



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ในระยะเวลา 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้รับการยกย่องจากนานาประเทศว่า มีการจัดกลไกและระบบสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม และมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ ผลจากการพัฒนาการจัดการสาธารณสุขทำให้อัตราเกิดและอัตราตายของประชากรลดลง ดังเช่น อัตราเพิ่มของประชากรลดลงจากร้อยละ 3.2 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 1.1 ในปี 2539 ซึ่งจะส่งผลต่อโครงสร้างอายุของประชากร โดยสัดส่วนประชากรอายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะเดียวกันก็สามารถควบคุมโรคติดต่อหลายชนิดให้หมดสิ้นไปหรือลดความรุนแรงลง เป็นผลให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้นอย่างชัดเจน จากปี 2507-2539 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 55.9 ปีเป็น 69.9 ปี และเพศหญิงเพิ่มจาก 62.0 ปีเป็น 74.9 ปี และคาดว่าปี 2563 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจะเพิ่มขึ้นถึง 70.1 และ 74.1 ปี ในชายและหญิงตามลำดับ<sup>(1)</sup>

แม้ว่านักการสาธารณสุขทั่วประเทศจะทำงานหนัก เพื่อผลักดันให้สุขภาพของคนไทยได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นเพียงใดก็ตาม แต่ปัญหาสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากสภาพเดิมเมื่อ 20 ปีที่แล้ว ปัญหาใหม่ๆ เกิดขึ้นและกลายเป็นตัวบั่นทอนสุขภาพที่รุนแรงขึ้นกว่าเดิม จากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมและบริการของประเทศ ส่งผลให้สังคมไทยโดยรวมเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตและมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ประชาชนมีความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) จากร้อยละ 3.5 ในปี 2522 เป็นร้อยละ 6.3 ในปี 2534 และอาจถึงร้อยละ 8.1 ในปี 2543<sup>(1)</sup> โดยการใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นการรับผิดชอบของครัวเรือนมากกว่าภาครัฐ และเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงถือเป็นการใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพต่ำ จะเห็นว่าประเทศไทยใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก นับจากปี 2521-2535 ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นถึง 3.8 เท่าและค่าใช้จ่ายด้านนี้ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 11.9 ต่อปี<sup>(2)</sup> และในปี 2542 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากถึง 250,000 ล้านบาทและจะเพิ่มขึ้นทุกๆ ปีในอัตราร้อยละ 16 ซึ่งสูงกว่าอัตราเพิ่มของ GDP ต่อหัวประชากรของประเทศ<sup>(3)</sup> แม้ว่ารัฐบาลจะให้ความสำคัญกับภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เห็นได้จากห่วงโซ่ประมวณกิจกรรมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตลอด แม้แต่ขณะที่มีวิกฤติการณ์ด้านการเงินการคลังในปี 2540 ก็ได้ลดงบประมาณด้านนี้ (จนถึงปี 2542 ที่ประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจรุนแรง งบประมาณด้านสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรลดลงร้อยละ 16.1)<sup>(2)</sup> อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพหลากหลายประการยังคงก่อผลกระทบต่อสังคมอย่างกว้างขวาง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ จะเห็นว่าประเทศไทยใช้งบประมาณด้านสุขภาพสูงกว่า

ในขณะที่มัลดีฟส์มิได้ดีไปกว่าประเทศที่ใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขต่อรายหัวประชากรน้อยกว่าประเทศไทย เช่น พบว่าอายุคาดเฉลี่ยยังต่ำกว่า และทหารก็ยังมียัตราตายสูงกว่าบางประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่า เช่น มาเลเซีย ศรีลังกา และจีน จึงเป็นสิ่งยืนยันว่าการลงทุนด้านสุขภาพยังไม่เกิดผลคุ้มค่าเท่าที่ควร

ปัญหาทางสุขภาพของประเทศไทยได้เปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โรคติดเชื่อที่เป็นปัญหาส่วนหนึ่งเริ่มลดน้อยลง โรคที่เกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ โรคเอดส์จากพฤติกรรมเพศและสิ่งเสพติด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากความรุนแรงทางสังคม มะเร็งจากการสะสมมลพิษทั้งทางอาหาร อากาศและน้ำ การบริโภคสุรา บุหรี่ โรคหลอดเลือดหัวใจจากพฤติกรรมบริโภคอาหารและการสูบบุหรี่ที่ขาดความสมดุลกับการออกกำลังกาย ภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น<sup>(1)</sup> ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแก้ไขต้นเหตุได้ด้วยกลไกบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากบริการทางสุขภาพโดยเฉพาะโรงพยาบาลถูกกระแสนิยมและการเมืองในอดีต ผลักดันให้ต้องจัดการแบบตั้งรับ การลงทุนทางสังคมเพื่อมุ่งหวังที่จะให้คนไทยมีชีวิตที่มีสุขภาพดียิ่งขึ้นจึงน่าจะให้ความสำคัญลงทุนสูงกว่าการตั้งรับและการลงทุนด้านการรักษาดูแล รัฐจึงพยายามปรับนโยบายทั้งทางด้านการเงินการคลัง และการกระจายอำนาจให้ประชาคมต่างๆ ร่วมดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นการเปลี่ยนมิติการมองปัญหาสาธารณสุข มาเป็นการสร้างนโยบาย สิ่งแวดล้อม และสถาบันที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ให้มีค่านิยม ความรู้ และเจตนาที่มุ่งมั่นในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนำไปสู่ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัดกระบวนการทัศน์สุขภาพและระบบสุขภาพใหม่ที่มุ่งมั่นการสร้างสุขภาพ มิใช่การซ่อมสุขภาพ ดังจะเห็นว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก และถือว่าเป็นการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด นโยบาย กลยุทธ์และวิธีการต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพดีภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพไว้ถึง 2 สาขา คือ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค และสาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข แผนงานทั้งสองสาขามุ่งให้ประชาชนครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ยุทธวิธีเพิ่มสมรรถนะองค์กรท้องถิ่น ครอบครัวและชุมชน เสริมสร้างมาตรฐานพฤติกรรมและวิถีชีวิต ตลอดจนพัฒนารูปแบบและเครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพ<sup>(2)</sup>

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบเศรษฐกิจของประเทศไปสู่อุตสาหกรรม และการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้เมืองกลายเป็นฐานของกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น อุตสาหกรรม การค้า บริการและจ้างงาน เป็นแหล่งดึงดูดให้คนจนจากชนบทเข้าสู่เมืองเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และเมืองศูนย์กลางในภูมิภาคต่างๆ การขยายตัวของเมืองและประชากรดังกล่าว ก่อให้เกิดความต้องการด้านสาธารณสุขูปโภค ตลอดจน

ที่อยู่อาศัยจนเกินกว่าภาครัฐจะรับภาระได้ทัน ผลกระทบด้านหนึ่งที่เกิดขึ้น ได้แก่ ชุมชนแออัด ที่ การบริการไม่อาจเข้าถึง ซึ่งส่งผลกระทบต่อมาตรฐานความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต ของชาวชุมชน

ชุมชนแออัดดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและขยายไปในภูมิภาคมากขึ้น ในขณะที่ภาครัฐ ยังไม่สามารถจัดหาที่อยู่อาศัยและบริการ ให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ที่อพยพเข้ามาหางานทำได้ อย่าง เพียงพอ ปัญหาการไล่รื้อชุมชนแออัด อันเนื่องมาจากความต้องการพัฒนาที่ดิน ของภาครัฐและ เอกชน ก็ยังคงเป็นปัญหาหลักที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาชุมชนในด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ เนื่องจากชุมชน ขาดความไม่มั่นคง ในการอยู่อาศัย

ปัจจุบันพบว่า มีชุมชนแออัดทั่วประเทศประมาณ 1,841 ชุมชน 310,202 ครัวเรือน ประชากร 1,371,538 คน เป็นชุมชนแออัดที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล 1,521 ชุมชน 254,482 ครัวเรือน ประชากร 1,125,859 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากร ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สำหรับในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามเมืองใหญ่ มี ชุมชนแออัดรวม 320 ชุมชน 55,710 ครัวเรือน ประชากร 245,679 คน<sup>(6)</sup>

ผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาชุมชนแออัดในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยและที่ดิน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคม ปัญหาการประสานงานและ องค์การที่เกี่ยวข้อง ก่อผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามมา ความรุนแรงของปัญหาชุมชน แออัดและผู้มีรายได้น้อยในเมือง ปัจจุบันเป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับเสถียรภาพของรายได้ การประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย และสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ในชาติ ที่รัฐจะต้องให้การดูแลและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเป็นการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืน มิใช่ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หรือในลักษณะสงเคราะห์ และต้องให้ความสำคัญกับวิธีการส่งเสริม ให้ผู้ มีรายได้น้อยมีโอกาสช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้น โดยมีองค์การชุมชนร่วมเป็นแกนหลักของการ ประสานการพัฒนาดังกล่าว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลิดสิน จะต้องเกี่ยวข้องกับ สุขภาพของประชาชนทั้งส่วนที่มารับบริการในโรงพยาบาลและในชุมชน เห็นว่าการที่จะเสริมสร้าง วิถีชีวิตที่เพิ่มพูนสุขภาพของคนในชุมชน จำเป็นต้องทราบถึงค่านิยม ความรู้ และเจตคติที่มุ่งมั่นใน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องให้สอดคล้องกับแนวคิดจาก แผนพัฒนาสาธารณสุข ที่กำหนดให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ ของการพัฒนาทุกด้าน โดยเน้นพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับขณะนี้กรุงเทพมหานคร มีการดำเนินงานโครงการกรุงเทพฯ - เมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) โดยนำหลักสุขภาพดีถ้วนหน้ามาใช้ในระดับท้องถิ่นเพื่อเป็นเครื่องชี้วัดวิธีการพัฒนาสุขภาพ ของประชาชน ให้ความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาในทุกด้าน บนพื้นฐานความต้องการ ของประชาชนด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย<sup>(6)</sup> สาเหตุที่เลือกศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องในชุมชนแออัด เนื่องจากสภาพปัญหาของชุมชนแออัด มักถูกมองว่าเป็นขยะของสังคม เป็นแหล่งเสื่อมโทรม มั่วสุม เสพยาเสพติด ก่ออาชญากรรม แหล่งโสเภณี ฯลฯ ปัญหาสำคัญของ ชุมชนแออัดมีตั้งแต่ ถูกไล่ที่ สาธารณูปโภคไม่พอเพียง สภาพที่อยู่อาศัยแออัดยัดเยียด ปัญหาทาง เศรษฐกิจและปัญหาสาธารณสุข ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ตกต่ำลง<sup>(7)</sup> และงานวิจัยด้านพฤติกรรม

สุขภาพของคนไทยในชุมชนแออัดยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของโครงการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชน เป็นแนวทางในการกำหนดยุทธวิธี และพัฒนารูปแบบโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน และการสร้างเครือข่ายบริการทางสุขภาพกับชุมชนของหน่วยงานระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนท้องถิ่นให้เหมาะสมต่อไป

### คำถามของการวิจัย (Research Questions)

#### คำถามหลัก (Primary Research Question)

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

#### คำถามรอง (Secondary Research Questions)

1. คุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรักหรือไม่
2. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรักหรือไม่
3. คุณลักษณะด้านประชากรมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ หรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร กับพฤติกรรมสุขภาพ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากรกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

### สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. คุณลักษณะด้านประชากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก
2. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก
3. คุณลักษณะด้านประชากร มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Applications)

1. ทำให้ทราบข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการเชิงรุกต่างๆ ที่โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ จะดำเนินการในชุมชน
2. โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษาด้านคุณลักษณะด้านประชากร พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัด ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด ที่โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข จะดำเนินการในชุมชนอื่น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ
4. สามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ไปนำเสนอหรือประสานงานกับหน่วยงานอื่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต หรือองค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ เพื่อจัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น
5. องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรชุมชน สามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ เพื่อให้การสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในชุมชน
6. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพิจารณากำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแง่การขยายขอบเขตของงาน การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัด

### ตัวแปร (Variables)

#### ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. คุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ศาสนา

2. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติต่อการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อและการรับรู้

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี

วิธีการหรือสิ่งแทรกแซง (Extraneous Variables)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา จากการสัมภาษณ์เท่านั้น ไม่ได้ใช้วิธีการหรือการทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการสัมภาษณ์เท่านั้น ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ทุกพฤติกรรม เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและกำลังคน

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

คุณลักษณะด้านประชากร หมายถึง ตัวแปรทางด้านประชากรและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และศาสนา

ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย และข้อเท็จจริงในเรื่องอาหาร บุหรี่ สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ความเครียด การตรวจสุขภาพ

เจตคติ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก และความตั้งใจ ที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ทางด้านการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพ

ค่านิยม หมายถึง การยอมรับ การให้ความสำคัญ และพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามคุณค่าที่เลือกในด้าน การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพ

ความเชื่อและการรับรู้ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง การรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติ ที่มีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริม และ ป้องกันสุขภาพของตนเองในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ความบ่อยในการรับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ที่วันใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ อาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่มีกากใยสูง อาหารไขมันสูง การดื่มนม การรับประทานอาหารเข้า จำนวนมือของการรับประทานต่อ 1 วัน และความบ่อยในการปรุงรสอาหารให้หวาน/เค็มขึ้นกว่าเดิมเวลารับประทาน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบันและความบ่อยในการสูบบุหรี่ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน

พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มหรือไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และความบ่อยในการดื่ม ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่ม (จำนวนแก้ว/ครั้ง)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การมีหรือไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาและความบ่อยในการออกกำลังกาย (ครั้ง/สัปดาห์) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง) และการออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก

พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด หมายถึง การเคยใช้วิธีการต่าง ๆ และความบ่อยในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เมื่อมีความเครียด หรือไม่สบายใจ หรือมีปัญหาทางอารมณ์

พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง ความบ่อยของการไปตรวจสุขภาพ (วัดความดันโลหิต ตรวจเลือด ปัสสาวะ ) และการไปตรวจฟัน

ประชาชนในชุมชนแออัด หมายถึง หัวหน้าครัวเรือน หรือหัวหน้าครอบครัว หรือคู่สมรสของบุคคลดังกล่าว ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดเขตบางรัก ที่ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างจำนวน 5 ชุมชน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

#### ตัวแปรอิสระ

#### ตัวแปรตาม

