ สุพัตรา สุภาพ, จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ และคณะ<sup>(66)</sup> และ พันธุดา บุญเหลือหล่อ (อ้างถึงในชมชื่น จันทรสุมบุรณ์)<sup>(67)</sup> สามารถรวบรวมสาเหตุการเกิดชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งสาเหตุจาก ทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงประชากรด้วย และสาเหตุส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน ได้แก่

1. การอพยพย้ายถิ่นเข้ากรุงเทพมหานคร จากลักษณะการโยกย้ายเข้ามาอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก และเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น เพราะแรงผลัก (push factor) จากชนบทที่แห้งแล้งหมดทางทำมาหากิน และแรงดึง (pull factor) ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางความเจริญทุกด้าน ประกอบกับลักษณะของประชากรที่เข้ามา ส่วนใหญ่จะเป็นคนยากจนหรือชนชั้นแรงงาน ได้ทำให้ประชากรเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การให้บริการและตอบสนองความต้องการของรัฐไม่สามารถทำได้ทันทั่วถึง จึงเกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย เช่น การขาดแคลนที่อยู่อาศัย การทำมาหากิน สุขภาพอนามัย เป็นต้น นอกจากนี้รัฐบาลยังไม่ได้สนใจที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะแรก จึงทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงขึ้น

2. การขาดแคลนที่อยู่อาศัย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครจากการย้ายถิ่น ก่อให้เกิดการขาดแคลนที่อยู่อาศัยจำนวนมาก ผู้ที่เข้ามาใหม่ต้องอาศัยอยู่ในที่พักที่มีสภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ในปี 2503 จากหลักฐานการรายงานของผู้เชี่ยวชาญอเมริกันซึ่งได้ทำการวางแผนสำรวจกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชากรประมาณ 700,000 คนต้องหาที่อยู่ใหม่ หรือไม่ก็ต้องปรับปรุงที่อยู่ใหม่ ส่วนการสำรวจของสภาสังคมสงเคราะห์ ในปี พ.ศ. 2509 พบว่ามีบ้านที่อยู่ในสภาพเสื่อมโทรมถึง 24,150 หลังและมีประชากรรวมถึง 144,900 คน และเทศบาลนครกรุงเทพได้สำรวจ เพื่อหาจำนวนประชากรและขนาดของแหล่งชุมชนแออัดในปี พ.ศ. 2501-2503 พบว่ามีคนประมาณ 150,000 อาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม มีพื้นที่รวมกันถึง 1,500 ไร่

3. ความยากจนของประชากรและลักษณะนิสัย สาเหตุหนึ่งของการเกิดชุมชนแออัดมาจากการที่ประชากรจำนวนหนึ่งมีความยากจน ไม่สามารถแสวงหามาตรฐานการดำรงชีวิตให้สูงขึ้นกว่าสภาพที่เป็นอยู่ได้ ประชากรเหล่านี้มาจาก การอพยพของคนชนบทที่มีรายได้น้อยมาสู่เมือง เพื่อแสวงหาหนทางที่ดีกว่า หรือจากคนยากจนในเมืองที่มาจากแหล่งไฟไหม้ต่างๆ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัยของตัวผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดเอง ที่มักไม่ค่อยคำนึงถึงสภาพความเป็นอยู่



ของตนหรือคิดปรับปรุงให้ดีขึ้น เพราะมีความเคยชินกับสภาพไม่เป็นระเบียบ หรือรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ มีชีวิตกระเสือกกระสนเพื่อการอยู่รอดไปวันหนึ่งๆ ทำให้ไม่สามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมหรือที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นได้

4. สาเหตุทางด้านกายภาพ จากการศึกษาพบว่า เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดชุมชนแออัดในเมืองโดยแบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ เรื่องที่ดิน และเรื่องสภาพที่อยู่อาศัย ซึ่งประเด็นทั้ง 2 นี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดแคลนที่อยู่อาศัยของผู้ที่มีรายได้น้อย

ก. เรื่องที่ดินและกรรมสิทธิ์ที่ดิน จากการศึกษาของจักรกฤษณ์และคณะ<sup>(๕๕)</sup> พบว่าชุมชนแออัดจะเกิดขึ้นในที่ดิน 2 ประเภท คือ ที่ดินของรัฐ และที่ดินของเอกชน

ที่ดินของรัฐ ได้แก่ กรณีที่ประชาชนเข้าไปครอบครองพื้นที่ ในลักษณะหยั่งเชิงคุกก่อน โดยปลูกสร้างอาคารขึ้นมาโดยพลการ ส่วนใหญ่เมื่อแรกเริ่มจะเข้าไปอาศัยเป็นการชั่วคราวก่อนโดยปลูกเป็นเพิง ต่อเมื่อมีบุคคลอื่นตามเข้าไปยึดครองและปลูกสร้างใกล้เคียงกันมาก ราย กำลังต่อรายก็มีมากขึ้น ผู้อยู่อาศัยเหล่านี้ก็ใช้วิธีคือแผ่ยัดเอาทำเลนั้นเป็นที่อยู่อาศัยอย่างถาวรต่อไป บางคนอาจจะปลูกสร้างในลักษณะถาวรมากขึ้นและใหญ่โตขึ้น เพื่อให้ญาติพี่น้องจำนวนมากเข้าไปอยู่อาศัย ที่ของรัฐที่มีกฏกุกกัก ได้แก่ ที่ดินเขินริมแม่น้ำสาครลง ปิง สำราญสาธารณะ ที่ดินเขิน ที่ดินสาธารณะ ที่ธรณีสงฆ์ ที่ทางการเวนคืนแล้วยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ รวมทั้ง ที่ของวัดวาอารามและบริเวณโบราณสถานเก่าแก่ซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองเพียงพอ ที่ดินเหล่านี้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมศิลปากร กรมการศาสนา กรมธนารักษ์ หรือกรมสรรพากร เป็นต้น

ที่ดินของเอกชน ได้แก่ ที่ดินซึ่งเป็นการรวมสิทธิ์ของเอกชนที่ยังไม่ได้ทำประโยชน์ หรือไม่มีเวลายากดูแลได้เพียงพอ รวมทั้งเขตต่อระหว่างที่ดินของแต่ละเจ้าของซึ่งต่างไม่แน่ใจว่าอยู่ในเขตของใคร เพราะหลักปักเขตแดนไม่ชัดเจน จึงมีบุคคลบุกรุกเข้าไปปลูกที่อยู่อาศัย หรือในบางกรณีก็เป็นความสมัครใจของเจ้าของที่เอง ที่จะให้คนเหล่านั้นเช่าอยู่อาศัยเป็นการชั่วคราวโดยคิดหรือไม่คิดค่าเช่า โดยเจ้าของที่ดินแบ่งแนวที่ดินให้เข้าได้ตามใจชอบ เป็นแปลงเล็กแปลงน้อย โดยไม่จำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพหรือบริการใดๆ และรัฐบาลเองก็ได้มีกฎหมายใดที่จะประกันสิทธิพื้นฐานให้กับผู้เช่าได้ เมื่อมีการขยายครอบครัวหรือมีคนอพยพมาขอเช่าที่อยู่เพิ่มขึ้น เพิ่มความแออัดและหนาแน่นขึ้น โดยมีได้มีการปรับปรุงสภาพชุมชนให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ลักษณะที่ดินที่เป็นบริเวณภายในบล็อกรของเมือง ส่วนใหญ่เป็นที่เอกชน มีการปลูกห้องแถวเพื่อการค้าล้อมรอบที่ดินภายใน ที่ดินที่ถูกล้อมจึงมักมีราคาต่ำ เป็นที่อยู่อาศัยค่าเช่าราคาถูก เป็นที่ไม่มีทางออกสู่ถนนใหญ่โดยทางรถยนต์ ไม่มีท่อระบายน้ำ เมื่อนานๆเข้า ที่พักอาศัยราคาถูกไม่ได้มาตรฐานก็ปลูกขึ้นมาอย่างแออัดจนแปรสภาพเป็นชุมชนแออัดในที่สุด และเมื่อเวลาผ่านไปนานเข้า คนที่อาศัยอยู่จะทวีจำนวนขึ้นมาก ในที่สุดเจ้าของที่ดินก็มีความลำบากในการจะให้คนเหล่านี้เคลื่อนย้ายไปอยู่ที่อื่นต่อไป

ความยากลำบากของเจ้าหน้าที่รัฐ และเจ้าของที่ดินเอกชน ในการให้บุคคลที่เข้ามาอาศัยเคลื่อนย้ายออกไปจากที่นั้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือเจ้าหน้าที่สำรวจมักไม่สนใจที่จะดำเนินคดี เพราะเป็นผลงานที่ไม่น่าสนใจ และขัดกับความรู้สึกในแง่มนุษยธรรม เมื่อเป็นคดีฟ้องร้องไปศาลแล้ว แม้ใจทักจะชนะคดี ศาลก็มักให้จำเลยเสียค่าปรับซึ่งเป็นเงินเพียงเล็กน้อย โดยไม่มีคำสั่งให้หรือ

ดอน จึงทำให้เจ้าของที่ดินเอือมระอา เพราะเสียเวลา และผู้ฟ้องร้องหรือผู้ขับไล่หัวหน้ากรมเรื่องความไม่ปลอดภัยของตน

ข. เรื่องสภาพของที่อยู่อาศัย จากการศึกษาของพันธุดา บุญเหลือหล่อ (อ้างถึงในชมชื่น จันทรสมบูรณ์ <sup>(69)</sup>) พบว่าขบวนการในการเกิดสลัมอันเนื่องมาจากสภาพของที่อยู่อาศัยมี 2 ลักษณะ คือ

1. สลัมที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของที่อยู่อาศัยซึ่งเคยมีสภาพดีมาก่อน เกิดเนื่องจากการลดความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยปานกลางหรือสูง ทำให้ที่อยู่อาศัยนั้นว่างลง ผู้มีรายได้น้อยจึงย้ายเข้าไปอยู่แทน สาเหตุที่ทำให้ความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยปานกลางหรือสูงลดลง อาจสรุปได้ดังนี้

- ความเสื่อมโทรมทางกายภาพของอาคาร จากอายุการก่อสร้างที่เก่าแก่
- ความล้าสมัยของรูปทรงอาคาร แม้เจ้าของจะทำนุบำรุงอาคารให้มีสภาพดี แต่วิวัฒนาการของที่อยู่อาศัยแบบใหม่ๆ ที่สวยงามทันสมัยเป็นจำนวนมาก จึงลุดให้มีผู้สนใจสร้างที่อยู่อาศัยแบบใหม่มากกว่า

- อิทธิพลจากภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดินในบริเวณที่อยู่อาศัย เช่น การขยายโรงงานอุตสาหกรรมรุกล้ำย่านที่พักอาศัย การขยายพื้นที่ของเขตพาณิชย์กรรมบนถนนสายหลัก มีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย เช่น มลภาวะทางเสียง ฝุ่น ความสกปรก

- ความทรุดโทรมของลักษณะกายภาพของอาคารโดยรอบ ทำให้ความต้องการที่อยู่อาศัยในบริเวณนั้นลดลง เพราะถ้าเจ้าของอาคารปรับปรุงที่อยู่อาศัยของตนให้ดี ก็ทำให้มีคนต้องการบ้านของเขามากขึ้น สามารถเพิ่มค่าเช่าได้ และเมื่อคนรายได้สูงและครอบครัวที่อาศัยในบ้านคุณภาพดี ก็จะมีอิทธิพลต่อลักษณะภายนอกชุมชนได้ นั่นคือทำให้ชุมชนน่าอยู่ขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าเจ้าของบ้านมีการลงทุนในที่อยู่อาศัยอย่างจำกัด ก็พลอยทำให้ที่อยู่อาศัยอื่นๆ ใกล้เคียงคุณภาพต่ำลงไป มีผลทำให้กลายสภาพเป็นสลัมมากขึ้น

จากสาเหตุของความต้องการที่อยู่อาศัยลดลง ทำให้ค่าเช่าบ้านหรือราคากันในบริเวณนี้ลดลง ทำให้เจ้าของอาคารได้รายรับลดลง จึงลดค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงคุณภาพหรือลดการลงทุน มีผลทำให้คุณภาพบ้านเสื่อมลง ผู้มีรายได้สูงไม่ต้องการที่อยู่อาศัยในบริเวณนั้นมากขึ้น ในขณะที่ราคาค่าเช่าลดลง ผู้มีรายได้น้อยที่มีความสามารถจ่ายค่าเช่าได้ และสนใจในสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรมน้อยกว่าผู้มีรายได้สูง ก็จะย้ายเข้ามาอยู่แทนที่ และเพื่อที่เจ้าของอาคารจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทน จากทรัพย์สินของตน จึงแบ่งพื้นที่ให้เช่าย่อยลงไป เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยเช่าได้มากกว่ารายขึ้น แต่เนื่องจากผู้มีรายได้น้อยมีความสามารถในการบำรุงรักษาอาคารต่ำ ถ้าเจ้าของอาคารไม่สนใจลงทุนบำรุงรักษา ก็ทำให้คุณภาพบ้านเสื่อมมากลงไปอีก และเสื่อมลงไปเรื่อยๆ จนทำให้กลายเป็นสลัมในที่สุด สลัมเหล่านี้มักอยู่ในส่วนของเมืองที่ได้รับการพัฒนามาเป็นเวลานานแล้ว

2. สลัมที่เกิดใหม่สร้างด้วยวัสดุไม่ถาวร เช่น เศษไม้ สังกะสี พลาสติก ขางรถยนต์ เป็นต้น ซึ่งพบว่ามีลักษณะกายภาพที่ทรุดโทรมมากกว่าสลัมในประเภทแรก สลัมประเภทนี้ มักพบอยู่ทั่วไป ส่วนมากอยู่รอบนอกของเมือง เพราะการพัฒนาที่อยู่อาศัยในเมืองถึงจุดอิ่มตัวในความเป็นไปได้ที่จะแบ่ง Living Space ให้ย่อยลงไปอีก

ดังนั้น จากการศึกษาชั้นตอนของสาเหตุการเกิดสลัม พบว่า สลัมในกรุงเทพมหานคร มีขนาดใหญ่ และมีการกระจายตัวอยู่ไม่มากนัก แต่เมื่อสลัมที่เกิดขึ้นได้สร้างปัญหาแก่ชุมชนหรือเมืองไม่ว่าจะในด้านความปลอดภัย ด้านสุขภาพอนามัย หรือด้านเศรษฐกิจ ประกอบกับการเติบโตของเมืองที่ทำให้เกิดความต้องการในการใช้ที่ดินให้มีอัตราผลตอบแทนสูงสุด ทำให้รัฐและเอกชน ไต่ก้ำหรือบีบบังคับคนในพื้นที่สลัมนั้นๆ ออกไป สลัมขนาดใหญ่หลายแห่งจึงสลายตัวไป แต่ไปเกิดใหม่ในที่แห่งอื่นและในขนาดที่เล็กลง ทำให้กรุงเทพมหานคร มีจำนวนชุมชนแออัดในปี พ.ศ. 2533 ถึง 981 แห่ง<sup>(55)</sup> ในขณะที่ปี พ.ศ. 2518 มีจำนวนเพียง 108 แห่ง

#### 4.2.4 ประเภทของชุมชนแออัด<sup>(56)</sup>

สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดประเภทของชุมชนเป็น 5 ประเภท โดยทำเป็นประกาศกรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนส่วนใหญ่ที่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบและชำรุดทรุดโทรมประชาชนอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยให้ถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อย 15 หลังคาเรือน ต่อพื้นที่ 1 ไร่

2. ชุมชนชานเมือง หมายถึง ชุมชนที่กรุงเทพมหานคร ได้จัดทำเป็นประกาศกำหนดชุมชน โดยมีพื้นที่ดำเนินการด้านเกษตรกรรมในเขตกรุงเทพมหานครรอบนอกเป็นส่วนใหญ่ มีบ้านเรือนไม่แออัด แต่ขาดการวางแผนทางด้านผังชุมชน เช่น ทางระบายน้ำ ทางเดินเท้า เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาน้ำท่วมขัง การสัญจรไปมาของประชาชนในชุมชน

3. ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร หมายถึง ชุมชนที่มีบ้านจัดสรรที่เป็นบ้านที่อยู่อาศัย และดำเนินการในภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีลักษณะบ้านเป็น บ้านเดี่ยวที่มีบริเวณทิวทัศน์ ดีกวด หรือบ้านแฝด สภาพทั่วไปควรจะต้องมีการพัฒนา เช่น ทางระบายน้ำ ชะนะทางเท้า ซึ่งกรุงเทพมหานครพิจารณาถึงความต้องการของประชาชนและความเหมาะสมในการที่จะเข้าไปดำเนินการพัฒนา

4. เคหะชุมชน หมายถึง ชุมชนที่ได้รับการจัดตั้งดำเนินการและดูแลโครงการโดยการเคหะแห่งชาติ มีสภาพเป็นแฟลต และกรุงเทพมหานครเข้าไปดำเนินการในด้าน ทางระบายน้ำ ชะนะทางเท้า เศรษฐกิจ สังคม อนามัย และอื่นๆ

5. ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่มีความหนาแน่นของบ้าน น้อยกว่าชุมชนแออัด คือ น้อยกว่า 15 หลัง ต่อ 1 ไร่ แต่มีความหนาแน่นของจำนวนบ้านมากกว่าชุมชนชานเมือง และกรุงเทพมหานครได้จัดทำประกาศกำหนดเป็นชุมชน โดยที่ชุมชนดังกล่าวไม่เป็นชุมชนตามที่กล่าวมา ในข้ออื่น ๆ

#### 4.2.5 ผลที่ได้จากการสำรวจชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร <sup>(64)</sup>

##### 1. จำนวนชุมชนแออัดและประชากร

จากการศึกษาและสำรวจข้อมูลชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2539 - มีนาคม 2540 ปรากฏว่ามีชุมชนแออัดจำนวนรวมทั้งสิ้น 843 ชุมชน จำนวน 145,943 หลังคาเรือน จำนวน 207,948 ครอบครัว จำนวนประชากร รวม 1,164,509 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร

##### 2. ขนาดชุมชนแออัด

ขนาดของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 38.67 เป็นชุมชนขนาดเล็ก มีลักษณะที่อยู่อาศัยไม่น้อยกว่า 15 หลังคาเรือน แต่ไม่เกิน 100 หลังคาเรือน และร้อยละ 61.33 มีลักษณะเป็นที่อยู่อาศัยที่เป็นชุมชนขนาดกลาง และชุมชนขนาดใหญ่

##### 3. อายุของชุมชน

ชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ จะเป็นชุมชนที่เกิดมานานแล้ว เนื่องจากเป็นพื้นที่ชั้นในซึ่งเป็นพื้นที่เศรษฐกิจจะไม่มีพื้นที่ที่จะเกิดชุมชนใหม่ได้ง่ายนัก แยกขนาดของอายุชุมชนได้ดังนี้

อายุชุมชนไม่เกิน 5 ปี	23	ชุมชน (ร้อยละ 2.73)
อายุ 6 - 10 ปี	28	ชุมชน (ร้อยละ 3.32)
อายุ 11 - 20 ปีขึ้นไป	792	ชุมชน (ร้อยละ 93.95)

##### 4. เจ้าของที่ดินในชุมชนแออัด

ที่ดินที่เป็นที่ตั้งของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.41 เป็นที่ดินเอกชน เป็นที่ดินของรัฐ ร้อยละ 33.45 และร้อยละ 9.14 เป็นชุมชนแออัดที่มีเจ้าของที่ดินหลายประเภทรวมกันเช่น ที่ดินวัด/มัสยิด

##### 5. การครอบครองที่ดินในชุมชน

จากข้อมูลการสำรวจพบว่า การครอบครองที่ดินส่วนใหญ่เป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายมีการยินยอมจากเจ้าของที่ดินให้เช่าอยู่อาศัยโดยมีสัญญา และไม่มีสัญญาในกรณีเป็นที่ดินเช่า นอกจากนั้นมีลักษณะเป็นชุมชนบุกรุกบางส่วน ซึ่งแบ่งลักษณะการครอบครองที่ดินได้ดังนี้

เป็นที่ดินตนเอง	ร้อยละ 52.19
เป็นที่ดินเช่า	ร้อยละ 29.77
เป็นที่ดินบุกรุก	ร้อยละ 18.04

จะเห็นได้ว่ายังมีชุมชนบุกรุกบางส่วนซึ่งเป็นปัญหา เนื่องจากการขยายตัวของความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ประกอบกับคนกลุ่มนี้ขาดโอกาสและไม่มีศักยภาพพอที่จะจัดหาที่อยู่อาศัยและหาที่เช่าได้จึงยังคงมีการบุกรุกเข้าไปอยู่ในที่ดินทั้งภาครัฐ และเอกชนอยู่ในปัจจุบัน

## 6. สภาพด้านกายภาพของชุมชนแออัด

- สภาพทางเดินเท้าภายในชุมชนแออัด มีหลายลักษณะบางชุมชนทางเดินคอนกรีต บางชุมชนเป็นทางเดินสะพานไม้ และบางชุมชนมีทั้ง 2 ประเภท ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสะพานคอนกรีตสภาพค่อนข้างดี บางแห่งทรุดโทรม

- การใช้น้ำประปาภายในชุมชนชุมชนแออัด ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะมีระบบประปาเข้าถึงชุมชน โดยมีมิเตอร์เป็นของตนเอง 834 ชุมชน (ร้อยละ 98.93) และไม่มีระบบประปาเข้าถึงใช้น้ำโดยต่อจากบริเวณใกล้เคียง หรือซื้อน้ำจากเพื่อนบ้าน 9 ชุมชน (ร้อยละ 1.07)

- การใช้ไฟฟ้าภายในชุมชน ส่วนใหญ่จะมีระบบไฟฟ้าเข้าถึงชุมชนโดยมีมิเตอร์เป็นของตนเอง 841 ชุมชน (ร้อยละ 99.76) และไม่มีระบบไฟฟ้าเข้าถึง ใช้ไฟฟ้าโดยต่อจากบริเวณใกล้เคียง 2 ชุมชน (ร้อยละ 0.24)

- การระบายน้ำภายในชุมชน ส่วนใหญ่จะมีระบบระบายน้ำภายในชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงทางเดินแล้ว 716 ชุมชน (ร้อยละ 84.93) และชุมชนที่ยังไม่มีหน่วยงานเข้าปรับปรุงจะระบายน้ำตามธรรมชาติไม่มีระบบระบายน้ำ 127 ชุมชน (ร้อยละ 15.07)

## 7. การจัดตั้งองค์กรชุมชน

ชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ จะมีการจัดตั้งกรรมการชุมชนจากหน่วยงานของรัฐ เช่นกรุงเทพมหานคร และรวมตัวกันจัดตั้งกรรมการกันเอง 778 ชุมชน (ร้อยละ 92.29) และไม่มีการจัดตั้งกรรมการชุมชน 65 ชุมชน (ร้อยละ 7.71)

## 8. สภาพปัญหา

จากการสำรวจพบว่า ปัญหาหลักของชุมชนแออัด คือปัญหาความไม่มั่นคงในการอยู่อาศัย ทั้งการไล่รื้อจากภาครัฐฯและเอกชนเพื่อเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดินและการพัฒนาสาธารณูปโภคของรัฐฯ สรุปปัญหาหลัก ๆ ของชุมชนได้ดังนี้

ปัญหาความไม่มั่นคงในการอยู่อาศัย

ปัญหาด้านกายภาพ เช่น ทางเดินภายในชุมชนทรุดโทรม บางชุมชนไม่มีระบบระบายน้ำที่เหมาะสม

ปัญหาด้านสุขภาพและอนามัย

ปัญหาด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ปัญหาด้านอาเสพคดี



## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร<sup>(๕๗)</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ เพศ อายุ และภาวะเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดย การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความใส่ใจในสุขภาพของตน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะไปรับการตรวจรักษาสุขภาพในกรณีที่ไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครั้งคราว ในด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยพบว่าส่วนใหญ่จะออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน ซึ่งจะเป็นลักษณะการปฏิบัติตามวิถีชีวิตประจำวันมากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ในด้านการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ อยู่ในระดับดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการฟังหรือคุยข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละครั้ง และอ่านข่าวด้านสุขภาพน้อยมากหรือไม่เคยเลย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ เพศ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และอายุ ส่วนตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลำดับ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตน เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 57.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วันดี แฉ่มจันทร์ฉาย<sup>(๕๘)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตามแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ

วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปของ เซอร์เวร์ และคณะ (Shorer, et al., 1982) และแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างจำนวนปีที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการบรรลุคุณภาพชีวิตของตน และการรับประทานอาหาร และพบความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และเพศกับการออกกำลังกาย นั่นคือ เพศชาย มีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง เมื่อนำการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ เป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 33.5 การรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับจำนวนปีที่ศึกษา อธิบายความแปรปรวนของการบรรลุคุณภาพชีวิตของตนได้ร้อยละ 31.8 ร่วมกับรายได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนของการรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 28.8 ร่วมกับรายได้ อธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 18.3 และการรับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างเดี่ยว อธิบายความแปรปรวนของการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 6.9 นอกจากนี้เฉพาะปีที่ศึกษาและเฉพาะรายได้ อธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับความเครียดและการออกกำลังกาย ได้ร้อยละ 12.5 และ 6.7 ตามลำดับ

สุทธนิจ หุณฑสาร<sup>(๕๑)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีแหล่งบริการด้านต่าง ๆ และประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อำนาจตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 48.40 รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยร่วม สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 47.40 สำหรับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 17.20 ส่วนตัวแปรด้านสังคมจิตวิทยา ที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรในปัจจัยร่วม ที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ ประสบการณ์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

บุษระพี สุทธิกุล<sup>(60)</sup> ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัด กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ รายได้ครอบครัว และการมีโครงการ/กิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่า ปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูโดยรวมทุกด้านได้ร้อยละ 36.5 และพบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูได้ดีที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา และทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

วนลดา ทองใบ<sup>(61)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี โดยนำ PRECEDE - PROCEED Model มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบิดา/มารดา จากเพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการเข้าถึงบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งหมด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีได้ร้อยละ 37.2

สุกัญญา ไหมสโณ<sup>(62)</sup> ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ครอบครัวยุคสมัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้สถานะทางสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การมีนโยบาย กฎระเบียบ ในการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดให้มีกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์การจำแนกพหุพบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ร้อยละ 14.30 ส่วนตัวแปร

กลุ่มปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ร้อยละ 47.10 และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กลุ่มวิชาชีพ รายได้ และสถานภาพการรับราชการ ตามลำดับ

จิวรัตน์ เพชรทอง<sup>(63)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการ ตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า การวิเคราะห์จำแนกพหุ ข้าราชการระดับสัญญาบัตร พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล มีความสามารถในการร่วมทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ได้ประมาณร้อยละ 75 และตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนข้าราชการระดับประทวน พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ ประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีแหล่งบริการด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตน การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณ ร้อยละ 36.30 และตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ<sup>(64)</sup> ศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในกลุ่มเยาวชน แม่บ้านและคนงานในโรงงาน โดยใช้แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender และ PRECEDE - PROCEED Model ของ Green และ Kreuter จำนวนตัวอย่าง 6,659 ราย ทั้งในกรุงเทพฯ และจาก 12 จังหวัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านบวก มีความเชื่ออย่างภายในคนเกี่ยวกับสุขภาพ สูงกว่าความเชื่ออย่างภายนอกและความเชื่อโชคลางตา มีความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบันปานกลางถึงดีที่สุด มีค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่า “ปานกลาง” เพียงเล็กน้อย ร้อยละที่สูงของกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงานให้ค่าต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ในระดับปานกลาง-ต่ำ ทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่างทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วม (Common health promoting behaviors) ที่ร้อยละสูงกว่า 50 ของทุกกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าได้ปฏิบัติเป็นประจำคือ “การไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การไม่ใช้ยารักษาโรค การใช้หมวกกันน็อคเมื่อขับสี่ล้อจักรยานยนต์ และการใช้เข็มขัดนิรภัย มีบางกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่ร้อยละ 50 ขึ้นไปได้ปฏิบัติสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมและพฤติกรรมที่จะต้องรับดำเนินการแก้ไข ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามลำดับความสำคัญ



ดังนี้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน คำนึงมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อิทธิพลของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ทัศนคติ การรับรู้อำนาจของตนและอายุ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารายละเอียดของหน่วยงานที่ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กิจกรรมของโครงการส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมงานด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีปัญหาต่างๆ เช่น ขาดงบประมาณ บุคลากร นโยบายที่ชัดเจน การประสานงานกับหน่วยงานอื่น

กนกวรรณ จันทร์แดง <sup>(๕๖)</sup> ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker , Sechrist และ Pender กลุ่มตัวอย่าง 330 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน ส่วนการบริหารจัดการความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และจากการจำแนกพบ พบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยร่วม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามได้ร้อยละ 16.6 และพบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม ได้ร้อยละ 10.2 และพบว่า การมีโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม ได้ร้อยละ 17.1 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด

## 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Muhlenkamp AP. <sup>(๕๗)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี ตัวอย่างจำนวน 98 คน โดยการอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Personal resource questionnaire, Coopersmith self-esteem inventory และ Personal lifestyle activities questionnaire วิเคราะห์โดย Path analytic technique ผลการวิจัยพบว่า ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ( $r = 0.26, 0.25, P < 0.01$ ) เพศหญิงมีระดับคะแนนวิถีชีวิตสูงกว่าเพศชาย และมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ( $P < 0.001$ ) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต ( $P < 0.05$ ) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิต ( $P < 0.001$ ) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.05$ ) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตของคนโสดและหม้าย/หย่า โดยคนโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนผู้ที่มีศาสนาและเชื้อชาติแตกต่างกันไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนวิถีชีวิต และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา เพศ และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิต



ได้ร้อยละ 28.0 ( $P < 0.001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีผลทางอ้อมต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

Pender, Walker, Sechrist, Stromborg<sup>(87)</sup> ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58) เลือกศึกษา ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทงสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในบริษัทที่มีคนงานมากกว่า 250 คนและมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 589 คน ใช้วิธีการเลือกโดยความสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Health value วัดความสำคัญของสุขภาพ แบบวัดความเชื่อถืออำนาจภายใน-ภายนอกของวอลสตันและคณะ (Wallston, et al., 1978), The personal competency rating scale วัดการรับรู้ความสามารถในตน, Laffrey health conception scale วัดคำจำกัดความสุขภาพ คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ 1 ข้อความ แบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist, และ Pender (1987) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นอีก 3 เดือนต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน มีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ปัจจัยความรู้-การรับรู้ และปัจจัยร่วมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 31.00

Ahn HG.<sup>(88)</sup> ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของพนักงานบริษัทที่ทำงานเกี่ยวกับ Security Investment เมืองปูซาน ประเทศเกาหลี การวิจัยเป็นการสำรวจพนักงาน 21 บริษัท จำนวน 203 คน ปัจจัยที่นำมาพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพและระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ Health Promoting Behavior Model ของ Pender และใช้ Health Preventive Behavior Model ของ Backer ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพคือ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ( $r = 0.39$ ) ความสำคัญของสุขภาพ ( $r = 0.35$ ) รูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัว ( $r = 0.30$ ) ทางเลือกของการส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.22$ ) ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพคือ การตรวจร่างกายประจำปี นิสัยการบริโภคยา ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การล้างมือเมื่อกลับถึงบ้าน การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การไม่เปลี่ยนแก้วน้ำ การออกกำลังกาย การงดหรือลดการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องน้อยต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดต่อการส่งเสริมสุขภาพคือ ความเกียจคร้านและมีเวลาจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรม สิ่งสำคัญที่สุดในการเผยแพร่ความรู้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สื่อต่าง ๆ

Ahijevych และ Bernard <sup>(69)</sup> ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1987) จำนวน 48 ข้อ โดยมีคำถามที่ใช้วัดความถี่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self actualization) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal support) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple Regression) พบว่า ความแตกต่างของลักษณะทางประชากร มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ดังนี้ อายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัวและอาชีพ ส่วนสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 12.00 ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ (ร้อยละ 5.8) ประวัติการมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 4.3) อาชีพ (ร้อยละ 2.3) ส่วน อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนผู้อาศัย ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่าไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lusk , Kerr และ Ronis (อ้างถึงในพิเชฐ เจริญเกษ) <sup>(70)</sup> ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับ คือ ระดับบริหาร พนักงานขาย และคนงาน ตัวอย่างเป็นคนที่ทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile) จำนวน 48 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรหลายตัว (MANOVA) ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มนั้น พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับคนงาน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบ

เทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อจำแนกตามชนชาติ โดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาวและชนผิวดำพบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ด้านการศึกษา พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Sanders-Phillips K. <sup>(71)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงผิวดำอาศัยในอเมริกันที่มีรายได้น้อย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการคือ การนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การงดเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง 243 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และ focus group รูปแบบการศึกษาเป็นการสำรวจเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับตัวแปรด้านประชากร ความรู้ เจตคติ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ แหล่งข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และกลุ่มที่อ่านแผ่นพับที่ใช้เป็นสื่อให้ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มที่สัมผัสกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (มีสมาชิกครอบครัวเสียชีวิต) ความไม่เอาใจใส่ของอาสาสมัครสาธารณสุข จากผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีหรือไม่ดีของกลุ่มที่มีรายได้น้อย ความเป็นชนชาติกลุ่มน้อย และความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาความรุนแรง มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Felton GM., Parsons MA. และ Bartoces MG. <sup>(72)</sup> ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะด้านประชากร : ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลกระทบของ เชื้อชาติ เพศ และการศึกษา ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การแก้ไขปัญหา ค่านิยมต่อสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นลูกจ้าง 331 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Three-way ANOVAs ผลการวิจัยพบว่า เพศ การออกกำลังกาย การพักผ่อน มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพศหญิงที่การศึกษาสูงกว่ามีการรับรู้การควบคุมตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เพศหญิงให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ เชื้อชาติ การศึกษา ต่อปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และเสนอแนะว่าพยาบาล

อนามัยชุมชนและพยาบาลประจำโรงงาน จะต้องมีการวางแผน โครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ  
 คำนึงต่อสุขภาพ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ

Hendricks CS. <sup>(73)</sup> ศึกษาอิทธิพลของเชื้อชาติและเพศ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
 ของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทางตอนใต้ของอabama ผลการวิจัยพบว่า ความเข้าใจตนเองเป็นองค์ประกอบ  
 สำคัญต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ มีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติและเพศ และ  
 ความแตกต่างของพื้นที่ที่อยู่อาศัยมีความสำคัญต่อโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริม  
 แรงในพฤติกรรมการดำเนินชีวิต วัยรุ่นมี self-esteem ค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นหนทางในการยกระดับ  
 ความสามารถของเขาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Felton GM., Liu Q., Parsons MA. และ Geslani GP. <sup>(74)</sup> ศึกษาพฤติกรรม  
 ส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นในชนบท ในด้านอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยทางสังคม  
 และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงผิวขาว 128  
 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 44 ของความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้  
 ด้วยตัวแปร 5 ปัจจัยคือ ภาพลักษณ์ของตนเอง การแก้ปัญหา การศึกษาของมารดา สถานภาพ  
 การทำงาน และโครงสร้างของครอบครัว โดยภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นตัวแปรที่อธิบายพฤติ  
 กรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุดคือ ร้อยละ 33

Shi L. <sup>(75)</sup> ศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรและสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของ  
 บุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากรและสถานะ  
 ทางเศรษฐกิจสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทาน  
 อาหาร การศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากการรวบรวมของ Behavioral Risk Factors surveillance System  
 (BRFSS, 1994) ใน South Carolina เก็บข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์  
 ผู้ใหญ่ 2,000 คน ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงที่มีอายุ 18 - 24 ปี และมากกว่า 65 ปี ซึ่งจบการ  
 ศึกษาในระดับวิทยาลัย มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชายที่มีอายุ 25 - 44 ปี และไม่ได้รับการศึกษา  
 ส่วนปัจจัยด้านเชื้อชาติ และสถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น  
 นโยบายที่ควรดำเนินการ คือ การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม  
 เพศชายที่มีอายุ 25 - 44 ปี ซึ่งได้รับการศึกษาน้อย

Naslund GK. <sup>(76)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และความเชื่อ  
 ในคนงานชาวสวีเดน วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง  
 และความเชื่อที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติ  
 กรรมสุขภาพ กับความรู้ และความเชื่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานอายุ 18-65 ปี จำนวน 1,359  
 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ



ในเชิงลบค่อนข้างสูง และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก กับความเชื่อต่อความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอิทธิพลของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกต่อปัจจัยเสี่ยงของโรค มีความสัมพันธ์กับความเชื่อในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความเชื่อ มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นการสรุปว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ กับความเชื่อ และระหว่างความเชื่อกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษา ทิศทางของความสัมพันธ์ด้วย

Fox PJ., Breuer W., และ Wright JA. <sup>(11)</sup> ศึกษาผลกระทบของโครงการส่งเสริมสุขภาพในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากปัญหาข้อบกพร่องในเรื่องทิศทางการดำเนินงานโครงการให้สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษานี้เป็นแบบ Prospective Randomized Study เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแก่คู่สมรส ว่าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างไรบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 237 คน ที่เข้าร่วมโครงการในคลินิกเวชกรรมป้องกัน ทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยได้รับการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ และกลุ่มควบคุม ทุกคนได้รับการประเมินในมาตรฐานเดียวกัน ได้แก่ ประวัติด้านสุขภาพ การประเมินภาวะโภชนาการ และการตรวจร่างกายจากพยาบาลสาธารณสุข กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาและการสนับสนุนให้ดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ต่อมาระยะเวลา 1 ปี ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการสัมภาษณ์ว่าได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ ผลการศึกษา ได้มีการประเมินปัจจัย 17 ประการที่ใช้เป็นตัวประเมินถึงพฤติกรรมสุขภาพ ปรากฏว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ กับกลุ่มที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดิมอยู่แล้ว เมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก และควบคุมตัวแปรด้านสังคมเศรษฐกิจและตัวแปรด้านประชากร พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) จึงสรุปว่า กระบวนการวางแผนให้คำปรึกษาโดยพยาบาลสาธารณสุข และมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะสามารถเพิ่มมาตรการด้านการป้องกันสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Takemura S., Hashimoto M. และ Gunji A. <sup>(12)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการทางการแพทย์ กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการทางการแพทย์ กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน อายุ 40-59 ปี จำนวน 568 คน ใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยมีการประเมินในเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนการให้บริการทางการแพทย์ ตามถึงจำนวนครั้งที่มาพบบุคลากรทางการแพทย์ ภายในระยะเวลา 1 ปี ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการทางการแพทย์ กับการมาตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการทางการแพทย์กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพปัจจัยอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพและผู้ที่มีการใช้บริการทาง



การแพทย์ มีคะแนนมากกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้บริการทางการแพทย์ และการมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสนใจต่อสุขภาพ

Kubo N., Sakata K., Nagai M. และ Yanagawa H. <sup>(79)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา กับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้เพื่อเป็นการหามาตรการที่จะให้ความรู้ถึงผลของการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยศึกษาจากการสุ่มตัวอย่างจากสัมมนานิประชากรของประเทศญี่ปุ่น ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า อัตราการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา มีร้อยละ 97.3 และ 92.5 ตามลำดับ แหล่งสำคัญของข้อมูลข่าวสารด้านดังกล่าวคือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีการเลิกหรืองดสูบบุหรี่และดื่มสุราโดยได้รับข้อมูลจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการแนะนำให้เลิกหรืองดสูบบุหรี่และดื่มสุราจาก เพื่อน บุคคลในครอบครัว หรือสถานที่ทำงานเลย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้มาจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องมาจากการตรวจร่างกายและประวัติการเจ็บป่วยจากสถานที่ทำงานด้วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ที่ตอบว่าจะเลิกหรืองดดื่มสุรา จะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Tohnai S. และ Hata E. <sup>(80)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 40 ปี โดยใช้แบบจำลอง Health Belief Model กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขา และหมู่บ้านชาวประมง จำนวน 1,120 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและหมู่บ้านชาวเขามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าหมู่บ้านชาวประมง เมื่อพิจารณาตัวแปรด้านอาชีพพบว่า ผู้ที่มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท ชาวนาและแม่บ้าน มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพส่วนตัวและอาชีพชาวประมง ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการพยากรณ์พบว่าผู้ที่มีความเชื่อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย แต่พบข้อขัดแย้งคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดของสมองหรือโรคมะเร็ง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เมื่อวิเคราะห์ ด้วยวิธี Stepwise Multiple Regression พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 33 โดยที่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด และพบว่า เพศ อาชีพ มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน



๒

# หน้าขาด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย