

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย
กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
บังอร ฉางทรัพย์

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มีนาคม 2549

บังอร ฉางทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชน
ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร.

กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อองอาจ นัยพัฒน์, รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย.

การศึกษาครั้งนี้มีความมุ่งหมาย 3 ประการ กล่าวคือ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และ 3) เพื่อพัฒนาโมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเป็นลำดับขั้น จำนวน 400 คน ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาเท่ากับ 0.84 ทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์และปรับปรุงโมเดลความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลด้วยการวิเคราะห์อิทธิพล

ผลการวิจัยพบว่าลักษณะสุขภาพीलสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนคลองเตยอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 77.68$) โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับเกือบทุกปัจจัยที่ศึกษา (ยกเว้นอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ภายหลังการปรับแก้ มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 5.52 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.14 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.94 ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.06 และค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 475.53 จากโมเดลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีเพียงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยปัจจัยที่ศึกษาร่วมทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ร้อยละ 11

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนคลองเตยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องโดยการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ส่วนงานวิจัยที่จะดำเนินต่อไปควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้มากขึ้น

FACTORS AFFECTING PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST INTESTINAL PARASITIC
INFECTION OF PEOPLE AT KHLONG TOEI COMMUNITY IN BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
BANGON CHANGSAP

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Doctor of Philosophy (Ph.D.) in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University
March 2006

Bangon Changsap. (2005). Factors Affecting Preventive Behaviors against Intestinal Parasitic Infections of People at Khlong Toei Community in Bangkok.

Bangkok : Srinakharinwirot University. Advisor committee : Dr. Manat Boonprakob, Asst. Prof. Dr. Ong-Arg Naiyapatana, Assoc. Prof. Dr. Pramote Thongkrajai.

The objectives of this study were to 1) determine the preventive behaviors against intestinal parasitic infection, 2) analyze the relationships of preventive behaviors against intestinal parasitic infections and factors affecting and 3) develop the causal model and analyze factors including age, socioeconomic status, social support, internal-external health locus of control, knowledge of intestinal parasites and attitude toward preventive behaviors against intestinal parasitic infections.

A number of 400 people, living in Khlong Toei community, Bangkok, during January to May 2004 was randomly sampling by multistage technics. Data were collected by the questionnaires with the alpha reliability of 0.84. The demographic data and factors associated with the preventive behavior against intestinal parasitic infection were analyzed by using descriptive statistic, the relationship among factors by Pearson's correlation. A causal model was established tested and modified by using path analysis.

The results of this study revealed that, non hygienic sanitary environments were found and the preventive behavior against intestinal parasitic infection was in a middle level, $\bar{X} = 77.68$. It was significantly associated with most factors ($p < 0.05$) excepted age and knowledge ($p > 0.05$). The goodness of fit of the modified model had chi-square = 5.52, $df = 4$, p -value = 0.14, GFI = 0.99, AGFI = 0.94, RMSEA = 0.06 and CN = 475.53. The model revealed that only the socioeconomic status and social support had direct and indirect influences on the to the preventive behaviors. The overall factors could predict the variation of preventive behaviors up to 11.00 percents.

The finding suggested that the community participation and organization involved, should help promotion of preventive behaviors against intestinal parasitic infection among people in the Khlong Toei community. In addition, further studies should include factors be able to predict the preventive behaviors.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชน
ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร

งานวิจัยเรื่องที่ 1
ของ
บังอร ฉางทรัพย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ทำงานวิจัยนี้ด้วยตนเอง
ไม่มีส่วนใดๆ ที่คัดลอกมาจากของผู้อื่น
โดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายลิขสิทธิ์

.....
(นางบังอร ฉางทรัพย์)

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สอบวันที่ 22 มีนาคม 2549

งานวิจัย 1

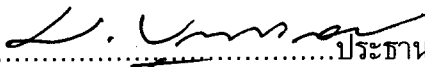
เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชน
ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร

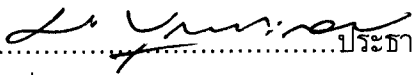
ของ


นางบังอร ฉางทรัพย์

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

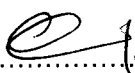

.....ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ)
วันที่ ๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2549

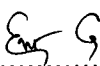
คณะกรรมการสอบงานวิจัย


.....ประธานกรรมการควบคุม
(ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ)


.....กรรมการควบคุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. งามอาจ นัยพัฒน์)


.....กรรมการควบคุม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพันธ์ ชูชม)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง)

ศูนย์สารสนเทศ ทางพฤกษศาสตร์

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี เป็นเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ ประธานกรรมการควบคุมงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. งามอาจ นัยวัฒน์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองกระจาย กรรมการควบคุมงานวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ อย่างดียิ่ง นอกจากนี้ยังขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ผจงจิต อินทรสุวรรณ คณาจารย์ในสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าชุมชนทั้ง 10 ชุมชน เจ้าหน้าที่มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิส่งเสริมพัฒนาบุคคล มูลนิธิสันติสุข และมูลนิธิศึกษาเอเชียที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตคลองเตยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนที่ศึกษา และประชาชนในชุมชนคลองเตยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ท้ายสุดขอขอบพระคุณทุกคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้างทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุน ขอขอบคุณ คุณพัชรินทร์ บุญแท่น ที่ช่วยเหลือทุกด้าน เพื่อนนิสิตสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ที่ให้คำปรึกษาทางด้านสถิติแก่ผู้วิจัยและให้คำแนะนำต่าง ๆ เป็นอย่างดี

บังอร ฉางทรัพย์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย.....	7
ตัวแปรที่ใช้ศึกษา.....	7
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	13
สมมุติฐานการวิจัย.....	16
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
โรคพยาธิลำไส้.....	17
ระบาดวิทยาของโรคพยาธิลำไส้.....	17
ผลเสียการติดเชื้อพยาธิลำไส้.....	20
ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค.....	22
เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	24
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ.....	32
การสนับสนุนทางสังคม.....	34
ความรู้เกี่ยวกับชุมชนแออัด.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การสร้างเครื่องมือในการวิจัย.....	46
การเก็บและรวมข้อมูล.....	55
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้.....	68
ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้.....	73
ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันป้องกัน โรคพยาธิลำไส้.....	75
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	86
การอภิปรายผล.....	88
ข้อเสนอแนะ.....	111
บรรณานุกรม.....	113
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ.....	130
ภาคผนวก ข ข้อมูลทั่วไปของชุมชนในเขตคลองเตย.....	132
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	136
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	147

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแยกตามลักษณะทางชีวสังคม.....	61
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแยกตามลักษณะสุขภาพใบาลสิ่งแวดลอมที่พักอาศัย.....	64
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแยกตามการได้รับข่าวสารและกิจกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิ.....	67
4	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	68
5	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม.....	70
6	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม.....	71
7	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	72
8	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	73
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	75
10	แสดงค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความกลมกลืนตามภาวะสันนิษฐานและโมเดลที่ปรับแก้แล้วกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของเส้นทางความสัมพันธ์เชิงเส้น.....	77
11	แสดงผลการวิเคราะห์แยกค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าอิทธิพลรวม ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลในทางตรง ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	81
12	ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้.....	131
13	ลักษณะทั่วไปของชุมชนในแขวงคลองเตย.....	133
14	ลักษณะทั่วไปของชุมชนในแขวงคลองตัน.....	134
15	ลักษณะทั่วไปของชุมชนในแขวงพระโขนง.....	135
16	แสดงข้อมูลชุมชนของพื้นที่เขตคลองเตย แขวงคลองเตย พระโขนง และคลองตัน.....	135

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	แสดงโมเดลพื้นฐานงานวิจัยหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1.....	14
2	แสดงโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2.....	15
3	“แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค...	31
4	ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล การวัดตัวแปรกลุ่มสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม.....	47
5	ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล การวัดตัวแปรกลุ่มเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	49
6	ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล การวัดตัวแปรกลุ่มการสนับสนุนทางสังคม.....	52
7	ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล การวัดตัวแปรกลุ่มพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	54
8	โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	78
9	โมเดลที่ปรับแก้แล้ว แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	79
10	โมเดลที่ปรับแก้แล้ว แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ของปัจจัยต่างๆต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	80

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคพยาธิลำไส้ นับเป็นปัญหาของประเทศต่างๆ ทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO).1988) ประมาณว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 3,500 ล้านคน มีการติดพยาธิลำไส้ และประมาณ 450 ล้านคน แสดงอาการป่วยออกมา รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ของประเทศในทวีป ออฟริกา เอเชีย และอเมริกาได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญและยังไม่ได้รับการแก้ไข มีผู้รายงานถึงความชุกการติดพยาธิลำไส้ในประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศมาเลเซียมีความชุกของพยาธิลำไส้ ร้อยละ 18.8-91.4 (Lie. 1964 : 229 ; Bisseru; & Aziz. 1970 : 29 ; Sinah; Manmohan; & Poon. 1978 : 272-276 ; Kan. 1982 : 180-190 ; Sinah. 1984 : 152-156) ประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ 61-99 และประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 96 (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) ส่วนในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงานการศึกษาครอบคลุมทั้งประเทศ แต่มีการสำรวจหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย ในปี 2532 (อุเทน จารณศรี; ประภาศรี จงสุขสันติกุล; และชาวลิตร จีระดิษฐ์. 2532 : 391-404) พบว่ามีประชาชนถึงร้อยละ 77.56 เป็นโรคหนอนพยาธิลำไส้ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียวกัน หนอนพยาธิที่ตรวจพบได้แก่ พยาธิปากขอ (hookworm) ร้อยละ 68.78 พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) ร้อยละ 10.38 พยาธิแส้ม้า (*Trichuris trichiura*) ร้อยละ 33.71 พยาธิเข็มหมุด (*Enterobius vermicularis*) ร้อยละ 33.71 พยาธิสตรองจิลอยเดส (*Strongyloides stercoralis*) ร้อยละ 0.02 พยาธิตืดที่เนี่ย (*Taenia spp.*) ร้อยละ 0.02 พยาธิตืดแคระ (*Hymenolepis nana*) ร้อยละ 0.04

นอกจากนี้การศึกษาในโรงเรียนประถมจำนวน 4 โรงเรียนจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า เด็กนักเรียนมีการติดเชื้อพยาธิลำไส้ที่ติดต่อผ่านดินร้อยละ 46.8 โดยเป็นการติดเชื้อพยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 1.8 พยาธิปากขอร้อยละ 26.9 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 28.5 และพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 5.7 (Anantaphrutti; et al. 1999) ส่วนการศึกษาความชุกของพยาธิลำไส้ใน 3 จังหวัดของภาคอีสานในปี 2536 พบว่าประชาชนเป็นพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในรายเดียวกันเฉลี่ยร้อยละ 38.7 พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 21.1 พยาธิปากขอ ร้อยละ 17.3 พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดกลาง ร้อยละ 6.0 พยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 0.5 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.4 และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 0.2 (วิน เชยชมศรี; และ ดารุณี แดงหาญ. 2539 : 284-289) นอกจากนี้การสำรวจพยาธิในทางเดินอาหาร ในนักเรียนไทยภูเขาและนักเรียนไทยพื้นราบในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2540 พบนักเรียนไทยภูเขามีพยาธิในทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.7 และนักเรียนไทยพื้นราบมีร้อยละ 4.6 โดยพบพยาธิปากขอในนักเรียนไทยภูเขา มากที่สุดถึงร้อยละ 56.3 ส่วน

ในนักเรียนไทยพื้นราบนั้นพยาธิที่พบมากที่สุด ได้แก่ *G. lamblia* โดยพบร้อยละ 59.2 (สมศักดิ์ เบียงใจ; และคนอื่นๆ. 431-439) ส่วนการสำรวจพยาธิลำไส้ในหมู่บ้านลำประดู่ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2544 พบประชาชนติดโรคพยาธิลำไส้ร้อยละ 68 โดยช่วงอายุที่ติดมากที่สุดได้แก่ 41-60 ปี (ร้อยละ 88) (Wiwanitkit; Suwansaksri; & Nithiuthai. 2001 : 217)

อัตราความชุกของโรคพยาธิลำไส้ในประเทศไทยนับว่ายังคงสูง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิในลำไส้จะมีผลทางตรงทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (WHO. 1998) ประสิทธิภาพในการดูดซึมสารอาหารของลำไส้เสียไป (Brasitus. 1979 : 1058-1065) โรคขาดวิตามินบี 12 (Scowden; et al. 1978 : 527) เยื่อบุลำไส้อักเสบ (Fillho. 1978 : 179) ท้องร่วง ลำไส้อุดตัน ดีซ่าน ตับอ่อนอักเสบ และเกิดแผลที่อวัยวะภายใน (Matinez-Palomo; & Ruiz-Palacios. 1990) เป็นต้น นอกจากนี้การเป็นโรคพยาธิลำไส้ยังทำให้เกิดผลทางอ้อมตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก โดยจะทำให้เด็กขาดสารอาหารและได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ (Crompton. 1992 : 577-579) ทำให้การพัฒนาการทางร่างกายและสมองต่ำกว่าปกติ ความจำและการเรียนรู้เสียไป เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียด้านแรงงานและการผลิต องค์การยูเนสโก รายงานว่าพยาธิที่พบมากในเด็ก ได้แก่ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอ อย่างไรก็ตามเมื่อมีการศึกษาโดยรวมทั่วโลก คาดว่ามีประชากรประมาณ 150,000 คนต่อปี ที่ต้องเสียชีวิตเพราะโรคพยาธิ (Bundy. 1990 : 622-625) ส่วนในผู้ใหญ่เชื้อพยาธิลำไส้ทำให้เกิดความรุนแรงในระดับต่างๆ ตามชนิด และจำนวนของพยาธิที่ได้รับสู่ร่างกาย นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่พยาธิเข้าไปอยู่และความสามารถของมันในการทำให้เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะนั้น เช่น พยาธิปากขอเมื่อไปเกาะติดที่ผนังลำไส้มันจะดูดเลือดกินเป็นอาหารทำให้ผู้ติดเกิดโลหิตจาง และถ้าเป็นมากอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ พยาธิตัวจิ๊ดมีความสามารถกลีบคลานไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง ไชสันหลัง ปอด ตับ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการทางประสาท หมดสติ ทุ่งน้ำดีอักเสบ ส่วนการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อาจทำให้เกิดมะเร็งของถุงน้ำดีและมะเร็งตับ เป็นต้น (สมชัย บวรกิตติ; จอร์น พิ ลอฟกัส และกฤษฎา ศรีสำราญ. 2542 . 817-835)

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 พบว่าอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก ในปี พ.ศ. 2539-2543 พบว่ากลุ่มสาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อและปรสิตอยู่เป็นลำดับที่ห้า และยังพบว่าโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการตายของทารกเกิดมีชีพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.7, 0.2, 0.1, 0.0 และ 1.0 ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 คน ตามลำดับ โดยโรคพยาธิลำไส้เป็นส่วนหนึ่งของโรคติดเชื้อและปรสิต ดังนั้นจึงเป็นโรคติดเชื้อที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบันที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเป็นอย่างมาก (กระทรวงสาธารณสุข. 2543 : 79-99) ส่วนทางด้านเศรษฐกิจนั้นมีการคำนวณพบว่าโรคพยาธิลำไส้เป็นสาเหตุให้ต้องสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศปีละประมาณ 2,777.5 ล้านบาท จากประสิทธิภาพการทำงานของประชากรวัยทำงานต้องลดลง อีกทั้งยังมีการสูญเสียทางด้านอื่นที่ไม่ได้มีการคำนวณไว้อีกด้วย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เพื่อการพัฒนา ด้านสุขภาพ โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกฉบับจะกล่าวถึงการพัฒนา ด้านสุขภาพของประชาชนไว้อย่างชัดเจน โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้กำหนดให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและบรรลุ คุณภาพชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 27) โดยกำหนดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2539 ทุก ครอบครัวจะต้องมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งในครอบครัว และมีสภาวะความเป็น อยู่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของสังคม นอกจากนี้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้เน้นความสำคัญของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ มีภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และเป็นระบบสุขภาพที่เอื้ออาทร พึ่งพาเกื้อกูลกันได้และสามารถให้การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและคน จน โดยวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์หนึ่ง ได้แก่ สร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดี โดยเป้าหมายหนึ่งใน 10 ประการ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยแผนพัฒนา สุขภาพฉบับที่ 9 กล่าวถึงจุดอ่อนของระบบสุขภาพที่ผ่านมาว่า เป็นการเน้นการซ่อมสุขภาพมาก กว่า การสร้างสุขภาพ จึงทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมเป็นแบบตั้งรับ ขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพและสถานการณ์แวดล้อม นอกจากนี้พบว่าประชาชนไทยเจ็บป่วยและ ตายโดยไม่จำเป็นหรือเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้อยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงมีการประกาศใช้พระราช บัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่การสร้างสุขภาพเชิงรุก ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้เป็น งานวิจัยเบื้องต้นในการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวที่ต้องการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย เพื่อเป็นข้อมูลในการหาวิธีการเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในงานวิจัยที่จะดำเนินต่อไปในอนาคต

พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นการปฏิบัติที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคลทางด้านการป้องกันโรค และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดการติดโรคพยาธิลำไส้ โดยสอดคล้องกับ โอเรม (Orem, 1980 : 70-71) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม การเรียนรู้ และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง โดยพฤติกรรมใน การดูแลตนเองจะแสดงออกมาตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม หรือแนวการปฏิบัติของกลุ่มสังคม ตลอดจนลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ สถานะทางสังคม และพื้นเพดั้งเดิม เป็นต้น ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรม การป้องกันโรคจึงขึ้นอยู่กับระดับ พัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ชีวิต วัฒนธรรม สุขภาพ ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์ ต่างๆ (Joseph, 1980 : 134-137)

การศึกษาในครั้งนี้ได้ยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ได้ มีการพัฒนาขึ้นเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการ เจ็บป่วย โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อตั้ง

เต็ม ความสนใจ ค่านิยม และการได้รับความเอาใจใส่ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 171) นอกจากนี้ เบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 3-24) ยังได้ปรับปรุงแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากความรู้ของบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะทางชีวสังคม เป็นต้น

โรเซนบลัมและคนอื่นๆ (Rosenblum; Stone; & Skipper. 1981 : 338) กล่าวว่าความเชื่อมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ส่วนสติกลแลนด์ (Strickland.1978 : 1192) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ เป็นมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคลในการแสวงหาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้เชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และจะมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางบวก ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนซึ่งมักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยรอบตัวหรือขึ้นกับโชคชะตา พรหมลิขิต บุคคลนั้นจึงเป็นบุคคลที่ไม่กระตือรือร้นหรือสนใจใฝ่หาความรู้ อีกทั้งยังทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของแรงงาน และบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินตนเอง (House. 1981) ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ย่อมแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยแลงลี (Langlie. 1977 : 252) ได้ตั้งสมมุติฐานเพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคไว้ 2 ประการ คือ 1) การที่คนมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม จะทำให้คนได้รับแรงกดดันจากปทัสถานทางสังคมก่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นไปตามปทัสถานนั้นๆ 2) การที่คนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้คนเราได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์แก่สุขภาพของตนเองได้ โดยผลการวิจัยของแลงลีดังกล่าวได้ผลที่สอดคล้องตามสมมุติฐาน โดยเขาได้ทำการศึกษาผู้ใหญ่ในเขตเมือง 400 คน ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พบว่าผู้ที่มีความถนัดในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและนำมาเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่ศึกษาครั้งนี้ โดยได้ให้ความสำคัญการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ แรงงาน และบริการ และ ด้านข้อมูลข่าวสาร ตามคำจำกัดความของแคพแลนและคนอื่นๆ (Caplan; et al. 1976) โดยไม่ได้รวมเกี่ยวกับการประเมินตนเองตามแนวคิดของเฮาส์ เนื่องจากลักษณะการวัดไม่เหมาะสมและมีการประเมินค่อนข้างยากต่อการศึกษานี้

ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น จะมีผลมากน้อยต่างกันออกไปในพฤติกรรมการป้องกันโรคแต่ละชนิด ซึ่งการศึกษาปัจจัยดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงมูลเหตุสำคัญในโรคแต่ละโรค โดยการศึกษาครั้งนี้ได้เน้นพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และให้ความสนใจปัจจัยร่วม ได้แก่ 1) อายุ 2) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (รายได้ การศึกษา และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย) 3) การสนับสนุนทางสังคม

(ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ แรงงาน และบริการ และด้านข้อมูล ข่าวสาร) 4) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 5) เจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ ประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้) และ 6) ความเชื่ออำนาจภายใน นอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งการทราบถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยและเป็นไปโดยทางตรงหรือทางอ้อมจะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นไปอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงแสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรโดยใช้โมเดล การวัด (Measurement Model) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝง ที่ได้มาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis (CFA)) ในขั้นต้น จากนั้นทำการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ที่ระบุความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรแฝง ที่ได้มาจากการคัดเลือกตัวแปรจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการวิเคราะห์จากผู้วิจัย โดยขั้นตอนสุดท้ายนำโครงสร้างความสัมพันธ์มาตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีต่างๆ การวิเคราะห์ดังกล่าวผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมลิสเรลมาใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สามารถแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการวัดได้เป็นอย่างดีและยังครอบคลุมลักษณะความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างแบบเส้นทุกรูปแบบ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2538)

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนแออัดที่สำคัญของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีภาพรวมของคุณภาพชีวิตต่ำ (อรรวรรณ สุทธางกูร, 2540: ค) โดยมีการคำนวณค่าคุณภาพชีวิตในชุมชนแออัดพบว่ามีความที่ต่ำเมื่อเทียบกับภายนอกชุมชน โดยในจำนวนชุมชนทั้งหมดของกรุงเทพมหานคร ชุมชนทางฝั่งใต้เป็นชุมชนที่มีค่าคุณภาพชีวิตต่ำสุด และมีการระบาดของยาเสพติดในชุมชนมากกว่าชุมชนทางฝั่งธนบุรี และฝั่งเหนือ-ตะวันออก ปัญหายาเสพติดดังกล่าวส่งผลทางอ้อมต่อประชาชนในการปล่อยปลະละเลยต่อสุขภาพอนามัยของตนเองและทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดโรคพยาธิในลำไส้ (อรรวรรณ สุทธางกูร, 2540 : 108) นอกจากนี้มีการสำรวจพบว่าประชาชนในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ยังคงมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ถึงร้อยละ 9.05 (บังอร ฉางทรัพย์และคนอื่นๆ, 2546) ซึ่งนับเป็นอัตราการติดเชื้อที่น่าเป็นห่วงและสมควรได้รับการแก้ไข

การศึกษาถึงความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของประชาชนในชุมชนแออัด พบว่าประชาชนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ประชาชนละเลยที่จะยอมลงทุนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น ดังนั้นที่อยู่อาศัยจึงทรุดโทรม ไม่มีท่อระบายน้ำโสโครกหรือท่อระบายน้ำที่ได้มาตรฐาน น้ำเสียจึงท่วมขังอยู่บริเวณบ้าน นอกจากนี้การกำจัดขยะอย่างไม่ถูกต้องทำให้ทิ้งทับถมส่งกลิ่นเหม็น และมีการเจริญของเชื้อแบคทีเรียเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการสร้างบ้านชิดกันอย่างหนาแน่น ทำให้แสงส่องถึงพื้นได้น้อย ซึ่งสภาวะดังกล่าวทำให้บริเวณชุมชนมีความอับชื้นและมีแสงสว่างค่อนข้างน้อย เหมาะสมต่อการเจริญของพยาธิลำไส้เป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้มีการสำรวจขนาดครัวเรือนใน

ชุมชนแออัดพบว่ามีความหนาแน่นเฉลี่ยถึง 6 คนต่อครัวเรือน เมื่อเทียบกับภายนอกชุมชนของกรุงเทพมหานครที่มีค่าเฉลี่ย 4 คนต่อครัวเรือน (อรรถรณ สุทธางกูร. 2540 : 70) ความหนาแน่นดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้อยู่เป็นโรคพยาธิลำไส้แพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลใกล้ชิดได้โดยง่าย

จากเหตุดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ดำเนินการตามนโยบายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา ผลวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย และชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกันได้ตรงเป้าหมายในงานวิจัยที่ทำต่อเนื่องต่อไป จากการทบทวนเอกสารเพื่อหาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าประชาชนในชุมชนคลองเตยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งอิทธิพลถึงพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยทางใด อีกทั้งปัจจัยดังกล่าวมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะและสภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมพื้นเพดั้งเดิม ภูมิสำเนาเดิม และชนิดของสื่อที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้เพื่อศึกษาและประกอบการอภิปราย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนต่อไป ทั้งยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่จะดำเนินต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายของการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย

กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3. เพื่อพัฒนาโมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนใน

ชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมีความสำคัญดังต่อไปนี้

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร
2. ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ในการวางแผนงานและเฝ้าระวังการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ในพื้นที่ดังกล่าว โดยการควบคุมหรือส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
3. เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างถูกต้อง โดยการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ
4. ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อนำไปวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนคลองเตย และชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิผลต่อไป
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำการศึกษาด้านระบาดวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพ ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือประชาชนที่อาศัยในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร อายุ 15 ปีขึ้นไป จากจำนวนทั้งสิ้น 40 ชุมชน ประมาณ 67,315 คน (ประมาณจากอัตราส่วนประชากร จากประชากรทั้งสิ้น 92,626 คน (สำนักงานเขตคลองเตย. 2546)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักหรือแฟลต ในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ได้จำนวนตัวอย่าง 400 คน

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม (ในการวิเคราะห์อิทธิพล เรียกตัวแปรที่มีองค์ประกอบย่อยว่า "ตัวแปรแฝง" ส่วนตัวแปรย่อยที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝง เรียกว่า "ตัวแปรสังเกต")

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 อายุ

- 1.2.1 ระดับการศึกษา (ตัวแปรสังเกต)
- 1.2.2 รายได้ (ตัวแปรสังเกต)
- 1.2.3 ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย (ตัวแปรสังเกต)
- 1.3 การสนับสนุนทางสังคม (ตัวแปรแฝง)
 - 1.3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (ตัวแปรสังเกต)
 - 1.3.2 การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน และบริการ (ตัวแปรสังเกต)
 - 1.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (ตัวแปรสังเกต)
- 1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
- 1.5 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรแฝง)
 - 1.5.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรสังเกต)
 - 1.5.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรสังเกต)
 - 1.5.3 การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรสังเกต)
- 1.6 ความเชื่ออำนาจในตน-นอกตนทางด้านสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 2.1 พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรแฝง)
 - 2.1.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ตัวแปรสังเกต)
 - 2.1.2 พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล (ตัวแปรสังเกต)
 - 2.1.3 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย (ตัวแปรสังเกต)
 - 2.1.4 พฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรสังเกต)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การกระทำต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเป็นการกระทำที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลมีโอกาสสัมผัสกับพยาธิลำไส้ได้น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรม งานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาในการทำพฤติกรรมในระยะเวลา 1 เดือน โดยการใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบว่าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถาม 20 ข้อ โดยยึดหลักตามเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศ (ประยงค์ ระดมยศ และคนอื่นๆ. 2539) เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ลำดับ โดยในการวิเคราะห์หือทธิพล ผู้วิจัยกำหนดให้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นตัวแปรแฝง มาจากตัวแปรสังเกต ซึ่งเป็นตัวแปรด้านต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งข้อคำถามทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะกระจายอยู่

ในแบบสอบถาม คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มาก

1.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันที่บุคคลปฏิบัติในระยะเวลา 1 เดือนนับถอยหลังจากวันที่ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ในงานวิจัยเป็นพฤติกรรมการรับประทานที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ การล้างผักสดก่อนรับประทาน การรับประทานที่สุกใหม่ การดื่มน้ำต้มสุก และการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

4.2 พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลต่อตนเองที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ในงานวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นถึงการรักษาความสะอาดของร่างกาย ที่ทำให้บุคคลลดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การรักษาอนามัยของมือ ได้แก่ การล้างมือก่อนทานอาหาร การตัดเล็บให้สั้น การไม่กัดหรือดูดนิ้วมือเล่น และการรักษาอนามัยของเสื้อผ้า ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 4-25 คะแนน

4.3 พฤติกรรมการรักษาสุขาภิบาลที่พักอาศัย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ภายในที่พักอาศัยที่อาจทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการทางด้านร่างกาย สุขภาพ และการมีชีวิตรอดของบุคคล ในงานวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดของห้องน้ำ การรักษาความสะอาดของเครื่องนอน การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน และการกำจัดขยะ ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

4.4 พฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่เป็น การป้องกันและหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ การรับประทานยาถ่ายพยาธิ การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง การตรวจร่างกายประจำปี การทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงหรือใส่อาหาร การไม่คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง การไม่ใช้มือหยิบหรือจับเนื้อดิบ และการไม่เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 8 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

2. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีสภาพการเงินและสถานะทางสังคมเป็นเช่นใด โดยในการวิเคราะห์หรือตีผลผู้วิจัยกำหนดให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นตัวแปรแฝง มาจากตัวแปรสังเกต จากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 4 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 4-20 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนมากแสดงว่ามีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่าผู้มีคะแนนน้อย

2.1 ระดับการศึกษา หมายถึง ชั้นสูงสุดที่บุคคลจบการศึกษาจากโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย งานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี โดยเรียงลำดับคะแนนจาก 1-5 ตามลำดับ

2.2 รายได้ หมายถึง ค่าตอบแทนทั้งหมดจากการทำงานที่บุคคลทั้งหมดภายในครอบครัวได้รับต่อเดือน ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามให้เลือกตอบ 6 ลำดับ ได้แก่ น้อยกว่า 2,500 บาท/เดือน 2,500-5,000 บาท/เดือน 5,001-10,000 บาท/เดือน 10,001-20,000 บาท/เดือน 20,001-30,000 บาท/เดือน และมากกว่า 30,000 บาท/เดือน โดยเรียงลำดับคะแนนจาก 1-6 ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนรวมรายได้ทั้ง 2 ข้อ จึงอยู่ระหว่าง 2-12 คะแนน

2.3 ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย หมายถึง เงินที่เหลือเก็บทั้งหมดภายในครอบครัวภายหลังจากการหักค่าใช้จ่ายทั้งหมด ข้อคำถามมีจำนวน 1 ข้อ ให้เลือกตอบตามลำดับ ได้แก่ ไม่เพียงพอ เพียงพอ และเพียงพอและเหลือเก็บ เรียงลำดับคะแนนจาก 1-3 ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน

3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการยอมรับ การสนับสนุนให้กำลังใจเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนทำงาน เจ้าหน้าที่ ทางด้านสาธารณสุข และบุคคลอื่น ๆ ในงานวิจัยครั้งนี้ได้สร้างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยยึดตามแนวคิดของแคพแพลน (Caplan.1976 : 39-42) โดยในการวิเคราะห์หิทธิพลผู้วิจัยกำหนดให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรแฝง มาจากตัวแปรสังเกตจากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน หรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยทั้งหมดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ลำดับ แบ่งเป็นข้อคำถาม 3 ด้าน เรียงลำดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนั้นคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 1-95 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การให้การยอมรับและเห็นคุณค่า ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจกัน การรับฟังและให้กำลังใจ ข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสนใจดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว การปฏิบัติของครอบครัวที่แสดงต่อตนเอง และความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว คะแนนรวมของการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน

3.2 การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน หรือบริการ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม ข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างทั้ง 1) ด้านการให้สิ่งของ ได้แก่ เงิน และของใช้ 2) การให้แรงงาน ได้แก่ การดูแลสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลืองาน 3) ด้านบริการ ได้แก่ การไปเป็นเพื่อนเพื่อทำธุระ คะแนนรวมของการสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน หรือบริการ คะแนนรวมข้อคำถามส่วนนี้อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้ให้เห็นทิศทาง และการให้ข้อมูล ซึ่งจะนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับแจ้งข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง การมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล

ข่าวสาร การได้รับคำปรึกษาทางด้านสุขภาพทั้งจากบุคคลรอบข้างและสื่อต่างๆ ความสนใจที่มีต่อข่าวสารด้านสุขภาพ และการได้รับความช่วยเหลือให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ข้อคำถามส่วนนี้มีจำนวน 6 ข้อ ดังนั้นคะแนนรวมข้อคำถามในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน

4. ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ทั้งในเรื่องของชนิด ความรุนแรง การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา ข้อคำถามในส่วนนี้ยึดจากเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศ (ประยงค์ ระดมยศ และคนอื่นๆ. 2539) เป็นความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้านเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกันและการรักษา ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ และเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ดังนั้นคะแนนที่ได้จึงอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้สูง ข้อคำถามในส่วนนี้ เช่น โรคบิดทำให้เกิดอาการอย่างไร พยาธิชนิดใดชอบไชไปตามผิวหนังได้ การบีบมะนาวใส่อาหารจะสามารถฆ่าพยาธิได้ ผักสดสามารถทำให้เกิดโรคพยาธิได้ คนที่ออกกำลังกายอยู่เสมอสามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ โรคพยาธิใบไม้ตับไม่สามารถป้องกันได้ และการรักษาโรคพยาธิคือการงดรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ไข่หรือไม่ เป็นต้น

5. เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และปฏิกิริยาพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวกหรือเชิงลบ ของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยในการวิเคราะห์หัตถิทธิพลผู้วิจัยกำหนดให้เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นตัวแปรแฝงมาจากตัวแปรสังเกต 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ส่วนของปัจจัยร่วมผู้วิจัยได้แยกไว้ต่างหาก ในส่วนปัจจัยด้านชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคม) ข้อคำถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 12) โดยผู้วิจัยได้นำตัวแปรทางด้านนี้ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ รวมเป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบ 5 ลำดับ เรียงลำดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนั้นคะแนนรวมเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จึงอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย

5.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการติดโรคพยาธิลำไส้ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ข้อคำถามส่วนนี้จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคพยาธิลำไส้ คะแนนรวมในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน

5.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรคพยาธิลำไส้จากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ตั้ง

กล่าวจะเหนี่ยวนำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนี้ได้ ข้อคำถามส่วนนี้จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่ประเมินว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด คะแนนรวมในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน

5.3 การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสม ที่จะช่วยป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้จริง ข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทำให้เกิดผลดีในการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด บุคคลใดควรมีบทบาทสำคัญในการมีพฤติกรรม และอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด คะแนนข้อคำถามในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน

6. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ แบบสอบถามในส่วนนี้ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของเบอร์แมนและเบอร์แมน (Berman; & Berman. 1991) ซึ่งกาญจนา ปฎิยุทธ (2541) ได้นำมาใช้ พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.64 แบบสอบถามในส่วนนี้มีจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ (ด้านบวก) และข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ (ด้านลบ) ภายในข้อคำถามประกอบด้วยความรู้สึกของบุคคลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพว่าขึ้นอยู่กับตนเองหรือผู้อื่น ความเชื่อเรื่องโชคลาง เคราะห์กรรมในอดีต และความยากง่ายของการรักษาสุขภาพให้ดี เป็นต้น คะแนนข้อคำถามอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงหมายถึง เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงและมีความเชื่อภายนอกตนน้อย ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ได้คะแนนน้อยหมายถึง เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนน้อย และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนสูง

7. สุขากิบาลสิ่งแวดล้อมที่พื้กอาศัย หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวภายในบ้าน ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ข้อคำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ของโรคพยาธิลำไส้ เท่านั้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ลักษณะบ้าน แหล่งน้ำดื่มภายในบ้าน จำนวนห้องส้วม วิธีการกำจัดขยะ การกำจัดน้ำเสีย ความสะอาดบริเวณบ้าน การระบายอากาศ สัตว์รบกวน สัตว์เลี้ยง แสงสว่างภายในบ้าน จำนวนห้องนอน และความคิดเห็นเกี่ยวกับความสะอาดภายในบ้าน

8. การได้รับสื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การได้รับข่าวสาร และความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่นๆ ผู้วิจัยกำหนดข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับการณรงค์ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชน การได้รับความรู้ และการได้รับคำแนะนำ นอกจากนี้ยังให้ตอบถึงแหล่งที่ได้รับจากสื่อต่างๆ

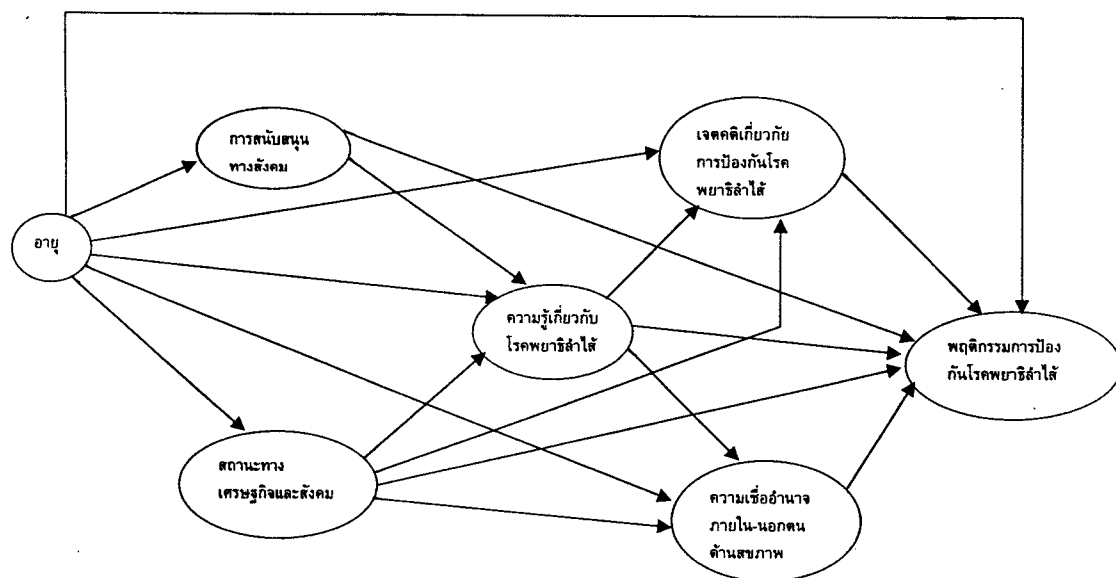
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 12) ที่ได้ทำการปรับปรุงมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974 : 330) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค เขาต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติจะเกิดผลในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยต่อมาเบคเกอร์และไมแมน ได้เพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการรับรู้ โดยผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรที่สำคัญของเบคเกอร์และไมแมน ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นปัจจัยเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และ 3) การรับรู้ประสิทธิผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาป้องกันและการรับรู้ต่ออุปสรรค) นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ความสนใจปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวสังคม (อายุ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม) และการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยยึดตามแนวคิดของแคพแพลน (Caplan. 1976 : 39-42) ที่แบ่งองค์ประกอบไว้ 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้าน อารมณ์ ด้านสิ่งของแรงงานหรือบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

นอกจากปัจจัยดังกล่าวผู้วิจัยยังได้เพิ่มปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพมีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชื่อรอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 1-25) ซึ่งต่อมาสตรีกแลนด์ (Strickland. 1978 : 1192-1211) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ มีมากน้อยเพียงใดขึ้นกับอายุ สิ่งแวดล้อม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และประสบการณ์ที่สะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น

เมื่อพิจารณาระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (นิภา มนูญิจ. 2528 : 68) และความรู้ยังส่งอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มีความรู้มากย่อมมีข้อมูลต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการกระทำของตนเองทางด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ในการที่บุคคลจะมีความรู้มากหรือน้อยเพียงใดนั้น ย่อมได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม ในด้านต่างๆ เนื่องจากจะเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคมจะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากยิ่งขึ้น (Orem. 1985) ส่วนผู้ที่มิสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงย่อมมีโอกาสในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม

ปัจจัยที่กล่าวข้างต้นย่อมได้รับอิทธิพลจากอายุของบุคคลเป็นสำคัญ จากการทบทวนทฤษฎีสามารถกำหนดโมเดลพื้นฐานได้ตามภาพประกอบ 1 โดยผู้วิจัยกำหนดให้เป็นโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1

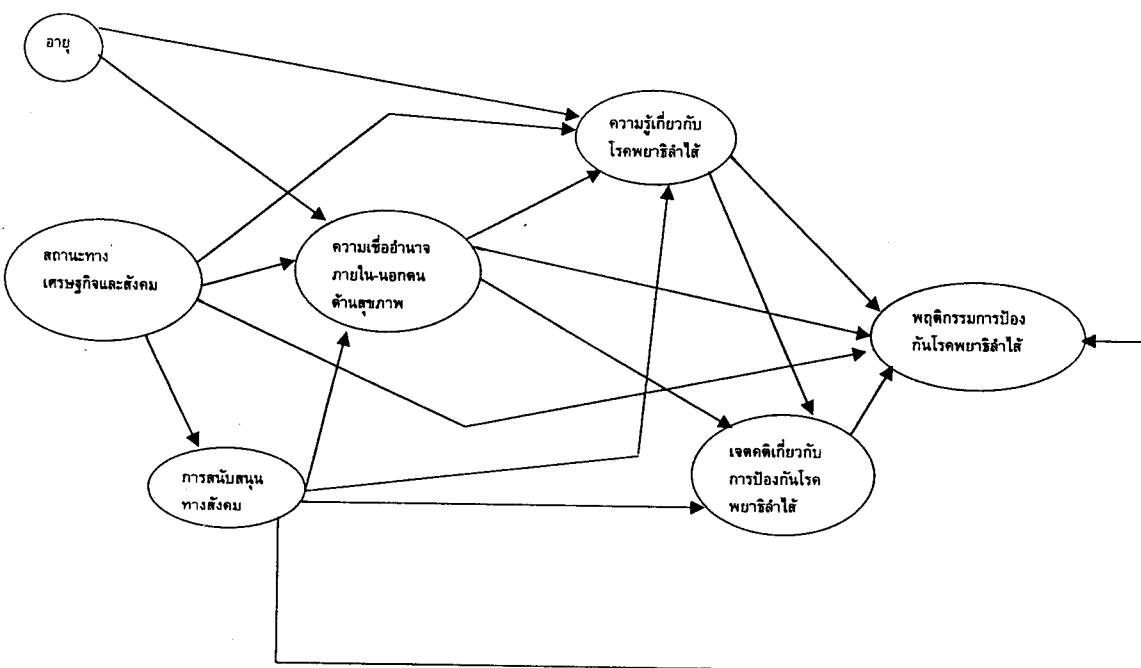


ภาพประกอบ 1 แสดงโมเดลพื้นฐานงานวิจัย หรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1

จากโมเดลพื้นฐานงานวิจัย หรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ผู้วิจัยได้พิจารณาลำดับของตัวแปรใหม่ตามลักษณะพื้นฐานของตัวแปร ซึ่งยึดตามงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้ โดยจัดให้เป็นโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 และน่าจะเป็นโมเดลที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ในโมเดลดังกล่าวผู้วิจัยกำหนดให้อายุ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยด้านชีวสังคม ส่งอิทธิพลทางตรงต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยทั้งสองเป็นปัจจัยที่ควรอยู่ในระดับเดียวกัน เนื่องจากเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลและไม่น่าส่งอิทธิพลต่อกัน ผู้วิจัยกำหนดให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลทางตรงต่อการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นที่ทราบว่าคุณค่าบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงย่อมมีโอกาสพบปะผู้คนเป็นจำนวนมาก และมีโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นอย่างดี (ต่างจากโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ที่ทั้งสองตัวแปรไม่ส่งอิทธิพลต่อกัน) นอกจากนี้ได้กำหนดให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลทางตรงต่อ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เหตุผลเช่นเดียวกับโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ส่งอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพสูงย่อมทำให้บุคคลมีความพยายามหรือสนใจที่จะหาความรู้มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพต่ำกว่า

ต่างจากโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ที่มีอิทธิพลในทิศทางตรงกันข้าม อย่างไรก็ตามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ส่งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ส่งอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 แสดงไว้ตามภาพประกอบ 2 โดยผู้วิจัยคาดว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 น่าจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลพื้นฐานหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 เนื่องจากเป็นโมเดลที่กำหนดขึ้นจากข้อมูลการวิจัยโดยตรง ดังนั้นสมมุติฐานของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 ซึ่งแสดงไว้ตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตยอยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

3. โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 โดยมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (ภาพประกอบ 2) ดังนี้

3.1 อายุ มีอิทธิพลทางตรงต่อ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

3.2 อายุมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.3 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.4 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.5 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.6 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.7 ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.8 ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.9 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ มีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.10 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.11 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคพยาธิลำไส้
 - 1.1 ระบาดวิทยาของโรคพยาธิลำไส้
 - 1.2 ผลเสียของการติดเชื้อพยาธิลำไส้
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค
3. เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ
6. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
7. ความรู้เกี่ยวกับชุมชนแออัด
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคพยาธิลำไส้

1.1 ระบาดวิทยาของโรคพยาธิลำไส้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการระบาดของพยาธิลำไส้ทั่วโลก ได้แก่ หนองพยาธิ และ โปรโตซัว โดยหนองพยาธิที่พบระบาดที่มีการระบาดอย่างกว้างขวาง ได้แก่ พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) พยาธิปากขอ (Hookworm ได้แก่ *Necator americanus* และ *Ancylostoma duodenale*) พยาธิแส้ม้า (*Trichuris trichiura*) (Bundy; & Cooper. 1989 : 107) ส่วนโปรโตซัวที่พบที่มีการระบาดอย่างแพร่หลาย ได้แก่ *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* และ *Cryptosporidium parvum* ซึ่งโปรโตซัวเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรค amebiasis, giardiasis และ cryptosporidiosis ตามลำดับ ซึ่งพบที่มีการระบาดค่อนข้างสูงในเขตอุตสาหกรรม (Bundy; et al. 1992 : 168-179) องค์การอนามัยโลก (WHO. 1987) มีการคาดการณ์ว่าประชากร 1 ใน 4 ของโลก มีการติดเชื้อพยาธิลำไส้เรื้อรัง และประชากรดังกล่าวเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดีขึ้นทำให้เกิดปัญหาความยากจน และปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา

จากการศึกษาการระบาดของหนอนพยาธิลำไส้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบว่า มีการศึกษาในแต่ละประเทศอย่างกว้างขวาง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO. 1988) คาดว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3,500 ล้านคน มีการติดเชื้อพยาธิ และ 450 ล้านคนมีอาการป่วยและส่วนใหญ่จะเป็นเด็ก ซึ่งแยกตามชนิดพบว่ามีการติดเชื้อพยาธิไส้เดือนประมาณ 1,000 ล้านคน พยาธิปากขอประมาณ 900 ล้านคน และพยาธิแส้ม้าประมาณ 500 ล้านคน และมีคนที่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิประมาณ 600 ล้านคน

การศึกษาการแพร่ระบาดของพยาธิลำไส้บริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าหนอนพยาธิที่มีการระบาดของหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินมาก ได้แก่ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอ (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) นอกจากนี้ยังพบมีการกระจายของพยาธิสตรองจิลอยเดสอยู่ทั่วไปในภูมิภาคแถบนี้อีกด้วย (Temcharoen; et al. 1979 : 552) และพบพยาธิชนิด *Capillaria philippinensis* เฉพาะในประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์เท่านั้นโดยถ้าไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ถึงแก่เสียชีวิตได้ (Bhaibulaya; Benjapong; & Noeypatimanond. 1977 : 507 ; Cross; et al. 1979 : 81) ส่วนพยาธิชนิด *Trichinella spiralis* เป็นพยาธิที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพอย่างรุนแรง พบตอนเหนือของประเทศไทยเท่านั้น (Khamboonruang; & Natewatana. 1975 : 74)

จากการสำรวจการแพร่กระจายของพยาธิในประเทศอินโดนีเซีย พบมีการกระจายของพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 72 พยาธิปากขอ ร้อยละ 59 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 73 และพยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ <1 ส่วนโปรโตซัว พบมีการกระจายของ *Entamoeba histolytica* ร้อยละ 8 *Entamoeba hartmanni* ร้อยละ 2 *Entamoeba coli* ร้อยละ 26 *Endolimax nana* ร้อยละ 7 *Isospora butschili* ร้อยละ 5 และ *Giardia lamblia* ร้อยละ 4 (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) การสำรวจการแพร่กระจายพยาธิลำไส้ในประเทศฟิลิปปินส์ พบประชาชนเป็นพยาธิลำไส้ ร้อยละ 61-99 โดยเป็นพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 48 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 74 และพยาธิปากขอ ร้อยละ 38 (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274)

รายงานเกี่ยวกับการแพร่กระจายของพยาธิลำไส้ในประเทศไทยมีการศึกษามากทางภาคใต้ของประเทศ โดยการสำรวจโรคหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัด ภาคใต้ ในปี 2532 พบประชาชนเป็นโรคหนอนพยาธิลำไส้ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดรวมกัน หนอนพยาธิที่ตรวจพบได้แก่ พยาธิปากขอ ร้อยละ 68.78 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 10.38 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 33.71 พยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 0.42 พยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 0.02 พยาธิติตที่เนี่ย ร้อยละ 0.02 และพยาธิติตแคระ ร้อยละ 0.04 (อุเทน จารณศรี; ภาสกรกิจสุขสันติกุล และเชาสิทธิ์ จีระดิษฐ์. 2532 : 391-404) และจากการเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี 2523-2524 (สมพร พฤษราช; และคนอื่นๆ. 2525 : 245) พบว่าอัตราการเป็นโรคหนอนพยาธิในภาคใต้ลดลงจากร้อยละ 84.06 เหลือร้อยละ 77.56 ส่วนการศึกษาการระบาดของพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในหมู่บ้านทุ่งสิงห์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบประชาชนเป็นพยาธิถึงร้อยละ 83.00 เป็นพยาธิปากขอ ร้อยละ 68.60 พยาธิแส้ม้า

ร้อยละ 60.4 พยาธิไส้เดือนร้อยละ 17.5 นอกจากนี้การศึกษาในบางหมู่บ้านของจังหวัดในภาคใต้พบมีการระบาดของพยาธิถึงร้อยละ 90 (Muuenoo; et al. 1998 : 40-43)

รายงานการสำรวจความชุกของพยาธิลำไส้ทั่วประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2548 ยังพบไม่มากนัก โดยพบรายงานในบางจังหวัดเท่านั้น เช่น การสำรวจความชุกในจังหวัดสุรินทร์ พบความชุกของพยาธิปากขอร้อยละ 15.54 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดแก่ 15-94 ปี (Nacapunchai; Preklang; & Yainoil. 2002 : Abstract Book) ส่วนการสำรวจความชุกของพยาธิลำไส้ในโรงเรียนชาวเขา อ.เมือง จ. เชียงใหม่ พบความชุกถึงร้อยละ 48.9 พยาธิลำไส้ที่พบได้แก่ *Entamoeba coli* ร้อยละ 40.9 *Giardia lamblia* ร้อยละ 49.2 พยาธิปากขอร้อยละ 13.5 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 8.0 พยาธิแส้ม้าร้อยละ 6.6 และพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 1.4 โดยเพศชายและหญิงมีอัตราการติดเชื้อใกล้เคียงกัน (Piangjai; Sukontason, K.; & Sukontason, K.C. 2002 : Abstract Book) นอกจากนี้การสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้ ใน อ. น้ำโสม จ. อุตรดิตถ์ พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 26.4 โดยพบว่ารายได้ ลักษณะส้วม และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้ (Garngarndee; et al. 2002 : Abstract Book)

จากการศึกษาการระบาดของพยาธิชนิดโปรโตซัว พบว่ามีการระบาดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา โปรโตซัวที่มีการระบาดมาก ได้แก่ *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* และ *Cryptosporidium parvum* ซึ่งมีการระบาดค่อนข้างสูงในพื้นที่เขตอุตสาหกรรม (Savioli; Bundy; & Tomkins. 1992 : 353-354 ; Bundy; et al. 1992 : 168-179) และยังมีรายงานพบ *Giardia lamblia* ในสัตว์เลี้ยง ได้แก่ แพะหรือแกะ เช่นกัน (Sullivan. 1979 : 105-113) อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลก (WHO. 1992) พบว่าบางชุมชนในประเทศกำลังพัฒนามีปัญหาเกี่ยวกับการระบาดของโปรโตซัวเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรโตซัวชนิด *Entamoeba histolytica* ที่ทำให้ประชากรทั่วโลกประมาณ 40,000-100,000 คนต่อปีที่ต้องตายเพราะเชื้อนี้ (Walsh. 1988)

ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเด็กมีการติดเชื้อ *Giardia lamblia* ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุประมาณ 3 ขวบ (Savioli; Bundy; & Tomkins. 1992 : 353) และในประเทศอเมริกา องค์การอนามัยโลก (WHO. 1992) รายงานว่าเชื้อนี้เป็นสาเหตุของอาการท้องร่วง และมีความสัมพันธ์กับลักษณะของน้ำที่ดื่ม ส่วนการระบาดของโปรโตซัวในประเทศอินโดนีเซีย พบว่ามีการระบาดของ *Giardia lamblia* เป็นอย่างมากโดยพบมากในคนอายุต่ำกว่า 20 ปี (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) ส่วนในประเทศฟิลิปปินส์มีการระบาดของ *Giardia lamblia* ประมาณร้อยละ 5 โดยพบระบาดในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน แต่ส่วนใหญ่จะพบในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) การติดเชื้อโปรโตซัวชนิด *Giardia lamblia* และ *Entamoeba histolytica* สามารถเป็นไปได้อย่างง่ายดายโดยการปนเปื้อนในน้ำดื่ม (Omar; & Mahfouz. 1995 : 433 ; Hussian. 1994 : 597-601) ในประเทศออสเตรเลียมีรายงานความชุกของ *Giardia lamblia* ถึงร้อยละ 36.6 (Reynoldson; et al. 1998 : 27-44) ส่วนในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบโปรโตซัวที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*

และ *Balantidium coli* ส่วนที่พบน้อยได้แก่ *Dientamoeba fragiliis* โดยมีรายงานว่า *Giardia lamblia* มีความชุกปานกลาง ส่วนโปรโตซัวที่ไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ *Entamoeba coli* , *Endolimax nana* , *Iodamoeba butshii* , *Chilomastic mesnili* และ *Trichomonas hominis* ซึ่งมีความชุกน้อยมาก (ยกเว้น *Entamoeba coli*) (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274)

1.2 ผลเสียการติดเชื้อพยาธิลำไส้

องค์การยูเนสโก พบว่าโรคพยาธิเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งในเด็กนักเรียน เพราะเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดสารอาหาร ทำให้พัฒนาการของร่างกายเป็นไปอย่างเชื่องช้า การพัฒนาการของสมอง ได้แก่ ความจำและการเรียนรู้ ตกต่ำ (Nokes; & Bundy. 1994 : 14-23) มีผู้ศึกษาในรอบ 10 ปีพบว่า การเป็นพยาธิมีผลต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก (Powlowski; & Davis. 1989 : 71) และมีการศึกษาพบว่ามีอัตราการตายจากการติดเชื้อพยาธิไส้เดือนค่อนข้างสูงในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีอัตราการตายประมาณ 2 คน ต่อผู้ติดเชื้อ 100,000 คน (WHO. 1987)

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1998) ได้พบว่าการเป็นโรคพยาธิมีผลทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anaemia) การเจริญเติบโตที่ผิดปกติ เกิดปัญหาในการพัฒนาของจิตใจและการพัฒนาการของเด็ก (Evan; & Stephenson. 1995 : 258-261) นอกจากนี้การศึกษาในประเทศโคลัมเบีย พบว่าการติดเชื้อพยาธิลำไส้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal disease) และลำไส้ใหญ่อักเสบ (colitis) โดยพบว่าการติดเชื้อพยาธิลำไส้ อาจเป็นสาเหตุของการป่วยประมาณ 10 โรค และประมาณร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายจะหมดไปกับการรักษาโรคพยาธิลำไส้ (Mettrick; & Podesta. 1974 : 183)

มีการศึกษาพบว่าการติดเชื้อพยาธิลำไส้บางชนิด เช่น โปรโตซัว มักทำให้เกิดภาวะการดูดซึมของลำไส้ 5-10 ปี ทำให้เกิดกลุ่มอาการสูญเสียการดูดซึม (Malabsorption syndrome) เช่น สูญเสียการดูดซึมสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินบี 12 (Brasitus. 1979 : 1058-1065) เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิทำให้สภาวะการเป็นกรด ต่าง ภายในลำไส้เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อพยาธิชนิด *Stongyoides stercolaris* ทำให้การดูดซึมวิตามินบี 12 ต่ำ เกิดอาการไอ อุจจาระเป็นไขมัน (steatorrhea) และมีสารโพลีเทลดลง ภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ เยื่อลำไส้อักเสบ และเกิดโรคชนิด atypical lymphoma intestinal tuberculosis (Filho. 1978 : 179 ; Berkmen; & Rabinowivitz. 1972 : 306)

พบว่าพยาธิปากขอ และพยาธิแส้ม้า เป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (Gilles. 1990 ; Cooper; et al. 1992 : S91-S103) การศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้หญิงชาวจีนประมาณ 66 ล้านคน อายุระหว่าง 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากการเป็นโรคพยาธิปากขอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อพยาธิชนิด *Ancylostoma duodenale* (Xu; et al. 1977 : 507-513) ซึ่งพยาธิชนิดนี้สามารถทำให้ร่างกายเสียเลือดประมาณ 0.67 มิลลิลิตร/ตัว/วัน (Brandborg; Sleisenger; &

Fordtran. 1978) ที่เดียว ซึ่งมีการศึกษาถึงการควบคุมการติดเชื้อพยาธิปากขอ พบว่าทำให้ลดความผิดปกติและการตายได้ (Pawlowski; Schad; & Stott. 1991)

การติดเชื้อพยาธิไส้เดือนมีผลทำให้เกิดอาการท้องร่วง ลำไส้อุดตัน ตับอ่อนหรือไส้ติ่งอักเสบ ดีซ่าน นอกจากนี้ยังทำให้การดูดซึมไนโตรเจนและไขมันผิดปกติ เยื่อบุผิวลำไส้เล็กผิดปกติ (Tripathy; et al. 1971 : 212-218 ; Tripathy; et al. 1972 : 1276) และพบว่าตัวพยาธิสามารถผลิตสารต้านภูมิคุ้มกันในกันป้องกันการทำลายจากร่างกายของผู้ติดเชื้อได้อีกด้วย (Crandall, R.B.; Crandall, C.A.; & Jones. 1978 : 30 ; WHO. 1981) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเด็กที่ติดเชื้อพยาธิไส้เดือนมากๆ จะทำให้น้ำหนักและส่วนสูงไม่ตีนัก (Mahendra Raj; et al. 1997 : 314) ซึ่งเมื่อให้ยาถ่ายพยาธิแก่เด็กแล้วพบว่าเด็กที่ได้รับยาจะมีการเติบโตเร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา (Willett; Kilam; & Kihamia. 1979 ; Strepenson. 1987)

การติดเชื้อพยาธิชนิดโปรโตซัว ได้แก่ *E. histolytica* จะทำให้เกิดโรคบิด (dysentery) เนื่องจากมันบุกรุกเข้าสู่ลำไส้ และเข้าสู่เนื้อเยื่อ จึงทำให้เกิดแผลของลำไส้ขึ้นได้ (Martinez-Palomo; & Roiz-Palacios. 1990) อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อติดโปรโตซัวชนิดนี้มักไม่ค่อยมีอาการเกิดขึ้น ส่วนการติดพยาธิโปรโตซัวชนิด *G.lambia* ส่วนใหญ่ไม่เกิดพยาธิสภาพ แต่จะเกิดได้บ้างในบางคนเท่านั้น เช่น ท้องเสีย การดูดซึมล้มเหลว และไม่สามารถป้องกันได้จากการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งจากการศึกษายังพบว่าซิสต์ของโปรโตซัวเพียงซิสต์เดียวจะสามารถแพร่เจริญออกไปได้เป็นจำนวนมาก (Bundy; et al.1992 : 168-179)

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้

มีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิในลำไส้ ได้แก่ สังคมและสิ่งแวดล้อม อายุ รายได้ ขนาดครอบครัว และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ พบว่าการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และการอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น เป็นปัจจัยสำคัญต่อการติดเชื้อพยาธิ (Mahendra Raj; et al. 1997 : 314) และการควบคุมพยาธิให้ได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การส่งเสริมการสุขาภิบาลและการส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี (Jonsuksantikul; & Imsomboon. 1996) รายงานการศึกษาพบว่าการติดเชื้อพยาธิลำไส้ไม่เกี่ยวข้องกับสังคมประชากรและสิ่งแวดล้อม แต่ขึ้นกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อ (Ahmed; et al. 1997 : 341-344) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยากลับพบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิมีความสัมพันธ์กับสุขาภิบาลที่พักอาศัย (Esrey; et al. 1991 : 609-621 ; Van Derslice; Popkin; & Briscoe. 1994 : 589-601 ; Omar; & Mahfouz. 1995 : 433-440) นอกจากนี้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ตกต่ำก็มีผลทำให้มีการติดเชื้อพยาธิได้สูง (Mata. 1982 : 871-879 ; Adekunle; Bammerke; & Lucas. 1986 : 66-68 ; Chiwuzie. 1986 : 76-79) มีผู้ศึกษาพบว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น การใช้ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะและ การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะและน้ำดื่มที่สะอาดกว่า (Rajeswari; Sinnah; & Hussein. 1994 : 21-25) ส่วนการศึกษาประชาชนในกรุงริยาด ประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าสังคมประชากรและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นพยาธิ และพบว่าประชาชนที่อาศัยในเขตเมืองมี

อัตราการเป็นโรคพยาธิลำไส้สูงกว่าประชาชนในชนบท และแหล่งน้ำที่ใช้มีผลต่ออัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ (Al-Shammari; et al. 2001 : 184-189) นอกจากนี้ น้ำที่เก็บและมีอุณหภูมิที่เย็นจะเก็บรักษาซิสต์ของโปรโตซัวได้เป็นอย่างดี (Khairy. et al. 1982 : 57-76 ; Mahmud. et al. 1995 : 84-88)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค

พฤติกรรมสุขภาพในทางพฤติกรรมศาสตร์หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนในทางสังคมศาสตร์ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นพฤติกรรมที่ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย และการรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว (ศิริกร โพธิ์ศรี. 2530 : 211)

มีการแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท (มัลลิกา มติโก. 2530 : 11) ได้แก่ พฤติกรรมในภาวะปกติและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

2.1 พฤติกรรมในภาวะปกติ

พฤติกรรมในภาวะปกติเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance)

การดูแลส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติดของบุคคลที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ปราศจากความเจ็บป่วย ดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิथाส่วนบุคคลที่ดี การตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นต้น ซึ่งการดูแลส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่ร่างกายแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention)

การป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรค ได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอด เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวมุ่งเน้นการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง และ 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมาย เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของโรคไปยังบุคคลอื่น

2.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคล เมื่อมีความเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความสนใจ สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น (เจตนา คันธาทิพย์ 2544 : 16 ; อ้างอิงจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 165)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค จะทำให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Pender. 1987 : 38) นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 57) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปมี 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านการปฏิบัติ ส่วนการเกิดพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการศึกษา และปัจจัยด้านการเมือง เป็นต้น โดยปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 173-185) โดยโรเซนบลัมและคณะ (Rosenblum; Stone; & Skipper. 1981 : 338) กล่าวว่าความเชื่อมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจภายในและอำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมของบุคคล ก็นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่างๆ ทั้งจากครอบครัว และกลุ่มบุคคลอื่นในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว ที่มีปลูกฝังนิสัยการรับประทานบางอย่าง เช่น การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182)

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าในกลุ่มประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) ส่วนประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ทำให้มีโอกาสได้รับการศึกษาที่ดี โดยการศึกษาจะทำให้มีความรู้ที่ถูกต้อง มีความสามารถในการเลือกปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นต้น

พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลจะเกิดขึ้นอธิบายได้ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of reasoned action) ซึ่งฟิชเบนและเอจเซน (Fishbein; & Ajzen. 1975) ได้สร้างขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลจากความตั้งใจ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า "มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่ตนมีอยู่อย่างเป็นระบบ และมนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนลง

มือกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมหนึ่ง" โดยได้รับอิทธิพลจากตัวกำหนด 2 ตัว คือ เจตคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเจตคติต่อพฤติกรรมเป็นการประเมินผลทางบวก-ลบของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Fishbein; & Ajzen. 1975 : 999-1011)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมักใช้ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้จะมีความซ้ำซ้อนกันอย่างเห็นได้ชัดระหว่างแนวคิดและกลวิธีที่ใช้ การป้องกันโรคนี้อาจจำกัดความที่แยกออกว่า หมายถึงกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บเฉพาะบางโรค หรือเพื่อเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยลดความไวต่อการติดเชื้อของคน การป้องกันระดับปฐมภูมิมุ่งไปสู่การป้องกันการอุบัติขึ้นของความผิดปกติ การป้องกันทุติยภูมิมุ่งที่จะสกัดกั้นหรือหน่วงเวลาการเกิดโรคภัยไข้เจ็บโดยการตรวจพบแต่ต้นและให้การรักษาที่เหมาะสม หรือเพื่อการลดอุบัติการณ์ซ้ำของโรคหรือลดสภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง การป้องกันโรคภายใต้บริบทดังกล่าวถือเป็นกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข ที่จัดให้กับกลุ่มปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างเห็นได้ชัด โดยประกอบไปด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การชี้แนะสุขภาพ (Health advocacy) และการรณรงค์เพื่อสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ยังเป็นเป้าหมายสำคัญของการป้องกันโรค โดยทั่วไปการให้สุขศึกษาเป็นวิธีการที่ได้นำมาใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ภายใต้กรอบที่กว้างขวางกว่าของการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงอาจถูกมองในลักษณะของการตอบสนองหรือกลไกที่ช่วยให้รับมือกับสภาพการครองชีพที่พลิกผันได้ กลวิธีที่จะแก้ไขจะต้องรวมถึงการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9. 2545? : 9-25)

3. เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

คำจำกัดความของเจตคติ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2533) ได้รวบรวมคำจำกัดความของเจตคติไว้ในแง่มุมต่างๆ มีทั้งฐานคติทางแนวคิดทฤษฎีที่ต่างกันและจุดเน้นที่ต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามพอจะแยกแนวคิดต่างๆ ออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. เจตคติ คือ การประเมินหรือปฏิกิริยาความรู้สึก โดยกลุ่มแรกนี้ ถือว่า เจตคติของคนหนึ่งต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็คือ ความรู้สึกชอบพอหรือไม่ชอบพอของเขาต่อสิ่งนั้นหรือเรื่องนั้น กลุ่มนี้เน้นความรู้สึกชอบพอเป็นแง่มุมหลัก หนึ่งในแนวคิดที่จัดอยู่ในกลุ่มแรกนี้ คือ แนวคิดของหลุยส์ เฮอร์สโตน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533 อ้างอิงจาก Thurstone, 1928) ผู้ซึ่งบุกเบิกมาตรวัดเจตคติ โดยเขากล่าวว่า เจตคติเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบของบุคคลที่มีต่อวัตถุทางจิตวิทยา โดยแต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป

2. เจตคติ คือ ความพร้อมที่จะกระทำในเฉพาะทาง กลุ่มนี้มีความซับซ้อนกว่ากลุ่มแรก โดยถือว่า เจตคติคือความพร้อมที่จะแสดงตอบหรือกระทำในเฉพาะทางต่อสิ่งของหรือเรื่องที่เป็นเป้าของเจตคติ หนึ่งในแนวคิดนี้คือ กอร์ดอน ออลพอร์ต (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

2533 อ้างอิงจาก Allport. 1935) ซึ่งได้เสนอว่า เจตคติคือความพร้อมทางจิตประสาทซึ่งก่อตัวจากผลของประสบการณ์ มีอิทธิพลในการกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลนั้น ที่มีต่อทุกสิ่ง และทุกสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย

3. เจตคติ เป็นผลรวมของความคิด ความรู้สึก และความโน้มเอียงในการกระทำ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความคิดกว้างและครอบคลุมมากกว่าอีก 2 กลุ่มข้างต้น คำจำกัดความตามกลุ่มนี้ จึงเป็นคำจำกัดความที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางและทั่วไปมากที่สุด โดยให้ความหมายของเจตคติว่า เจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนใดคนหนึ่ง หรือความคิดใดความคิดหนึ่ง เป็นระบบถาวร ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบของความรู้ ความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ เจตคติเป็นระบบที่เป็นผลรวมของความคิดความเข้าใจ ความรู้สึก และการกระทำของเขามีสื่อเฉพาะเรื่องนั้น

4. เจตคติ ตามกรอบแนวคิดของโรคิช กล่าวว่า เจตคติ คือ องค์รวมที่ค่อนข้างจะคงที่ถาวรของความเชื่อหลายความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งรวมกันแล้วทำให้เกิดความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่ได้เลือกสรรแล้วด้วยความพอใจ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533 อ้างอิงจาก Rokeach, 1986)

ส่วนในประเทศไทยนั้นประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 224) ให้ความหมายของเจตคติว่าเป็นความเห็นที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างยิ่งต่อสถานการณ์ภายนอก ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ความคิดเห็นของบุคคลซึ่งมีทิศทางที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดจากคุณค่า อารมณ์ ความคาดหวัง การรับรู้ ซึ่งแสดงออกในรูปของพฤติกรรมและสามารถบอกความแตกต่างของความรู้สึกได้

องค์ประกอบของเจตคติ

ชอว์และฟิลิป (Shaw; & Philip. 1985 : 245) ได้แบ่งองค์ประกอบของเจตคติไว้ 3 ด้าน คือ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เชิงประมาณค่า (cognitive component) 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) 3) องค์ประกอบด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action tendency) นอกจากนี้องค์ประกอบหนึ่งของเจตคติได้แก่ ความเชื่อต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรค และมีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ (Becker; & Maiman. 1975 : 10-18)

1. องค์ประกอบด้านความรู้เชิงประมาณค่า (cognitive component) องค์ประกอบด้านนี้จะต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นประการแรก ตั้งแต่การรับรู้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้นมุกน้อยเพียงใด รู้ว่าสิ่งนั้นมีคุณโทษ หรือ ดีเลว อย่างไร ยกตัวอย่างเช่น ตนจะมีเจตคติต่อ บุหรี่ ได้ จะต้องรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไม่รู้ก็ไม่มีเจตคติเกิดขึ้น ซึ่งองค์ประกอบด้านนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ (2532) จัดให้อยู่ในขั้นตอนของการรับ (Receiving) ซึ่งเป็นความสามารถในการรู้จักหรือความไวในการรับรู้สิ่งต่างๆ ซึ่งจำแนกเป็น 3

ลักษณะคือ การรับรู้ ความรู้สึกเต็มใจที่จะรับรู้ และการควบคุมความสนใจต่อสิ่งเร้า อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบด้านความรู้นี้นับว่ามีความสำคัญอย่างมากทั้งในแง่ของการมีเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ เพราะผู้ที่ขาดความรู้ย่อมถูกเปลี่ยนได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการรับรู้กว้าง

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากของเจตคติ เพราะเป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ว่าชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ สิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด ความสำคัญขององค์ประกอบนี้ได้ทำให้นักวิจัยบางคนวัดเจตคติโดยวัดแต่องค์ประกอบนี้เพียงองค์ประกอบเดียว แต่ความจริงแล้วองค์ประกอบทางความรู้สึกนี้โดยทั่วไปแล้วจะสัมพันธ์กับอีกสององค์ประกอบ เช่น คนที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดพอที่จะเกิดเจตคติได้ ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอก่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้น และย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับความพร้อมที่จะประพฤติปฏิบัติออกมาเป็นการกระทำขององค์ประกอบถัดไป

3. องค์ประกอบด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action tendency หรือ Behavioral component) เมื่อคนมีความรู้สึกเชิงประเมินและมีความรู้สึกชอบพอกหรือไม่ชอบพอส่ใดสิ่งหนึ่งแล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้สึกเชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

การวัดเจตคติ

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์ (เจตนา คันธาทิพย์. 2544 อ้างอิงจาก บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์. 2527 : 66) กล่าวถึงการวัดเจตคติว่า เจตคติและองค์ประกอบของเจตคติเป็นส่วนประกอบที่เป็นความรู้หรือความเชื่อ ส่วนที่เป็นความรู้สึกหรือการประเมิน และส่วนที่เป็นพฤติกรรม ทำให้การวัดต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบ และต้องวัดเป็นภาพรวมๆ โดยพิจารณาจากกิริยาท่าทางการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายประการรวมกัน มิใช่วัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งของบุคคล นอกจากนั้นการวัดเจตคดียังคงต้องบ่งบอกถึงปริมาณ (Magnitude) ความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้าและทิศทาง (Direction) ที่บอกว่ามีเจตคติในทางบวกหรือทางลบ

หลักในการวัดเจตคตินั้น อาจวัดได้จากองค์ประกอบหนึ่งหรือจากทุกองค์ประกอบพร้อมๆ กัน ซึ่งมี 2 ลักษณะ ดังนี้ (เจตนา คันธาทิพย์. 2544 อ้างอิงจาก ถวิล ชาราโกชน. 2525 : 78-79)

1. ทิศทาง (Direction) มี 2 ทิศทางคือ ทางบวกและทางลบ ซึ่งทางบวก หมายถึง การประเมินค่าของความรู้ ความรู้สึก และการกระทำในทิศทางที่ดี และการกระทำในทางลบ หมายถึง การประเมินค่าของความรู้ ความรู้สึก และการกระทำที่ไม่ดี

2. ปริมาณ (Magnitude) เป็นความเข้มข้นหรือความรุนแรงของเจตคติในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์

อย่างไรก็ตามเจตคติที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบ

สนองต่อโรคพยาธิไส้ โดยนำปัจจัยร่วมต่างๆ เข้ามาทำการศึกษา ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่จะกล่าวถึงเป็นลำดับต่อไป โดยการวัดเจตคติของการศึกษารังนี้ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยกำหนดความเข้มหรือความรุนแรงในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ตามหลักการวัดเจตคติดังกล่าวข้างต้น

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (สมบุรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2535) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 171)

โรเซนสต็อค ฮอคบวม คีเกลส์ และลีเวนทอล (Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; & Leventhal. 1950 อ้างอิงจาก สมบุรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2535) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสนามชีวิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin. 1951 อ้างอิงจาก สมบุรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2535) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่บุคคลเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974 : 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค

เบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975 : 12) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สมบุรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2535)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker; Drachman; & Kirscht. 1974 : 205-216)

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อนแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker. 1984 : 44) สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบาย ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 แต่ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker. 1984 : 44) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายหรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือหัวหน้าชุมชน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีการศึกษาและงานวิจัยมากมาย ทั้งนักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติ การรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสนามพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ตราบเท่าที่การปฏิบัตินั้นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกว่าโรคคุกคามตนคือ

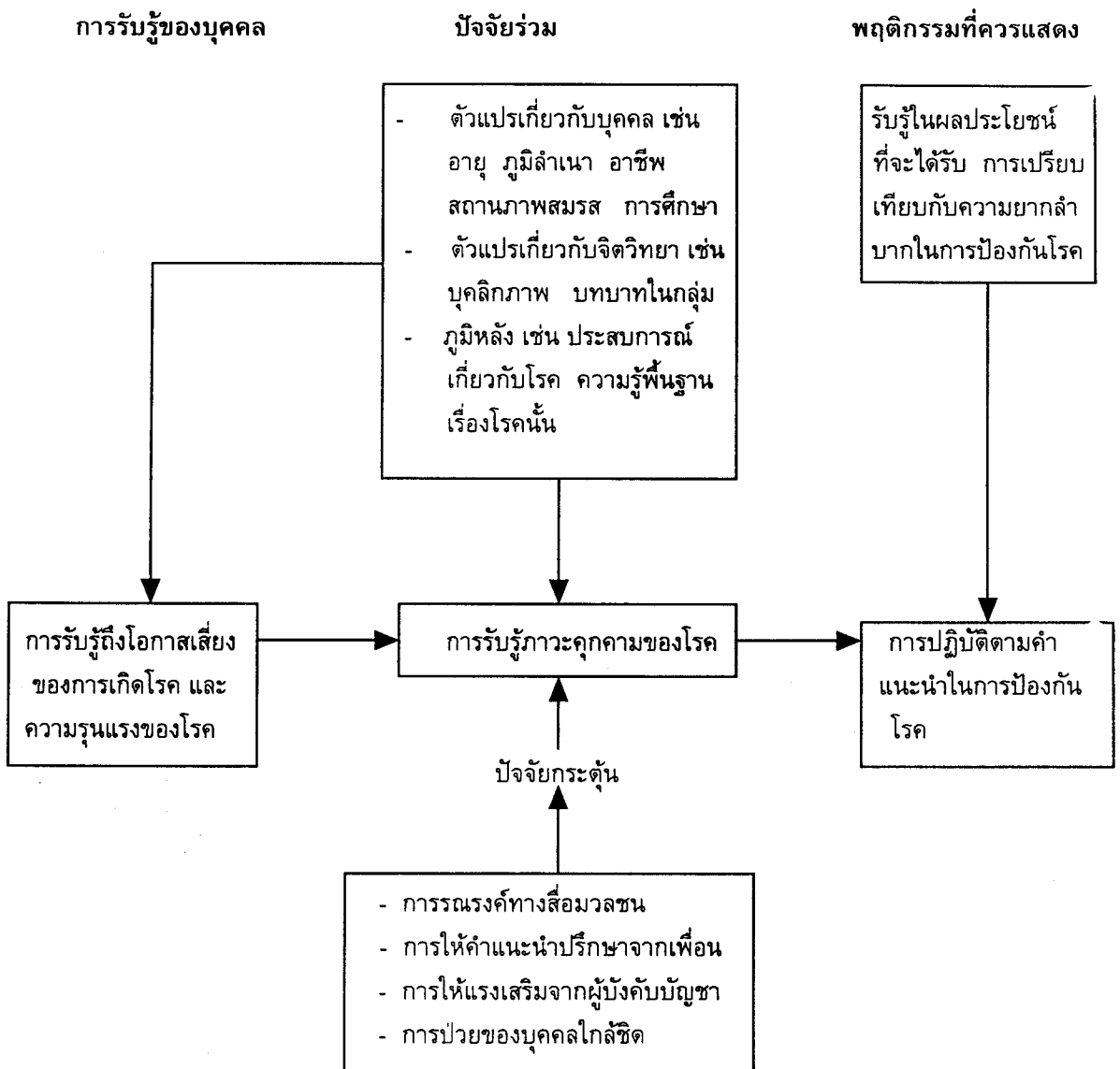
ตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้มีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman. 1975 : 3-24)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยการตัดสินใจจากการรับรู้สภาวะคุกคามของโรค ซึ่งก็ขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาได้ตรงจากสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชักนำจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Becker, M.H.; & Maiman, L. (1975, January). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health Medical Care Recommendation. *Medical Care*. 13(1) : 12.

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกือบทั้งหมด ซึ่งคาดว่าจะมีอิทธิต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และเพื่อความเข้าใจที่ง่ายขึ้น ผู้วิจัยได้รวมบางปัจจัยเข้าไว้ด้วยกัน ทำให้ได้ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยร่วมมาทำการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่พบว่าปัจจัยดังกล่าวทั้งสองมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นอย่างมาก

5. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ

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

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีกมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland. 1978)

นอกจากนี้ สตรีกแลนด์ (Strickland, 1978 : 1192-1211) ยังกล่าวสรุปถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การต่อต้านการคล้อยตามอิทธิพลของสังคม การค้นหาข้อมูลและการทำงานตามภาระกิจ ความสำเร็จและความสามารถ และพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนจะเริ่มพัฒนาจากเด็กไปจนเป็นผู้ใหญ่ โดยความเชื่ออำนาจภายในตนมีมากขึ้นตามอายุแต่จะต่ำลงในวัยชรา และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประสบการณ์ที่สะสม ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอีกด้วย (Strickland, 1977 : 259)

มีการพัฒนาสร้างแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองมาโดยตลอด โดยรอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 220) ได้ปรับปรุงเป็นแบบ I-E scale (Internal-External Locus of Control scale) ต่อมา ลีเวนสัน ได้พัฒนาการวัดดังกล่าว เป็น 3 มิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน (I) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (P) และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (C) โดยใช้มาตราประมาณค่าของลิเกอร์ต และได้ทำการทดสอบอำนาจการจำแนกของแบบวัด พบว่าแบบ P และ C มีความ

สัมพันธ์กันภายในพหุสมการ ($r=0.59$) แต่เป็นอิสระกับแบบวัด I ต่อมาวอลสตันและคณะ (Wallston, K.A.; Wallston, B.S.; & Devillis. 1978) จึงได้พัฒนาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกทางด้านสุขภาพขึ้นอีก โดยสร้างแบบวัดความเชื่อเป็น 3 มิติ เรียกว่า แบบวัดความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimension Health Locus (MHLC) Scale) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยในการใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ต้องคำนึงเสมอว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน อาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น การรับรู้ต่างๆ เจตคติ และปัจจัยด้านประชากร เป็นต้น

แนวความคิดเรื่องความเชื่ออำนาจการควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. 2532 : 100) นอกจากนี้ การศึกษาของฮาร์ทแมนและคณะ (Kennedy; Probart; & Dorman. 1991 : 319-329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพได้ นอกจากนี้จากการวิจัยของเนเมค (Nemeck. 1990 : 117-236) สรุปว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตนทางสุขภาพ และค่านิยมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ส่วนซินด์เลอร์ - เวอร์เน็ต และไวส์ (Zindler-Wernet; & Weiss. 1987 : 160-179) ศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ

แครนดอลล์ และลาคีย์ (Crandall; & Lacey. 1972 : 1123-1131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน กับตัวแปรต่างๆ พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน มีความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้คาร์เมน (Carment. 1974 : 45-60) พบว่า วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนอีกด้วย

จอณะจง เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน และปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำแบบวัดของกรรณิการ์ กัณธรักษา (2527) มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กรรณิการ์ กัณธรักษา (2527 : 136-137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะ

สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ กองทัพอากาศที่ 3 ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากงานวิจัยที่กล่าวทั้งหมดจะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านการป้องกันโรค จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในงานวิจัยครั้งนี้

6. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม

สมบุรณ์ ขอสกุล และสงครักษ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2535 : 43) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นกลุ่มคน จึงเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แคพเพลน โรบินสัน และเฟรนช์ (Caplan; Robinson; & French. 1976 : 39-42) ได้ให้คำจำกัดความว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร สิ่งของ/แรงงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์ (House. 1981) ได้แบ่งประเภทพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย
2. การสนับสนุนในการให้ประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องให้การรับรอง (Affirmation)
3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) การให้ข่าวสาร
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะเป็นองค์กร และเป็นเครือข่ายเฉพาะบุคคล โดยลักษณะเป็นองค์กร ได้แก่ กลุ่มคนทำงาน หรือกลุ่มให้บริการ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวมกันมีเป้าหมายเดียวกัน มีภารกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น (Pender, 1987 : 393-395) โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (สมจิต หนูเจริญกุล; วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดย บราวน์ และ แมค เอลเวิน (สมจิต หนูเจริญกุล; วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543 อ้างอิงจาก Brown. 1986 : 4-9 ; Mac Elveen, 1987 : 319-337) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะมีมากน้อยต่างกันขึ้นกับภาวะสุขภาพ และความต้องการของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 396) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประการ ประการแรกได้แก่ ด้านสนับสนุน (support) หมายถึงการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น สิ่งของ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประการที่สองด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ ผู้รับนำกลับมาพิจารณาว่าตนจะอย่างไร จึงจะบรรลุตามจุดมุ่งหมาย

มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับการบริการจากแพทย์/พยาบาลเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง จึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราการตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 586)

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีการศึกษาโดยคอบบ์และแคสเซล (Cobb. 1976 : 300-313 ; Cassel. 1974 : 471-482) พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยายังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่ายเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย

คอบบี (Cobb. 1976 : 300-313) และแลงกลี (Langlie. 1977 : 244-260) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

การวัดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้วิจัยในต่างประเทศ ได้เสนอแนวทางในการสร้างเครื่องมือการวัดการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภท ซึ่งเครื่องมือที่ได้มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่ผู้วิจัยแต่ละคนใช้เป็นหลักในการสร้างเครื่องมือของเขา โดยแบรนต์และไวเนอร์ (Brandt; & Weinert. 1981 : 277-280) ได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม เรียกว่า "The Personal Resource Questionnaire (PRQ)" โดยยึดมโนทัศน์รูปแบบหน้าที่ของความสัมพันธ์ ของไวส์ (Weiss) โดยมีหน้าที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) มีเครื่องชี้วัดว่าเรามีคุณค่า 2) การที่เรามีส่วนร่วมในสังคม 3) การมีความผูกพัน / ใกล้ชิด 4) การมีโอกาสได้รับการดูแล 5) การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ ทางด้านอารมณ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีการวัดการสนับสนุนทางสังคมหลายทิศทาง (Multidimensional) ซึ่งเครื่องมือการวัดการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด (สาวิตรี เทียนชัย. 2539 : 32-34)

ต่อมาได้มีการสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยบราวน์ (Brown. 1986 : 4-9) สร้างขึ้นโดยใช้แนวความคิดในการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House. 1981) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ โดยแบบสอบถามจะให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองว่า ฟังพอใจในพฤติกรรมของผู้ให้การสนับสนุนมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนของลิเกิต 6 อันดับ นอกจากนี้ยังให้ผู้ตอบระบุถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยึดตามลักษณะดังกล่าวโดยได้ดัดการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบออกตามแบบสอบถามของแคปแลน (Caplan. 1976 : 39-42) ที่ได้ดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

โดยสรุปจะเห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้มีกระจายอยู่ทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อน ซึ่งประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการแพร่กระจายของพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง โดยโรคพยาธิลำไส้เป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเกิดพยาธิสภาพต่างๆ เป็นจำนวนมาก ทั้งที่ร้ายแรงและไม่ร้ายแรง นอกจากนี้โรคพยาธิลำไส้ยังทำให้เกิดผลทางอ้อม โดยทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีส่วนสำคัญที่จะป้องกันบุคคลจากการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 ที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคมามากกว่าการรักษา พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคจะเกิดขึ้นได้นั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางด้านจิตลักษณะ ได้แก่

ความรู้ เจตคติ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้ให้ความสนใจพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนขนาดใหญ่ และมีปัญหาต่างๆ มากกว่าชุมชนอื่นๆ ประกอบกับเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพยาธิลำไส้ ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อค่อนข้างสูง ดังนั้นพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จึงมีความสำคัญต่อประชาชนในชุมชนดังกล่าวในการหลีกเลี่ยงต่อการติดโรคชนิดนี้

7. ความรู้เกี่ยวกับชุมชนแออัด

ความหมายของชุมชนแออัด

“ชุมชนแออัด” เป็นคำที่เปลี่ยนแปลงมาจากคำว่า “สลัม” เมื่อปี พ.ศ. 2525 โดยคำว่า “ชุมชนแออัด” ในความหมายของกระทรวงมหาดไทย หมายถึง สภาพของย่านเคหะสถาน หรือบริเวณที่พักอาศัยในเมืองที่ประกอบด้วย อาคารเก่าแก่ทรุดโทรม หรือบริเวณที่สกปรกรุงรั้ง ประชากรอยู่กันอย่างแออัด ผิดสุขลักษณะต่ำกว่ามาตรฐานที่สมควร ทำให้การดำเนินชีวิตความเป็นอยู่แบบครอบครัวตามปกติวิสัยมนุษย์ไม่อาจดำเนินไปได้ เพราะไม่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ (อคิน รพีพัฒน์. 2541 : 20)

การเคหะแห่งชาติ ให้คำจำกัดความว่า “ชุมชน แออัด” หมายถึง บริเวณพื้นที่ที่มีสภาพไม่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำขัง อับชื้นหรือสกปรก มีปริมาณผู้อยู่อาศัยอยู่อย่างแออัด อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ความปลอดภัย หรืออาจก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมาย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ทั้งนี้โดยมีความหนาแน่นของอาคารที่อาศัยในชุมชนในเขตเมืองหลวง หรือเมืองใหญ่ ระดับตั้งแต่ 30 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ ไม่ว่าจะพื้นที่ดินนั้นจะมีเจ้าของหรือไม่ก็ตาม (พรธงงาม เเงาธรรมสาร; และมานะ ชัยชู. 2540 : 136)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2530) ให้ความหมายของชุมชนแออัดว่า หมายถึง ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่นไร้ระเบียบและชำรุดทรุดโทรม ประชากรอยู่กันอย่างแออัดมีสภาพไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย และเป็นชุมชนที่มีปัญหาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัญหาในชุมชนแออัด

อรรถวรรณ สุทธางกูร (2540) ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่า ที่อยู่อาศัยเป็นองค์ประกอบสำคัญและพบว่าความมั่นคงในที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงน้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาพรวมคุณภาพชีวิตของครัวเรือนในชุมชนแออัดมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยดีนัก

สภาพแวดล้อมภายในชุมชนแออัด ประกอบไปด้วยการระบายน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน การจัดเก็บขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม สภาพเสื่อมโทรม มีหนู แมลงสาบ และยุงเป็นจำนวนมาก โดยสัตว์ดังกล่าว

กล่าวสามารถเป็นตัวเก็บกักและแพร่เชื้อโรคได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้พบว่าภายในชุมชนแออัดมีการระบายอากาศได้ไม่ดี ทำให้เกิดสภาพความอับชื้นเนื่องจากมีการท่วมขังของน้ำทิ้งและการหมักหมมของขยะ ทำให้ชุมชนดังกล่าวเป็นแหล่งเจริญของเชื้อโรคได้เป็นอย่างดี (ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533) โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขของพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิปากขอจะฟักเป็นตัวอ่อนก่อนที่จะไชเข้าสู่คนนั้นต้องอาศัยพื้นดินที่อบอุ่นและชื้น เป็นต้น (สมชัย บวรกิตติ; จอห์น พี ลอฟกัส; และกฤษฎา ศรีสำราญ . 2542)

จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) พบว่าจำนวนครัวเรือนภายในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 90,659 ครัวเรือน มีประชากร 534,685 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร เป็นชาย 257,503 คน เป็นหญิง 277,182 คน พบว่ามีผู้อยู่อาศัยเฉลี่ย 6 คน/ครัวเรือน นับว่าค่อนข้างแออัดเมื่อเทียบกับครัวเรือนโดยทั่วไปของกรุงเทพมหานครที่มีผู้อยู่อาศัยเฉลี่ย 4 คน/ครัวเรือน รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนประมาณ 11,997 บาท/เดือน และจากการสำรวจยังพบว่าประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัดต้องรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและคนชราสูงกว่าประชากรวัยแรงงานทั่วไปของกรุงเทพมหานคร ทำให้เป็นการรับภาระที่หนักจนอาจทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว โดยรายงานระบุว่าฐานะทางเศรษฐกิจของคนในชุมชนส่วนมากค่อนข้างยากจน ถึงแม้ว่าจะบุคคลมีรายได้ปานกลางเป็นจำนวนมากแต่ก็ต้องรับผิดชอบต่อผู้ไม่มีงานทำ และมีภาระหนี้สินประมาณ 43,335 บาท/ครัวเรือน ส่วนด้านการศึกษาในร้อยละ 71 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หัวหน้าครอบครัวร้อยละ 46 ทำงานเป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 37 ทำงานธุรกิจส่วนตัวที่ไม่มีลูกจ้าง โดยประชาชนในชุมชนแออัดมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกไล่ที่ ทำให้ขาดความมั่นคงในที่อยู่อาศัย (ค่าคะแนนความมั่นคงเท่ากับ 7 จากคะแนน 16)

ชุมชนคลองเตย

ชุมชนคลองเตย เป็นชุมชนแออัดที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศไทย (หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายสัปดาห์ 2536 : 63) มีพื้นที่ทั้งหมด 310 ไร่ เป็นที่ลุ่มบึงลึก ที่อยู่อาศัยติดต่อกันเป็นผืนใหญ่รูปพระจันทร์ในแนวทิศตะวันออก - ตะวันตก ด้านใต้เป็นถนนอาจนรงค์และทางด่วน ด้านตะวันตกติดกับการท่าเรือแห่งประเทศไทยและแม่น้ำเจ้าพระยา โดยลักษณะของประชากรในชุมชนแออัดคลองเตย ส่วนใหญ่เป็นชาวไร่ชาวนาที่อพยพมาจากภาคกลาง รongลงมาเป็นชาวอีสาน และเป็นคนยากจนในกรุงเทพมหานครที่ถูกไล่ที่มาจากที่อื่น ทุกคนต้องหาที่อยู่อาศัยตามอัตภาพ เมื่อพบที่ว่างเปล่าที่เป็นที่ดินของการท่าเรือก็หาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ พอที่จะใช้สร้างที่อยู่อาศัยได้ เช่น เศษไม้ กระดาษหนาๆ เป็นต้น จัดสร้างที่อยู่อาศัยพอที่จะอยู่ได้ ดังนั้นจึงพบว่าประชาชนในชุมชนคลองเตยจึงมีสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน (อคิน รพีพัฒน์. 2525) ส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงานเป็นกรรมกรรับจ้างทั่วไป เช่น กรรมกรแบกหาม ช่างไม้ ช่างปูน ช่างก่อสร้าง ค้าขายรายย่อย ประกอบหัตถกรรมครัวเรือน ขับรถรับจ้าง และรับจ้างทั่วไปบริเวณใกล้เคียง บริเวณชุมชนแออัดคลองเตยมีแหล่งงานเป็นจำนวนมาก นอกจากการทำเรือแล้วยังมี โรงฆ่าสัตว์ คลังน้ำมัน โกดัง อยู่

รถเมล์หลายสาย ตลาดขนส่งคลองเตย โรงงานผงซักฟอก และโรงกึ่ง เป็นต้น (กริ่งแก้ว เลขาบุญเสถียร. 2537)

จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) พบว่าจำนวนชุมชนในเขตคลองเตยมีจำนวนทั้งสิ้น 32 ชุมชน แต่มีศูนย์บริการสาธารณสุขเพียง 2 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐเพียง 2 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ซึ่งมีเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับเขตอื่น ดังนั้นการดูแลสุขภาพและการได้รับการแนะนำทางด้านสุขภาพจึงมีโอกาสนั้นไปได้น้อย และเมื่อประกอบกับปัญหาของชุมชนที่มีมากพออยู่แล้วจึงทำให้ประชาชนในชุมชนคลองเตยมีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคพยาธิไส้สำไส้เป็นอย่างดี

ระบาดวิทยาในชุมชนแออัด

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยา เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมีอยู่ค่อนข้างน้อย ซึ่งประชาชนในชุมชนแออัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการติดเชื้อและแพร่กระจายโรคได้ค่อนข้างง่าย พบว่าร้อยละ 80 ของเมืองใหญ่ทั่วโลก อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และร้อยละ 60 ของเมืองเหล่านี้มีชุมชนหรือเขตสลัมเกิดขึ้น (String. 1990 : 277-281) สาเหตุของการเกิดแหล่งชุมชนดังกล่าวเกิดจากการอพยพของประชาชนในชนบทเข้าสู่เขตเมืองและมาอาศัยกันหนาแน่นในบริเวณเดียวกัน ทำให้แหล่งที่อยู่อาศัยดังกล่าวมีประชากรมากเกินไป น้ำดื่มและสุขาภิบาลที่ด้วยคุณภาพ และไม่มีการกำจัดน้ำเสียที่ถูกต้อง จึงทำให้ประชาชนในชุมชนแออัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยค่อนข้างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อพยาธิในไส้ (Hussain; Keramat; & Kvale. 1999 : 758)

การศึกษาอัตราการตายของเด็กในชุมชนแออัดในเมืองดากา ประเทศบังกลาเทศ พบว่าโรคหนึ่งที่เป็นปัญหามาก ได้แก่ โรคท้องร่วง สาเหตุเกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระในอาหาร คาดว่าเด็กประมาณ 3 ล้านคนต่อปี ตายเพราะโรคนี (Kolsky; & Blunmenthal. 1995 : 132-139) และสาเหตุหนึ่งเกิดจากการเป็นโรคพยาธิไส้เดือนซึ่งมีสาเหตุมาจากดื่ม น้ำและสุขาภิบาลที่ไม่สะอาด นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตรอดของเด็ก (Esrey. et al. 1991 : 609-621)

ชาวชุมชนแออัดกับการย้ายถิ่น

อรรวรรณ สุทธางกูร (2540) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร โดยทำการสำรวจใน 46 ชุมชน พบว่าผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัดเป็นผู้ที่มาจากการย้ายถิ่น สูงถึงร้อยละ 64.6 และพบว่าสมาชิกในครัวเรือนภายในชุมชนแออัดประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ที่มาจากการย้ายถิ่น ส่วนอัตราการย้ายถิ่นของครัวเรือนมีประมาณร้อยละ 0.46 (ชุมชนด้านทิศใต้) ซึ่งการย้ายถิ่นดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการแพร่กระจายโรคพยาธิไส้สำไส้เข้าสู่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิที่ระบาดในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

จากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 ทั้วราชอาณาจักร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543) พบว่า ประชากรทั่วประเทศมีการย้ายถิ่น (ภายใน 5 ปี) สูงถึง 3,823,810 คน (ร้อยละ 6.2) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครในช่วงเวลาสำรวจ เป็นผู้ที่มาจากการย้ายถิ่น 526,373 คน ช่วงอายุที่มีการย้ายถิ่นมากที่สุดคือ 20-24 ปี รองลงมาคือ 25-29 ปี และ 30-39 ปี ตามลำดับ ซึ่งนับว่าเป็นวัยแรงงาน และเป็นวัยที่มีการตั้งครอบครัว นอกจากนี้จากรายงานยังระบุว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้ายถิ่นมากกว่าภาคอื่นๆ เรียงจากลำดับสูงลงไป ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี อุตรธานี บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ฯลฯ ซึ่งผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้ต้องการเข้ามาหางานทำ และต้องการที่พักอาศัยที่หาได้สะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่ายมากนัก โดยส่วนหนึ่งก็ได้เข้าไปพักอาศัยในชุมชนแออัดนั่นเอง

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นั้น ยังไม่พบมีการศึกษาไว้ แต่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอื่น ได้แก่ การศึกษาของทวิตักต์ กสิผล (2541 : 102-115) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ตามตัวแปร คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและจำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสาร ทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และยังทำการศึกษปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดชลบุรีอีกด้วย จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนอยู่ระดับปานกลาง พบว่าประชาชนที่อายุน้อย มีการปฏิบัติตนดีกว่าผู้สูงอายุมาก นอกจากนี้พบว่าการศึกษา และอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ส่วนแหล่งความรู้ข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความรู้และเจตคติ ส่วนการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงนั้น พบว่า ปัจจัยทางด้าน เพศ ไม่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดย กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) พบว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี และมารดาที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ จำนวนบุตรที่ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 131-147) เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติในการป้องกันโรคระดับดีแต่การปฏิบัติในระดับถูกต้องน้อย นอกจากนี้พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความรู้ในการป้องกันโรคดีกว่ามารดาอายุต่ำกว่า ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ จำนวนบุตรที่ต้องดูแลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดา

เจตนา คันทาทิพย์ (2544) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่ามารดามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับสูง เจตคติของการป้องกันอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดี และเมื่อทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ พบว่าอายุของมารดามีผลต่อความรู้ แต่ไม่มีผลต่อเจตคติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยอายุมากมีเจตคติดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย และเมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการปฏิบัติพบว่าอายุของมารดามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ส่วนระดับการศึกษา และอาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ

อาลี และเบนเนท (Ali; & Bennett. 1992 : 23-32) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูงพุน ทำการศึกษาในสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันโรคกระดูงพุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและการพักผ่อน และพบว่าการพักผ่อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการพักผ่อน กับกิจวัตรประจำวันที่ส่งเสริมสุขภาพ

จริยากร ดิษยจินดา (2541) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ของมารดาและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชนก่อสร้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง พบว่าภายหลังจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้แก่มารดา เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในบุตรพบว่ามารดามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ และมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี

หทัยรัตน์ ริมประพันธ์ (2543) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าเจตคติทางตรงและเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สุวารัตน์ กิจสมักร (2539) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นเกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยด้วยกัน โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคแต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านชีวสังคม จิตลักษณะ และสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยทางด้านชีวสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่เด่นชัด

ได้แก่ อายุ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ส่วนปัจจัยทางด้านจิตลักษณะ ส่วนที่มีความเกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนทางด้านสุขภาพ โดยเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้นำตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ในส่วนของปัจจัยทางด้านจิตลักษณะ ผู้วิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนทางด้านสุขภาพ มีอิทธิพลอย่างสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรค จึงได้ให้ความสำคัญของปัจจัยดังกล่าว อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดมีการส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรงหรืออิทธิพลทางอ้อมอย่างใดนั้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สามารถกำหนดทิศทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ได้โมเดลตามภาวะสันนิษฐาน 2 โมเดล คือ โมเดลพื้นฐานหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 (ภาพประกอบ 1 หน้า 14) และโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 (ภาพประกอบ 2 หน้า 15) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำโมเดลตามภาวะสันนิษฐานทั้งสองไปทำการวิเคราะห์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไปว่าโมเดลใดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากที่สุดต่อไป โดยได้กำหนดสมมุติฐานว่าโมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 น่าจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1

โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1

จากภาพประกอบ 1 ในหน้า 14 แสดงโมเดลตามภาวะสันนิษฐาน 1 หรือโมเดลพื้นฐานที่ได้จากการทบทวนเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตามโมเดลนี้อายุเป็นตัวแปรภายนอก ส่งอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการสนับสนุนทางสังคมส่งอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เรื่องโรคพยาธิและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และยังส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ ส่งอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติ ความเชื่ออำนาจตนทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และยังส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ผ่านไปทางเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพอีกด้วย และเมื่อพิจารณาเจตคติและความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพจะเห็นว่ามียิ่งอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2

โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 หรือโมเดลทางเลือก (ภาพประกอบ 2 หน้า 15) ตามการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจัดให้อายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นตัวแปรภายนอกส่งอิทธิพลถึงตัวแปรภายในต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอก ตกด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลโดยตรงต่อการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอก ตกด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และยังส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอก ตกด้านสุขภาพส่งอิทธิพลโดยตรงต่อ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยผ่านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อีกด้วย และเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยจัดให้มีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้และมีทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยเจตคติมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เพียงทางเดียวเท่านั้น โดยคาดว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 น่าจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 เนื่องจากเป็นโมเดลที่ได้มาจากการสังเคราะห์งานวิจัยจากสภาพจริงที่เกิดขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นประชาชนกลุ่มอายุต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักหรือแฟลต ระหว่างเดือนมกราคม 2547 ถึง เดือน พฤษภาคม 2547 จำนวนทั้งสิ้น 67,315 คน (สำนักงานเขตคลองเตย. 2546) (ประมาณจาก ประชากรทุกกลุ่มอายุซึ่งมีจำนวน 92,646 คน)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นลำดับขั้น (Multistage Random Sampling) สุ่มโดยการจับฉลากศึกษาจำนวน 10 ชุมชน ชุมชนละ 30 หลังคาเรือน แบ่งการกระจายของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละเท่าๆ กัน ในช่วงอายุต่างๆ ได้แก่ 15-20 , 21-30 , 31-40 , 41-50, 50-60 และมากกว่า 60 ปี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการประมาณค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (วิลเลียม กุศลวิศิษฐ์กุล. 2528)

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 N^2 Q_x^2}{Z^2 \alpha/2 Q_x^2 + Nd^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของกลุ่มประชากร (67,315 คน)

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด คือ $\alpha/2 = .025$ Z = 1.96

Q_x^2 = ความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
จากประชากร 30 ราย = $(9.22)^2$

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ยของ
พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ = $.1Q = 0.92$ คะแนน

แทนค่าในสูตรจะได้

$$n = \frac{(1.96)^2 (67,315) (9.22)^2}{(1.96)^2 (9.22)^2 + (67,315)(0.92)^2}$$

$$= \frac{21,971,616}{57,301} = 383.44 = 383$$

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างให้เป็นจำนวนเต็ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ เป็นไปตามข้อเสนอแนะของงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ ที่มีผู้เสนอแนะว่าจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาควรมีประมาณ 20 คน ต่อ 1 ตัวแปร สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 7 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงควรมีอย่างน้อย 140 คน แต่เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเป็น 400 คน (Kline. 1998 : 112) แต่เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 200 คน รวมเป็น 600 คน ได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างคืน จำนวน 445 คน จากนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ได้จำนวน 400 ชุด ซึ่งตรงกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มโดยวิธีแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ตามลำดับดังนี้

1. คัดเลือกชุมชนในเขตคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยการจับฉลากให้ได้ 10 ชุมชน จากจำนวนทั้งสิ้น 40 ชุมชน ชุมชนที่สุ่มได้ ได้แก่ ชุมชนลือ 1-2-3 ชุมชนหมู่บ้านพัฒนา 70 ไร่ ชุมชนร่มเกล้า ชุมชนพัฒนาใหม่ ชุมชนบ้านกล้วย ชุมชนแฟลต 11-18 ชุมชนร่วมใจสามัคคี ชุมชนแฟลต 23-24 ชุมชนริมคลองสามัคคี และชุมชนพัฒนาใหม่
2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแจกแบบสอบถามให้แก่ประชาชนที่อาศัยในแต่ละชุมชน โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยแจกแบบสอบถามกระจายทั่วบริเวณต่างๆ ของชุมชน จำนวนแบบสอบถามที่แจกคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของประชากรในชุมชนนั้นๆ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบไปด้วยแบบสอบถามเพื่อใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามด้านชีวสังคม
2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
3. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
4. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
6. แบบสอบถามลักษณะของสื่อที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
7. แบบสอบถามลักษณะสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อมที่พิกอาศัย
8. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

เครื่องมือดังกล่าวมีรายละเอียดการสร้าง เกณฑ์การให้คะแนน และการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ศึกษาดังนี้

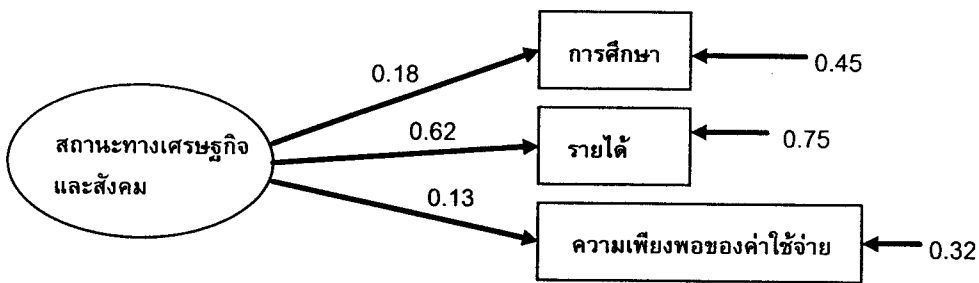
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านชีวสังคม

แบบสอบถามทางด้านชีวสังคมเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (การศึกษา รายได้ ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย) ภูมิสำเนาเดิม ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ โดยเพศ อายุ อาชีพ ภูมิสำเนาเดิม และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ประเมินจากค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประเมินโดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

ในการวัดเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยไม่ได้รวมอาชีพไว้ในกลุ่มของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากการศึกษาจำนวนมากพบว่าตัวแปรอาชีพไม่ได้แสดงถึงการมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี และไม่สามารถวัดได้อย่างแน่นอนว่าบุคคลอาชีพใดจะมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่ากัน ดังนั้นอาชีพของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามจึงใช้ในการบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ดังนั้นจึงมีเพียงตัวแปรสังเกตเพียง 3 ตัว ที่นำมาวิเคราะห์สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายเท่านั้น

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis หรือ CFA) ด้วยการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลการวัดของตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (ตัวแปรแฝง) จากตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่ การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย (ตัวแปรสังเกต) พบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ภาพประกอบ 4) ผลการทดสอบค่าไคสแควร์เท่ากับ 84.50 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 3 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.000

ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.85 และดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.49 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.34 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 21.75 โดยการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย สามารถอธิบายความแปรปรวนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ร้อยละ 37, 81, และ 31 ตามลำดับ ดังนั้นในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้แยกตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรแฝงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเนื่องจากความไม่กลมกลืนของโมเดลการวัดดังกล่าว



Chi-square = 84.50, df = 3, P-value = 0.00000, RMSEA = 0.342

ภาพประกอบ 4 ผลการวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลการวัดตัวแปรกลุ่มสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ โดยยึดตามเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศและคนอื่นๆ (2539) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกัน และการรักษา โดยเป็นคำตอบถูก ผิด จำนวน 11 ข้อ และเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน

การประเมินเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิ ประเมินจากค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

เป็นคำถามแบบเป็นลำดับ ยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman. 1975) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ ดัดแปลงตัวอย่างแบบสอบถามจากเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541) (ทำการศึกษาอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.65)

รูปแบบของคำถามประกอบไปด้วยองค์ประกอบของความเชื่อ 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 6 ข้อ (ข้อคำถามที่ 6,7,9,11,24,25) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้จำนวน 13 ข้อ(ข้อคำถามที่ 5,10,16,17,19,20,21,22,23,26,27,29,30) และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 11 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1,2,3,4,8,12,13,14,15,18,28) ข้อคำถามทั้งหมดเป็นแบบประมาณค่า 5 ลำดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนั้นจะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 30-150 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเลย

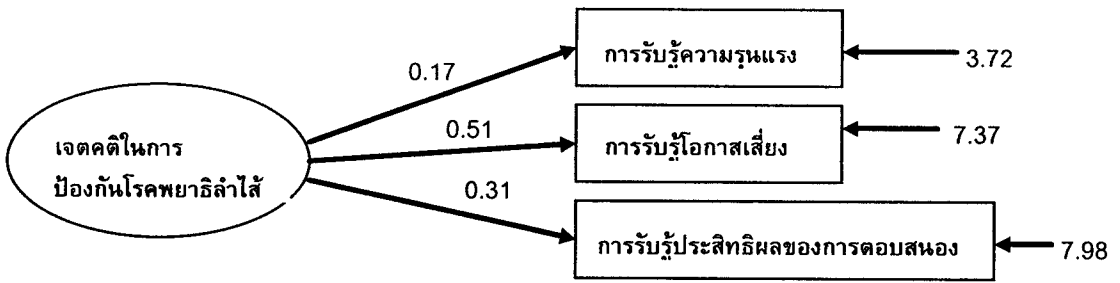
มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ประเมินจากค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ขององค์ประกอบย่อยทั้งสามองค์ประกอบ (ตัวแปรสังเกต) ที่เป็นตัววัดของเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตัวแปรแฝง) ด้วยการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลการวัดเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการทดสอบค่าค่าไคสแควร์เท่ากับ 161.93 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 3 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.000 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.74 และดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.14 ส่วนค่ารากกำลัง

สองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.478 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 7.73 (ภาพประกอบ 5) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สามารถอธิบายความแปรปรวนเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ร้อยละ 86, 59 และ 68 ตามลำดับ ดังนั้นในการวิเคราะห์หือทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในบทที่ 4 ผู้วิจัยจึงไม่แยกกลุ่มตัวแปรสังเกตใน การวัดตัวแปรแฝงเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้เนื่องจากความไม่กลมกลืนของโมเดลการวัดดังกล่าว



Chi-square = 161.93, df = 3, P-value = 0.00000, RMSEA = 0.478

ภาพประกอบ 5 ผลการวิเคราะห์หือทธิปัจจัยประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์หือทธิพลของโมเดลการวัดตัวแปรกลุ่มเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนทางด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของ กาญจนนา ปฏิยุทธ์ (2541) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดของเบอร์แมน และเบอร์แมน (Berman; & Berman. 1991) โดยสุริย์ กาญจนวงศ์ เป็นผู้แปล แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ (สุริย์ กาญจนวงศ์ ได้ศึกษาปัจจัยบางประการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในประเทศไทย (กรณีศึกษาที่จังหวัดลำปาง) จำนวน 240 ราย ข้อคำถาม 10 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82 ส่วนการศึกษาของกาญจนนา ปฏิยุทธ์ เกี่ยวกับค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 163 ราย ได้ดัดแปลงข้อคำถามรวมเป็น 13 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.64) ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของกาญจนนา ปฏิยุทธ์ มาใช้ในการศึกษา เนื่องจากเป็นข้อคำถามทางด้านสุขภาพเช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้

แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก (ความเชื่ออำนาจภายในตน) 6 ข้อ (ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7 11, 13) และคำถามด้านลบ (ความเชื่ออำนาจภายนอกตน) 7 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 8, 9, 10, 12) เป็นมาตรา

ส่วนประเมินค่า 5 ลำดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนั้นจะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 13 คะแนน ถึง 65 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเลย

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้

	ข้อความที่วัดการควบคุมภายในตน		ข้อความที่วัดการควบคุมภายนอกตน	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	5	คะแนน

การประเมินความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ประเมินจากคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง อย่างไรก็ตามในการวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการแยกองค์ประกอบของการวัดตัวแปรดังกล่าว เนื่องจากในการวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ นั้นข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบจะมีความเกี่ยวเนื่องและมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามเป็นอย่างมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่ยึดตามแนวคิดของแคพเพลน (Caplan, 1976 : 39-42) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านสิ่งของแรงงานและบริการ จำนวน 6 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 ลำดับคือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย ไม่จริง ดังนั้นจะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 19-95 คะแนน

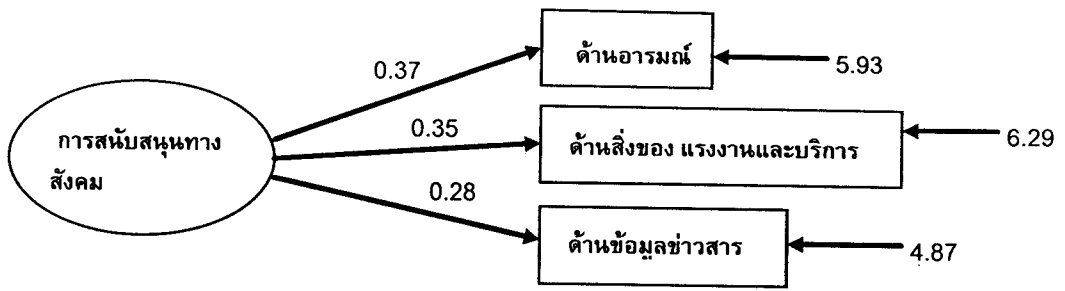
จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ตอบมากที่สุด
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ตอบมาก
จริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ตอบปานกลาง
จริงน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ตอบน้อย
ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ตอบ

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
จริงมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
จริงมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
จริงปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
จริงน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่จริง	1 คะแนน	5 คะแนน

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินจากค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (ภาพประกอบ 6) ด้วยการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลการวัดของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงานและบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการทดสอบค่าค่าไคสแควร์เท่ากับ 156.20 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 3 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.000 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.75 และดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.16 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.469 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 6.39 โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงานบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถอธิบายความแปรปรวนการสนับสนุนทางสังคมได้ ร้อยละ 71, 67 และ 62 ตามลำดับ ดังนั้นในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้แยกตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากความไม่กลมกลืนของโมเดลการวัดดังกล่าว



Chi-square = 156.20, df = 3, P-value = 0.00000, RMSEA = 0.469

ภาพประกอบ 6 ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดล การวัดตัวแปรกลุ่มการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามลักษณะของสื่อที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นการได้รับข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ทางสื่อต่างๆ วิเคราะห์โดยการหาความถี่ และค่าร้อยละ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเองจำนวน 13 ข้อ ยึดตามเนื้อหาของพิชิต สกุลพรหมณ์ (2531) โดยได้ดัดแปลงนำเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้เท่านั้น คำถามเป็นชนิดให้เลือกตอบ เป็นคำถาม 5 ตัวเลือกจำนวน 6 ข้อ คำถาม 4 ตัวเลือกจำนวน 3 ข้อ คำถาม 3 ตัวเลือก จำนวน 4 ข้อ วิเคราะห์โดยการหาความถี่ และค่าร้อยละ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้

เป็นแบบสอบถามที่ยึดหลักตามเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศ และคณะ (2539) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมกรรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมกรรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมกรเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ลำดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ทำเลย โดยเป็นคะแนนที่ได้ระหว่าง 20-100 คะแนน

ทุกครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบทุกครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบบ่อยครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบเป็นบางครั้ง

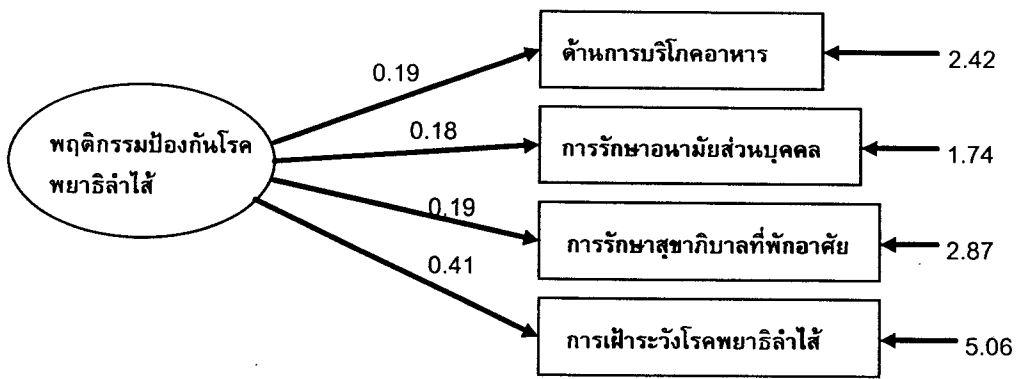
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับกรปฏิบัติของผู้ตอบน้อยมาก
ไม่ทำเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับกรปฏิบัติของผู้ตอบเลย

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
เป็นบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ประเมินจาก ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

จากการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลการวัดของตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ด้วยตัวแปรสังเกต 4 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรักษานามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ พบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ภาพประกอบ 7) ผลการทดสอบค่าไคสแควร์เท่ากับ 177.40 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 6 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.000 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.77 และดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.42 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.35 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 10.07 โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรักษานามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ สามารถอธิบายความแปรปรวน พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ร้อยละ 52, 59, 49 และ 71 ตามลำดับ ดังนั้นในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้แยกตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรแฝงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เนื่องจากความไม่กลมกลืนของโมเดลการวัด



Chi-square = 177.40, df = 6, P-value = 0.00000, RMSEA = 0.351

ภาพประกอบ 7 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดล การวัดตัวแปรกลุ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

การตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 8 ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกถนนทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยทำการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมของกลุ่มคำถามที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์จากงานวิจัยที่มีผู้เคยทำการศึกษาในตัวแปรเดียวกัน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจากการศึกษาในอดีต และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันที่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้างต้น

2. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 8 โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกถนนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของสื่อที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พื้กอาศัย และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจแก้ไขความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมถูกต้องก่อนนำไปใช้

3. หาความยากง่ายและอำนาจการจำแนก (Difficulty and Discrimination) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ นำไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ด้วยค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซรียล (Point biserial correlation) แล้วทำการคัดเลือกข้อที่มีความยากง่ายระดับปานกลาง (ค่าความยากง่ายควรมีค่าระหว่าง 0.20-0.80) และมีค่าอำนาจการจำแนกสูง (ค่าอำนาจการจำแนกควรมีค่าระหว่าง 0.20-1.00) ไว้จำนวน 17 ข้อ (จากข้อทดสอบ 30 ข้อ) โดยข้อคำถามที่

เลือกไว้มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.37-0.87 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-0.47 อย่างไรก็ตามเนื่องจากต้องการให้คำถามในส่วนนี้มีจำนวน 20 ข้อ จึงมีความจำเป็นต้องเลือกข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีก 3 ข้อ ซึ่งข้อที่เลือกมีความยากง่ายอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีค่าอำนาจการจำแนกต่ำกว่า 0.20 จำนวน 3 ข้อ (มีค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.07 จำนวน 2 ข้อ และ 0.13 จำนวน 1 ข้อ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามดังกล่าวให้มีความเหมาะสมต่อค่าอำนาจการจำแนกมากขึ้น โดยทำการปรึกษาอาจารย์ที่สอนวิชาปาราสิตวิทยา

4. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเตอร์ ริชาร์ดสัน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538) ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5 และ 8 ได้แก่แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-coefficient) (Cronbach, 1970 : 161) จากนั้นทำการตัดข้อคำถามที่ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคต่ำออก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของข้อคำถามที่มีความเชื่อมั่นสูงควรมีค่าเข้าใกล้ 1) ภายหลังจากการตัดข้อคำถามแล้ว นำแบบสอบถามแต่ละส่วน และแบบสอบถามทั้งฉบับมาทำการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้ง พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.84 แบ่งได้เป็น แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ (20 ข้อ) มีค่าเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (30 ข้อ) มีค่าเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ (13 ข้อ) มีค่าเท่ากับ 0.69 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (19 ข้อ) มีค่าเท่ากับ 0.81 และ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (20 ข้อ) มีค่าเท่ากับ 0.80 โดยจะเห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม มีค่าเป็นบวกและเข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีความเชื่อมั่นค่อนข้างสูงและสามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือติดต่อองค์กรต่างๆ และหัวหน้าชุมชนภายในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายในเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2547 โดยแจกแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 600 ฉบับ ใน 10 ชุมชนที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบสอบถามในแต่ละชุมชนให้กระจายทั่วชุมชนโดยการเดินแจก และบางส่วนฝากให้แก่หัวหน้าชุมชนดำเนินการแจกให้ โดยอธิบายวิธีการกรอกแบบสอบถามให้ทราบอย่างละเอียด พร้อมทั้งนัดหมายวันที่จะมารับแบบสอบถามคืน

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ในวันที่นัดหมาย จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ คัดเลือกเฉพาะฉบับที่มีความสมบูรณ์เท่านั้น

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล

ภายหลังการคัดเลือกแบบสอบถามแล้ว ดำเนินการจัดกระทำกับข้อมูลดังนี้

1. การลงรหัส เมื่อได้ข้อมูล จะทำการตรวจสอบแยกแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์อีกครั้ง

พร้อมทั้งสร้างคู่มือการลงรหัส (Coding Form)

2. การเก็บข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์

3. ตรวจสอบความถูกต้องของการเก็บข้อมูล จากข้อมูลที่ได้ลงไว้แล้วในเครื่อง

คอมพิวเตอร์

4. ดำเนินการประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและการทดสอบสมมุติฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส สำหรับโปรแกรมวินโดวส์ เวอร์ชัน 11.0 (Statistical Package for The Social Sciences for Windows /SPSS version 11.0) และโปรแกรมสำเร็จรูปลิสเรล เวอร์ชัน 8.30 (Lisrel 8.30) โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคมและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในข้อ 2 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยวิธีวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

4. ตรวจสอบโมเดลหรือรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ด้วยการวิเคราะห์อิทธิพล (Path analysis) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์ (Path coefficient) ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความกลมกลืนของโมเดล

ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบด้วยค่าต่างๆ ดังนี้ (เนงลักษณ์ วิรัชชัย. 2537)

ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics) ทดสอบสมมติฐานว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าสูงมากแสดงว่า แสดงว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโมเดลไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าค่าต่ำยิ่งใกล้ศูนย์มาก แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness-of-Fit Index หรือ GFI) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจากโมเดลก่อนปรับและหลังปรับโมเดล มีค่าระหว่าง 0-1 ยิ่งมีค่าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness-of-Fit Index หรือ AGFI) เป็นการนำดัชนี GFI มาปรับแก้ โดยคำนึงถึงขนาดขององศาอิสระ มีค่าระหว่าง 0-1 ยิ่งมีค่าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation หรือ RMSEA) ทั้งก่อนปรับและหลังปรับโมเดลถ้ามีค่าใกล้ศูนย์แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืน

ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤต (Critical number หรือ CN) ถ้ามีค่าเกิน 300 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืน

Q - Plot เป็นกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าควอนไทล์ปกติ ถ้าได้กราฟมีความชันมากกว่าเส้นแท่งมุม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีดัดแปลงโมเดล (Model modification indices) เป็นค่าที่มีประโยชน์ในการปรับโมเดลเป็นค่าสถิติเฉพาะสำหรับพารามิเตอร์แต่ละตัว มีค่าเท่ากับไคสแควร์ที่จะลดลงเมื่อกำหนดให้พารามิเตอร์ตัวนั้นเป็นอิสระ ค่านี้เป็นค่าที่แสดงให้ทราบว่าเมื่อเพิ่มหรือลดเส้นทางใดเส้นทางหนึ่งจะทำให้โมเดลมีความกลมกลืนเปลี่ยนไปอย่างไร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการจัดแบ่งเป็น 4 ตอน ตามลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติพื้นฐาน เพื่อให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีลักษณะทางชีวสังคมและลักษณะโดยทั่วไปของสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยและการได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆว่าเป็นเช่นใด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าสถิติร้อยละ

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เพื่อวิเคราะห์รายละเอียดเบื้องต้นของตัวแปรต่างๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษา โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง ของตัวแปร

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ โดยทำการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปรเบื้องต้น

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร กับข้อมูลเชิงประจักษ์

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ

AGE	แทน	อายุ
TSOCIO	แทน	สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม
TSOSUP	แทน	การสนับสนุนทางสังคม
TLOCUS	แทน	ความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพ
TKNOW	แทน	ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
TATTI	แทน	เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
TBEHAV	แทน	พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
X1	แทน	อายุ
X2	แทน	ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย

Y1	แทน	การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ สิ่งของ แรงงาน บริการ และ ข้อมูลข่าวสาร
Y2	แทน	ความเชื่ออำนาจภายในและนอกตนด้านสุขภาพ
Y3	แทน	ความรู้
Y4	แทน	การรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
Y5	แทน	การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
%	แทน	ค่าคะแนนเป็นร้อยละ
Skew	แทน	ค่าความเบ้
Kurt	แทน	ค่าความโด่ง
C.V.	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย
χ^2	แทน	ค่าไคสแควร์
df	แทน	องศาแห่งความอิสระ
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
GFI	แทน	ค่าดัชนีบอกระดับความกลมกลืน
AGFI	แทน	ดัชนีบอกระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว
RMSEA	แทน	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย
CN	แทน	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
DE	แทน	อิทธิพลทางตรง
IE	แทน	อิทธิพลทางอ้อม
TE	แทน	อิทธิพลรวม
*	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
**	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
***	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้นจำนวน 600 ฉบับ จากชุมชนที่แจกทั้งสิ้น 10 ชุมชน ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 445 ฉบับ (ร้อยละ 74.16) ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ได้จำนวน 400 ฉบับ (ร้อยละ 66.66) โดยจำนวนแบบสอบถามในแต่ละชุมชนได้สัดส่วนกับจำนวนประชากรในชุมชนนั้นๆ คือประมาณร้อยละ 0.4 ของจำนวนประชากรในชุมชน

จากการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามพบว่าเป็นเพศชายจำนวน 132 คน (ร้อยละ 34.00) เพศหญิงจำนวน 256 คน (ร้อยละ 66.00) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 65.3) รองลงมา ได้แก่ 15-20 ปี (ร้อยละ 13.9) 41-50 ปี (ร้อยละ 13.6) 51-60 ปี (ร้อยละ 4.1) และ มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 42.3) รองลงมาได้แก่ แม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 24.5) อาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 14.5) นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 13.0 และราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5.6 เท่านั้น (ตาราง 1)

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.4) และประถมศึกษา (ร้อยละ 30.1) รองลงมาได้แก่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 15.0) ต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 7.8) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ ในด้านรายได้ของตนเองพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 2,500-5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 35.3) และ 5,001-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 32.6) รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน (ร้อยละ 18.9) 10,001-20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 10.7) 20,001-30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 2.2) และ มากกว่า 30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ ส่วนรายได้รวมครอบครัวต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 36.4) รองลงมาได้แก่ 2,500-5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 24.3) 10,001-20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 19.5) ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน (ร้อยละ 9.0) 20,001-30,000 (ร้อยละ 8.2) และ มากกว่า 30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 2.6) ตามลำดับ โดยผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวว่าไม่เพียงพอ (ร้อยละ 44.9) เพียงพอ (ร้อยละ 43.9) และมีเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 11.2) ตามลำดับ (ตาราง 1) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่อาศัยภายในชุมชนมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 59.7) รองลงมาได้แก่ 5-10 ปี (ร้อยละ 21.4) โดยผู้ที่อาศัยภายในชุมชนไม่ถึง 5 ปี ประมาณร้อยละ 18.9 และพบว่าส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 62.3) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.3) ภาคเหนือ (ร้อยละ 6.6) ภาคตะวันออก (ร้อยละ 5.3) ภาคใต้ (ร้อยละ 2.3) และอื่นๆ (ร้อยละ 2.3) ส่วนจำนวนสมาชิกที่อาศัยภายในครอบครัวนั้นพบว่าโดยส่วนใหญ่มีประมาณ 3-4 คน (ร้อยละ 52.0) รองลงมาได้แก่ 5-6 คน (ร้อยละ 28.8) มากกว่า 6 คน (ร้อยละ 12.1) และ 1-2 คน (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแยกตามลักษณะทางชีวสังคม

ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	132	34.00
หญิง	256	66.00
2. อายุ		
15-20 ปี	54	13.9
21-31 ปี	121	31.1
31-40 ปี	133	34.2
41-50 ปี	53	13.6
51-60 ปี	16	4.1
มากกว่า 60 ปี	12	3.1
3. อาชีพหลัก		
รับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน	166	42.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	22	5.6
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	96	24.5
นักเรียน/นักศึกษา	51	13.0
อื่นๆ	57	14.5
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	30	7.8
ประถมศึกษา	116	30.1
มัธยมศึกษา	179	46.4
ปริญญาตรี	58	15.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.8
5. รายได้ตนเองต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,500 บาท	69	18.9
2,500-5,000 บาท	129	35.3
5,001-10,000 บาท	119	32.6
10,001-20,000 บาท	39	10.7
20,001-30,000 บาท	8	2.2
มากกว่า 30,000 บาท	1	0.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. รายได้รวมครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,500 บาท	34	9.0
2,500-5,000 บาท	92	24.3
5,001-10,000 บาท	138	36.4
10,001-20,000 บาท	74	19.5
20,001-30,000 บาท	31	8.2
มากกว่า 30,000 บาท	10	2.6
7. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว		
เพียงพอ	173	43.9
เพียงพอและเหลือเก็บ	44	11.2
ไม่เพียงพอ	177	44.9
8. จำนวนสมาชิกทั้งหมดภายในครอบครัว		
1-2 คน	28	7.1
3-4 คน	206	52.0
5-6 คน	114	28.8
มากกว่า 6 คน	48	12.1
9. แหวงของชุมชนที่อาศัย		
คลองเตย	319	79.8
พระโขนง	68	17.0
คลองตัน	13	3.3
10. ระยะเวลาที่อาศัยภายในชุมชน		
ไม่ถึง 1 ปี	17	4.3
1-2 ปี	23	5.8
3-4 ปี	35	8.8
5-10 ปี	85	21.4
มากกว่า 10 ปี	237	59.7

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. ภูมิลำเนาเดิม		
ภาคเหนือ	26	6.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	84	21.3
ภาคกลาง	246	62.3
ภาคใต้	9	2.3
ภาคตะวันออก	21	5.3
อื่นๆ	9	2.3

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 2) พบว่าโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่ในบ้านที่ทำด้วยไม้ (ร้อยละ 43.3) รองลงมาได้แก่ บ้านตึก (ร้อยละ 29.0) ครึ่งตึกครึ่งไม้ (ร้อยละ 20.3) วัสดุถาวร (ร้อยละ 5) และวัสดุไม่ถาวร (ร้อยละ 2.0) โดยผู้ที่ตอบว่าเป็นบ้านตึกส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในแฟลต อย่างไรก็ตามจากการสังเกตสภาพโดยทั่วไปพบว่าโดยส่วนใหญ่บ้านพักจะทำด้วยไม้และมีสภาพไม่มั่นคง ส่วนจำนวนห้องนอนในบ้านพักอาศัยส่วนใหญ่มีประมาณ 1 ห้อง (ร้อยละ 37.3) รองลงมาได้แก่ 2-3 ห้อง (ร้อยละ 28.0) ไม่มีห้องเป็นสัดส่วน (ร้อยละ 24.3) 3-4 ห้อง (ร้อยละ 6.3) และมากกว่า 4 ห้อง (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ ส่วนจำนวนห้องส้วมภายในบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดตอบว่ามีเพียง 1 ห้อง (ร้อยละ 79.3) รองลงมาได้แก่ 2 ห้อง (ร้อยละ 14.8) มากกว่า 3 ห้อง (ร้อยละ 2.8) 3 ห้อง (ร้อยละ 2.0) และไม่มีห้องส้วม (ร้อยละ 1.0) ตามลำดับ โดยผู้ที่ตอบว่าภายในบ้านมีห้องส้วมมากกว่า 3 ห้อง เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในองค์กรเอกชนและสถานรับเลี้ยงเด็ก เกี่ยวกับลักษณะส้วมที่ใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดตอบว่าส้วมที่ใช้เป็นส้วมซีม (ร้อยละ 64.0) รองลงมาได้แก่ ส้วมชักโครก (ร้อยละ 23.8) และส้วมหลุม/ถัง (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ ส่วนน้ำดื่มที่ใช้รับประทานโดยส่วนใหญ่เป็นน้ำประปาภายในบ้าน (ร้อยละ 44.5) และน้ำบรรจุขวด (ร้อยละ 28.8) มีบางส่วนที่ดื่มน้ำดื่มสุก (ร้อยละ 17.0) และส่วนน้อยที่ดื่มน้ำประปารอบนอกบ้าน (ร้อยละ 7.0) และดื่มน้ำฝน (ร้อยละ 0.5) โดยจะเห็นว่าลักษณะส้วมและน้ำดื่มค่อนข้างถูกหลักสุขภาพ

ด้านการกำจัดขยะของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเกือบทั้งหมดตอบว่าส่งให้รถเทศบาล (ร้อยละ 78.3) โดยตอบว่าใส่ภาชนะทิ้งไว้ไม่มากนัก (ร้อยละ 18.5) มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ทำการเผา (ร้อยละ 2.3) หรือฝัง (ร้อยละ 0.5) ส่วนการกำจัดน้ำเสียภายในบ้านมักระบายลงแหล่งน้ำสาธารณะ (ร้อยละ 54.8) และปล่อยทิ้งบริเวณบ้าน (ร้อยละ 23.0) นอกจากนี้จากการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความสะอาดภายในบ้านของตนเอง พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่าค่อนข้างสะอาด (ร้อยละ

51.0) และสะอาด (ร้อยละ 39.8) การระบายอากาศภายในบ้านส่วนใหญ่ตอบว่าระบายได้ปานกลาง (ร้อยละ 53.8) และระบายได้ดี (ร้อยละ 40.5) ส่วนสัตว์รบกวนภายในบ้านส่วนใหญ่ตอบว่ามีปานกลาง (ร้อยละ 38.3) และน้อย (ร้อยละ 35.3) และบางส่วนตอบว่ามีมาก (ร้อยละ 19.5) และไม่มี (ร้อยละ 6.3) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากการสังเกตจากผู้วิจัย เกี่ยวกับการระบายอากาศภายในบ้าน การกำจัดขยะ และการระบายน้ำ ภายในบ้านพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่ายังไม่ดีนัก

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแยกตามลักษณะสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

ลักษณะสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ลักษณะบ้าน		
บ้านตึก	115	29.0
ครึ่งตึกครึ่งไม้	81	20.3
บ้านไม้	173	43.3
วัสดุถาวร	20	5.0
วัสดุไม่ถาวร	8	2.0
2. แหล่งน้ำดื่มภายในบ้าน		
น้ำดื่มสุก	68	17.0
น้ำประปาภายในบ้าน	178	44.5
น้ำประปาทนภายนอกบ้าน	28	7.0
น้ำบรรจุขวด	115	28.8
น้ำฝน	2	0.5
3. จำนวนห้องส้วมภายในบ้าน		
ไม่มี	4	1.0
1 ห้อง	317	79.3
2 ห้อง	59	14.8
3 ห้อง	8	2.0
มากกว่า 3 ห้อง	11	2.8
4. ชนิดส้วมที่ใช้		
ส้วมชักโครก	95	23.8
ส้วมซึม	256	64.0
ส้วมหลุม/ถัง	42	10.5
ใช้ส้วมบ้านผู้อื่น	0	0.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. การกำจัดขยะ		
ส่งให้รถเทศบาล	313	78.3
เผา	9	2.3
ฝัง	2	0.5
ใส่ภาชนะทิ้งไว้	74	18.5
ทิ้งตามสะดวก	2	0.5
6. การกำจัดน้ำเสีย		
มีบ่อซีเมนต์รองรับน้ำเสียประจำบ้าน	66	16.5
ระบายลงทางระบายน้ำสาธารณะ	219	54.8
ระบายลงแหล่งน้ำธรรมชาติ	14	3.5
ปล่อยทิ้งบริเวณบ้าน	92	23.0
ทิ้งตามใจชอบ	4	1.0
7. ความสะอาดในบริเวณบ้าน		
สะอาด	159	39.8
ค่อนข้างสะอาด	204	51.0
ไม่สะอาด	27	6.8
รกรุงรัง	8	2.0
8. การระบายอากาศภายในบ้าน		
ระบายได้ดี	162	40.5
ระบายได้ปานกลาง	215	53.8
ระบายได้ไม่ดี	21	5.3
9. สัตว์รบกวนภายในบ้าน		
มาก	78	19.5
ปานกลาง	153	38.3
น้อย	141	35.3
ไม่มี	25	6.3
10. ปริมาณแสงธรรมชาติที่ส่องเข้าภายในบ้าน		
มาก	88	22.0
ปานกลาง	257	64.3
น้อย	52	13.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. จำนวนห้องนอนภายในบ้าน		
ไม่มีเป็นสัดส่วน	97	24.3
1 ห้อง	149	37.3
2-3 ห้อง	112	28.0
3-4 ห้อง	25	6.3
มากกว่า 4 ห้อง	14	3.5
12. จำนวนสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน		
ไม่มี	246	61.5
1 ชนิด	117	29.3
มากกว่า 1 ชนิด	35	8.8
13. ความสะอาดภายในบ้าน		
ดี	97	24.3
ปานกลาง	242	60.5
ไม่ดี	60	15.0

เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิ (ตาราง 3) จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับกิจกรรมและข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนชนคลองเตย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยทราบเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิมาแล้ว ร้อยละ 51.8 และไม่เคยได้รับการรณรงค์ ร้อยละ 46.8 ส่วนการรับรู้พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับมาแล้ว ร้อยละ 76.0 และไม่เคยได้รับ ร้อยละ 23.5 และได้รับคำแนะนำให้ตรวจโรคพยาธิมาแล้ว ร้อยละ 45.0 ไม่เคยได้รับ ร้อยละ 54.3 โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิที่ได้รับส่วนใหญ่ ได้รับจากทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 24.62) รองลงมาตามลำดับได้แก่ เจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 19.69) หนังสือ/หนังสือพิมพ์/แผ่นพับ (ร้อยละ 16.31) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 9.54) เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 9.23) วิทยุ (ร้อยละ 8.31) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 7.38) และอื่นๆ (ร้อยละ 4.92) จะเห็นว่าโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคพยาธิมาแล้วโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่ และสิ่งพิมพ์

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแยกตามการได้รับข่าวสารและกิจกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิ

การได้รับข่าวสาร / กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิในชุมชน		
เคย	207	51.8
ไม่เคย	187	46.8
2. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ		
เคย	304	76.0
ไม่เคย	94	23.5
3. การได้รับคำแนะนำให้ตรวจหาพยาธิ		
เคย	180	45.0
ไม่เคย	217	54.3
4. แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ		
วิทยุ	27	8.31
โทรทัศน์	80	24.62
หนังสือ / หนังสือพิมพ์ / แผ่นพับ	53	16.31
บุคคลในครอบครัว	31	9.54
เพื่อนบ้าน	30	9.23
ผู้นำชุมชน	24	7.38
เจ้าหน้าที่	64	19.69
อื่นๆ	16	4.92

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังกัน โรคพยาธิลำไส้

จากการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ (ตาราง 4) พบว่าค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของแต่ละตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เจตคติเกี่ยวกับการกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ พอสรุปได้ดังนี้

จากข้อมูลแสดงค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ และเจตคติเกี่ยวกับการกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยสัมประสิทธิ์การกระจายของความรู้และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูง (23.92 และ 27.93 ตามลำดับ) รองลงมาได้แก่สัมประสิทธิ์การกระจายของการสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 16.25) ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ (ร้อยละ 12.68) เจตคติเกี่ยวกับการกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ (ร้อยละ 12.09) และ พฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิลำไส้ (ร้อยละ 10.97) ตามลำดับ

ตาราง 4 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิลำไส้

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1.ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	20	14.17	3.39	23.92	4.00	20.00	-0.55	-0.23
2. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	20	10.17	2.84	27.93	4.00	18.00	0.25	-5.70
3. เจตคติเกี่ยวกับการกำบังกัน โรคพยาธิลำไส้	150	114.76	13.87	12.09	55.00	146.00	-0.37	0.59
4.ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน ด้านสุขภาพ	65	49.75	6.31	12.68	34.00	65.00	0.01	-0.35
5. การสนับสนุนทางสังคม	95	65.12	10.58	16.25	38.00	95.00	-0.13	-0.21
6. พฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิลำไส้	100	77.68	8.52	10.97	44.00	98.00	-0.61	1.07

หมายเหตุ	\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (skewness) ของตัวแปรในภาพรวม จะเห็นว่าค่าความเบ้ของทุกตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง -0.61 ถึง 0.25 โดยข้อมูลส่วนใหญ่เบ้ไปทางซ้ายซึ่งหมายความว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ย โดยมีเพียงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความเชื่ออำนาจภายใน-นอก ดนด้านสุขภาพเท่านั้นที่เบ้ไปทางขวาซึ่งหมายความว่าข้อมูลมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ส่วนค่าความโด่ง (kurtosis) ของข้อมูลของตัวแปรแฝงทั้งหมดพบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง -5.70 ถึง 1.08 โดยข้อมูลส่วนใหญ่มีลักษณะโด่งน้อย (ค่าความโด่งเป็นลบ) มีเพียงตัวแปรเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เท่านั้นที่มีความโด่งกว่าปกติ (ค่าความโด่งเป็นบวก) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลจะเห็นว่าค่าไม่แตกต่างจาก 0 มากนัก แสดงว่าข้อมูลแสดงตัวแปรค่อนข้างเป็นโค้งปกติ

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

จากข้อมูลข้างต้น (ตาราง 4) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ การติดต่อ ระบาดวิทยา การป้องกัน และการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเขตคลองเตยมีระดับความรู้ที่มีความแตกต่างกันมากระหว่างผู้ที่ได้คะแนนต่ำกับผู้ที่ได้คะแนนสูง โดยจากข้อมูลที่ได้พบว่าความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ร้อยละ 23.92 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.39

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนเขตคลองเตย มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ซึ่งหมายถึงประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดีนัก ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการศึกษา รายได้ (รายได้ตนเอง รวมกับรายได้รวมครอบครัวต่อเดือน) และความเพียงพอของค่าใช้จ่าย (ตาราง 5) ซึ่งจัดเป็นตัวแปรสังเกต โดยข้อมูลเกี่ยวกับทางเศรษฐกิจและสังคมจากข้อคำถาม 4 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่าค่าเฉลี่ยและค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของตัวแปรในกลุ่มนี้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนค่าความเบ้อยู่ระหว่าง -0.22 ถึง 0.48 โดยตัวแปรรายได้ และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย ส่วนการศึกษามีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย ค่าความโด่งของตัวแปรในกลุ่มสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ระหว่าง -0.80 ถึง -0.14 โดยลักษณะปานเล็กน้อย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้และความโด่งจะเห็นว่า มีลักษณะการแจกแจงค่อนข้างเป็นโค้งปกติ (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. การศึกษา	5	2.76	0.84	30.43	1.00	5.00	-0.22	-0.14
2. รายได้	12	5.52	1.97	35.69	2.00	11.00	0.28	-0.39
3. ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย	3	1.69	0.68	40.23	1.00	3.00	0.48	-0.80

หมายเหตุ	\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัย (ตาราง 4) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง โดย มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย เท่ากับ 16.25 โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ทำการศึกษ ะประกอบไป ด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของแรงงานและบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นแบบ สอบถามในภาพรวมทั่วไป

ข้อมูลตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 6) พบว่าค่าเฉลี่ย ของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ละข้อมูลข่าวสารค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนการสนับสนุนทางด้าน สิ่งของแรงงานและบริการมีค่าน้อยกว่าตัวแปรอื่นเล็กน้อย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของตัว แปรการสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงานและบริการมีค่าสูงสุด (ร้อยละ 22.42) รองลงมาได้แก่ การ สนับสนุนด้านอารมณ์ (ร้อยละ 18.59) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 16.23) ตาม ลำดับ เมื่อพิจารณาค่าความเบ้พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง -0.41 ถึง -0.10 แสดงว่าข้อมูลส่วนใหญ่มี ลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย ส่วนค่าความโด่งมีค่าระหว่าง -0.30 ถึง 0.12 โดยมีเพียงการสนับสนุน ด้านอารมณ์ที่ข้อมูลมีลักษณะโด่งเล็กน้อย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้และความโด่ง ของข้อมูลของตัวแปรสังเกตในกลุ่มนี้จะเห็นว่ามี การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ตาราง 6 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. การสนับสนุนด้านอารมณ์	35	24.48	4.55	18.59	11.00	35.00	-0.41	0.12
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงาน และบริการ	30	19.45	4.36	22.42	7.00	30.00	-0.39	-0.16
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	30	22.18	3.60	16.23	10.00	30.00	-0.10	-0.30

หมายเหตุ	\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการวิจัยพบว่าเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 4) มีลักษณะปานกลาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ร้อยละ 12.09 โดยเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้จากแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากคะแนนที่ได้ แสดงว่าประชาชนในชุมชนคลองเตยยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ในระดับปานกลาง โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงและคะแนนต่ำ ยังนับว่าค่อนข้างต่างกันอยู่พอสมควร

จากตาราง 7 ข้อมูลแสดงตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรสังเกต การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ส่วนการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีค่าค่อนข้างสูง และพบว่าสัมประสิทธิ์การกระจายของตัวแปรทั้งสามมีค่าใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาค่าความเบ้พบว่ามีความเบ้ตั้งแต่ -0.96 ถึง 0.57 โดยค่าความเบ้ของตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีค่าเป็นลบแสดงว่าข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้ายโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนค่อนข้างสูงแต่ไม่มากนัก ส่วนค่าความโด่งนั้นพบว่าการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความโด่งค่อนข้างมาก (3.28) ต่างจากข้อมูลของการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ที่มีความโด่งไม่มากนัก (0.02 และ 0.37 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาจะเห็นว่าตัวแปรสังเกตในกลุ่มเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีลักษณะการกระจายที่ปกติ

ตาราง 7 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	30	21.64	3.03	14.00	14.00	30.00	0.57	0.02
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	65	48.73	7.31	15.00	22.00	64.00	-0.36	0.37
3. การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	55	45.13	5.00	11.08	19.00	55.00	-0.96	3.28

หมายเหตุ	\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการวิจัย (ตาราง 4) พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเขตคลองเตยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประพฤติปฏิบัติค่อนข้างดีเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สะอาดและปลอดภัย การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้อง การรักษาสุขภาพที่พักอาศัยเพื่อไม่ให้มีความเหมาะสมในการเจริญเติบโตของพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้อย่างสม่ำเสมอ เช่น การหาความรู้ การรับปรึกษาแพทย์ พยาธิ การออกกำลังกายประจำปี และการไม่คลุกคลีกับสัตว์ เป็นต้น จากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ปานกลาง เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีค่าเพียง ร้อยละ 10.97 และเมื่อพิจารณาค่าความเบ้พบว่ามีค่า เท่ากับ -0.61 แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะเบ้ไปทางซ้ายเล็กน้อย ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมีคะแนนสูง ส่วนค่าความโด่งนั้นมีค่าเท่ากับ 1.075 อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ดำเนินการต่อไป ผู้วิจัยได้ปรับตัวแปรพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ให้เป็นโค้งปกติโดยการใส่ค่าล็อก (Log) (อจริยา ปราบอริพ่าย. 2547)

จากการพิจารณาข้อมูลกลุ่มตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตาราง 8) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรักษาอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่มีคะแนนสูง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การรักษาอนามัยส่วนบุคคล และการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย ส่วนพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลจากค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรักษา

อนามัยส่วนบุคคล และการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย มีการกระจายใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 13.82, 12.36 และ 13.49 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้มีการกระจายมากกว่าตัวแปรในกลุ่มเดียวกันเล็กน้อย เมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ พบว่าสามตัวแปรแรกมีค่าเป็นลบ แสดงว่าข้อมูลโดยส่วนใหญ่เบ้ไปทางซ้าย ซึ่งหมายถึงคะแนนของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง ยกเว้นพฤติกรรมกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ที่มีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย แสดงว่าโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาค่าความโด่งของตัวแปรสังเกตทั้ง 4 ตัวแปร พบว่าสามตัวแปรแรกข้อมูลมีลักษณะค่อนข้างโด่ง ส่วนพฤติกรรมกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ข้อมูลมีลักษณะโด่งเล็กน้อย อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยได้ทำการปรับค่าตัวแปรทั้งสามให้เป็นโค้งปกติ

ตาราง 8 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. การบริโภคอาหาร	20	16.57	2.29	13.82	8.00	20.00	-0.81	1.04
2. การรักษอนามัยส่วนบุคคล	20	17.47	2.16	12.36	8.00	20.00	-1.06	2.13
3. การรักษาสุขภาพที่พักอาศัย	20	17.04	2.30	13.49	8.00	20.00	-1.38	2.70
4. การเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้	40	26.43	4.16	15.74	14.00	39.00	0.03	0.45

หมายเหตุ	\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่เกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันทางบวก (ตาราง 9 หน้า 69) ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างอายุ (AGE) กับ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (TSOCIO) และอายุ (AGE) กับการสนับสนุนทางสังคม (TSOSUP) ที่มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงต่างๆ (ยกเว้น อายุ) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับตัวแปรอื่น พบว่าเมื่ออายุยิ่งมากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคมกลับลดลง อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ลักษณะดังกล่าวก็มีไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่อย่างไรก็ตามนอกจากนี้เมื่อพิจารณาอายุกับความเชื่ออำนาจตนภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เช่นเดียวกับกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์ไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p > .05$) ในทางตรงกันข้ามพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) มีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวที่มีอายุมากขึ้นจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มากขึ้นเช่นกัน และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นก็มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากขึ้น ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อพิจารณาตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์กับทุกตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยเมื่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะทำให้ตัวแปรดังกล่าวสูงตามอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ($p < .01$) ความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อนข้างสูงและเป็นไปในทางบวก โดยมีความเป็นไปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อปัจจัยดังกล่าว อย่างไรก็ตามพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังที่กล่าวข้างต้น

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าคนที่มีความรู้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ย่อมมีความเชื่ออำนาจคนสูงตามไปด้วย ซึ่งผู้ที่มีความรู้สูงก็จะแสวงหาความรู้ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ได้มากเป็นแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้เป็นอย่างดี

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งแสดงว่าอายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างมาก และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ส่งผลให้มีเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากขึ้นอีกด้วย

เมื่อพิจารณาเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับตัวแปรต่างๆ พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, .05$) ทั้งตัวแปรด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ และ

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตัวแปรด้านจิตลักษณะ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยเมื่อปัจจัยดังกล่าวสูงจะทำให้เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงตามด้วย ซึ่งเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สูงจะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงตามขึ้นด้วยเช่นกัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยพบเพียงสองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ได้แก่ อายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ดังแสดงไว้ตามตาราง 9

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	AGE	TSOCIO	TSOSUP	TLOCUS	TKNOW	TATTI	TBEHAV
AGE	1.000						
TSOCIO	-.047	1.000					
TSOSUP	-.125	.225**	1.000				
TLOCUS	.097	.259**	.267**	1.000			
TKNOW	.138**	.331**	.139**	.455**	1.000		
TATTI	.137*	.291**	.288**	.632**	.541**	1.000	
TBEHAV	.101	.247**	.289**	.170**	.076	.193**	1.000

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

** มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

AGE	หมายถึง	อายุ
TSOCIO	หมายถึง	สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม
TSOSUP	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคม
TLOCUS	หมายถึง	ความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพ
TKNOW	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
TATTI	หมายถึง	เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
TBEHAV	หมายถึง	พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการวิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear structural relationship) แบบมีความคลาดเคลื่อนในการวัดหรือมีตัวแปรแฝง (Latent variable) เพื่อการตรวจสอบปัจจัยต่างๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม การวิเคราะห์ดังกล่าวผู้วิจัยไม่ได้แยกตัวแปรสังเกตออกเป็นปัจจัยย่อย เนื่องจากการวิเคราะห์องค์

ประกอบเชิงยืนยัน (บทที่ 3) ในขั้นต้นไม่สามารถแยกตัวแปรสังเกตย่อยได้เพราะขาดความกลมกลืนของโมเดลการวัดตัวแปรแฝง ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดให้คะแนนรวมของตัวแปรสังเกตเป็นคะแนนรวมของตัวแปรแฝงด้วยเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อิทธิพล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป LISREL เวอร์ชัน 8.30 (Jorekog; & Sorbom, 2000) ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) ทำการตรวจสอบโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยและการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้เป็นโมเดลตามภาวะสันนิษฐาน 2 โมเดล โดยการวิเคราะห์จะทำให้ทราบว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานใดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากที่สุด จากนั้นนำโมเดลที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นโมเดลเริ่มต้นในการดัดแปลง ส่วนที่ 2) นำเสนอรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่เหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นโมเดลที่ปรับแก้แล้ว (Parsinamous model)

4.1 การตรวจสอบโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 และโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย) ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตาราง 10 หน้า 77) พบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 141.78 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.00 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วยังไม่เข้าใกล้ 1 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณมากกว่า 0.1 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติน้อยกว่า 200 แสดงว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ยังไม่กลมกลืนและอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ไม่ดีนัก

ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 (ตาราง 10 หน้า 77) พบว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 8.83 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.06 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนและดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วเข้าใกล้ 1 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.07 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติมากกว่า 200 ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 เป็นโมเดลเริ่มต้นในการปรับแก้และดัดแปลงโมเดลให้เกิดความกลมกลืนที่สมบูรณ์ต่อไป (รายละเอียดค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 แสดงไว้ในภาพประกอบ 8)

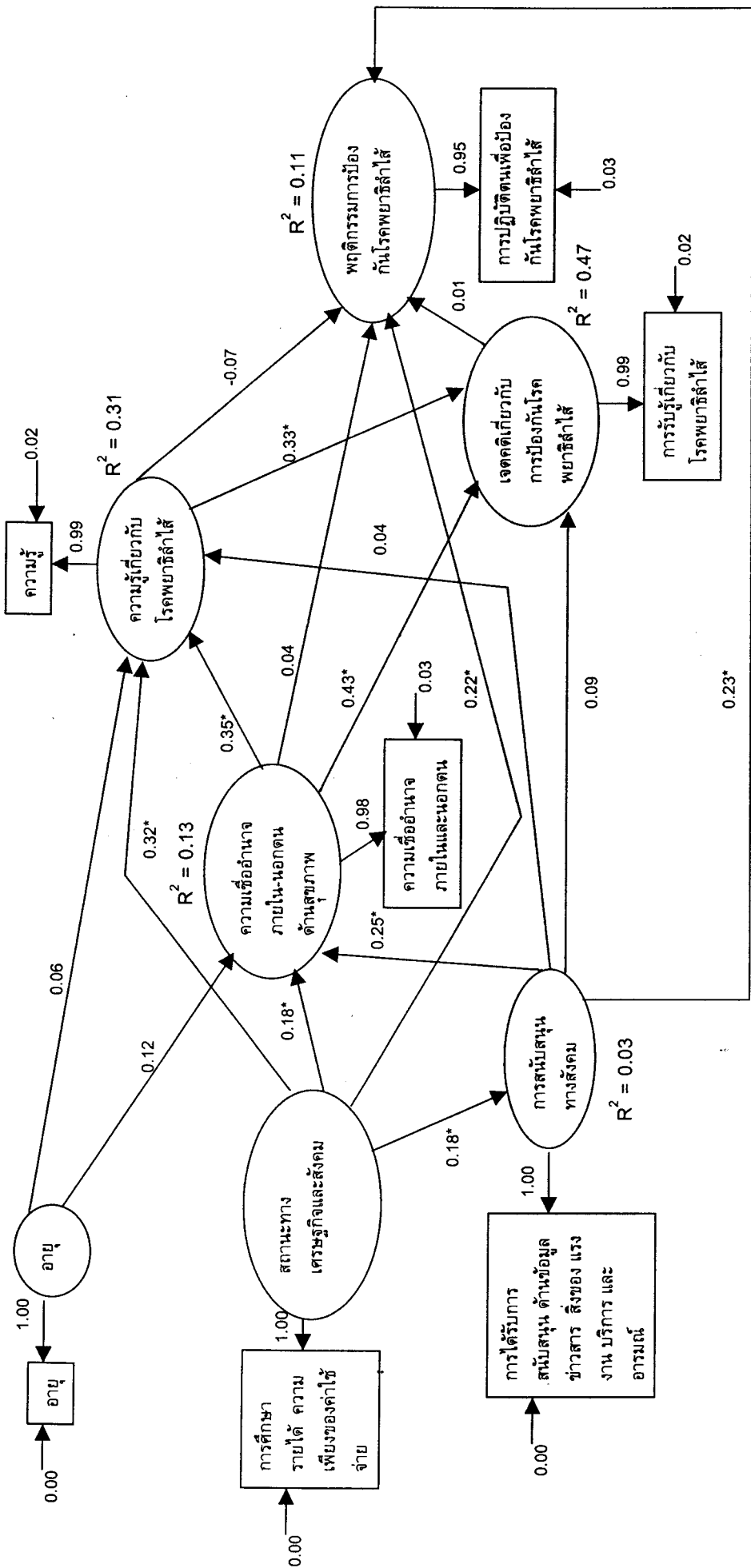
จากโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีการปรับแก้ และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงโมเดล พบว่าถ้าเพิ่มอิทธิพลจากอายุไปยังสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จะทำให้โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มเส้นอิทธิพลจากอายุไปยังสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 และทำการวิเคราะห์หา

ความกลมกลืนใหม่ พบว่ามีค่าไคสแควร์เท่ากับ 5.52 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.14 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.94 ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.06 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 475.53 จากค่าดังกล่าวแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และสามารถอธิบายโมเดลได้ดี ดังนั้นโมเดลที่ปรับแก้แล้ว นับว่าเป็นโมเดลในรูปแบบสมบูรณที่สามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ค่อนข้างสูง

ตาราง 10 แสดงค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความกลมกลืนของโมเดลตามภาวะสันนิษฐาน และโมเดลที่ปรับแก้แล้วกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของเส้นทางความสัมพันธ์เชิงเส้น

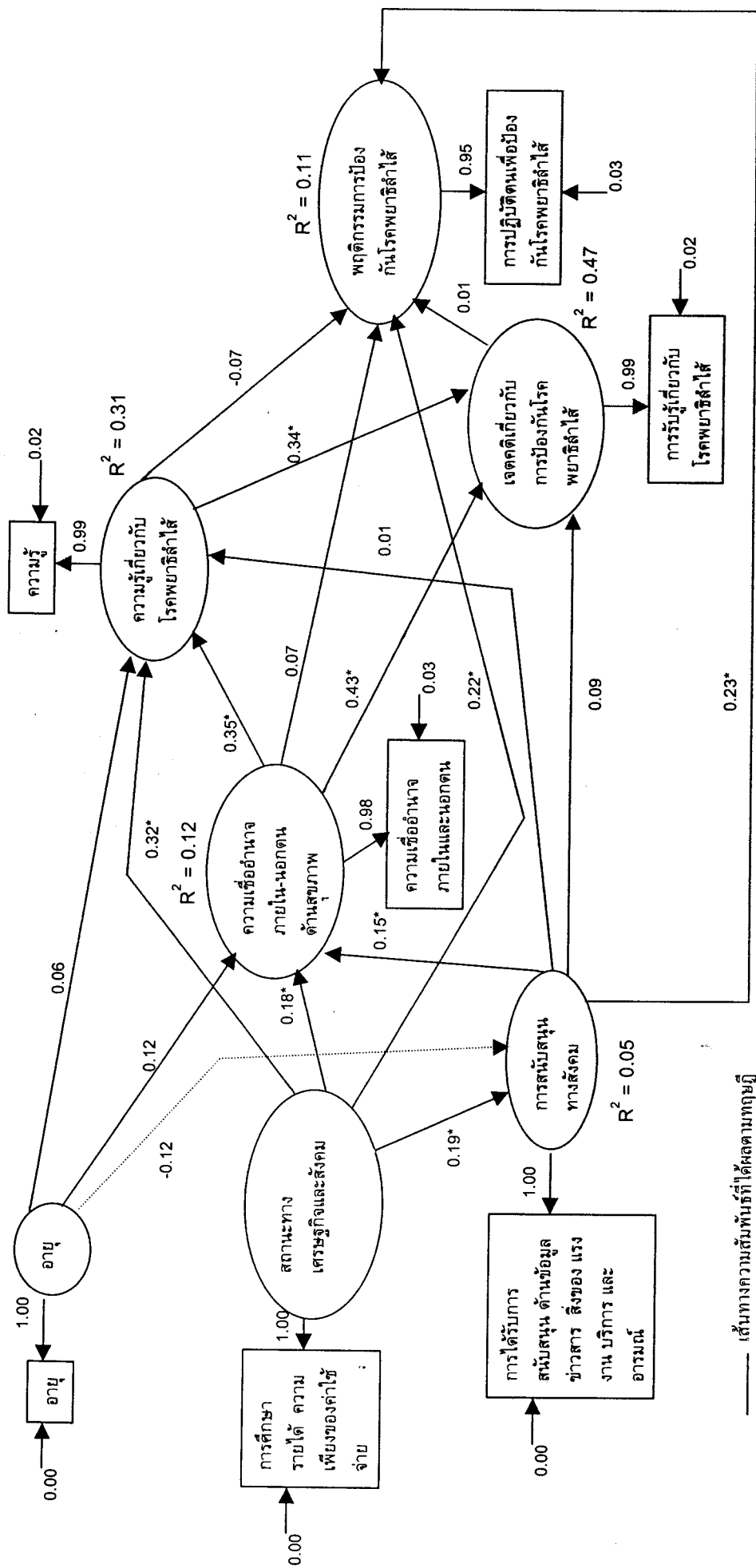
โมเดลที่ทดสอบ	χ^2	df	p-value (χ^2)	GFI	AGFI	RMSEA	CN
โมเดลที่ 1	141.78	4	0.00	0.91	0.35	0.29	37.68
โมเดลที่ 2	8.93	4	0.06	0.99	0.92	0.07	343.60
โมเดลที่ปรับแก้แล้ว	5.52	3	0.14	0.99	0.94	0.06	475.53

หมายเหตุ χ^2	หมายถึง	ค่าสถิติไค-สแควร์
df	หมายถึง	องศาแห่งความอิสระ
p-value (χ^2)	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญของค่าไค-สแควร์ที่คำนวณได้
GFI	หมายถึง	ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน
AGFI	หมายถึง	ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว
RMSEA	หมายถึง	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย
CN	หมายถึง	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ
โมเดลที่ 1	หมายถึง	โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 (โมเดลพื้นฐาน)
โมเดลที่ 2	หมายถึง	โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 (โมเดลทางเลือก)



Chi-square = 8.93, df = 4, p-value = 0.06, RMSEA = 0.07

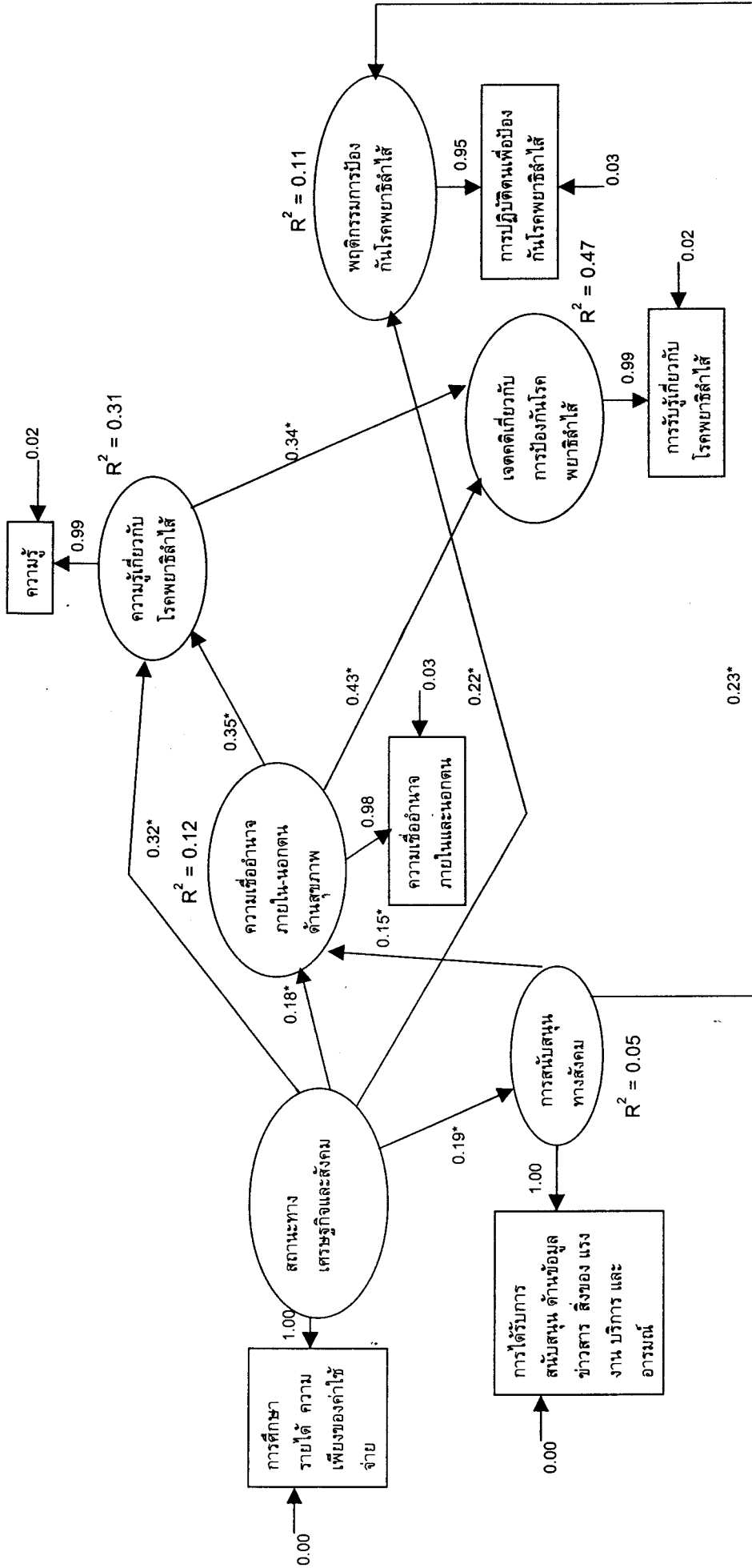
ภาพประกอบ 8 โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้



— เส้นทางความสัมพันธ์ที่ได้ผลตามทฤษฎี
 เส้นทางความสัมพันธ์ที่แตกต่างจากทฤษฎี

Chi-square = 5.52, df = 3, p-value = 0.14, RMSEA = 0.06

ภาพประกอบ 9 โมเดลที่ปรับเปลี่ยนแล้วแสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพหุสาส์ได้



Chi-square = 5.52, df = 3, p-value = 0.14, RMSEA = 0.06

ภาพประกอบ 10 โมเดลที่ปรับแก้แล้วแสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์แยกค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าอิทธิพลรวม ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลในทางตรง ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตัวแปรผล ตัวแปรเหตุ	การสนับสนุนทางสังคม			ความเชื่ออำนาจตนด้าน สุขภาพ			ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ ลำไส้			เจตคติในการป้องกันโรค พยาธิลำไส้			พฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิลำไส้			
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE	
อายุ	-1.05 (0.57)	-	-1.05 (0.57)	0.46 (0.33)	-0.16 (0.09)	0.62 (0.32)	0.25 (0.17)	0.07 (0.07)	0.18 (0.16)	0.66 (0.49)	0.66 (0.49)	-	0.66 (0.49)	-0.21 (0.14)	-0.21 (0.14)	-
สถานะทางเศรษฐกิจและ สังคม	0.69* (0.23)	-	0.69* (0.23)	0.48* (0.13)	0.10* (0.04)	0.38* (0.13)	0.48* (0.07)	0.10* (0.03)	0.38* (0.07)	1.19* (0.22)	1.19* (0.22)	-	1.19* (0.22)	0.74* (0.19)	0.74* (0.19)	0.66* (0.21)
การสนับสนุนทางสังคม	-	-	-	0.15* (0.04)	-	0.15* (0.04)	0.04* (0.02)	0.03* (0.01)	0.01 (0.02)	0.32* (0.08)	0.32* (0.08)	0.12 (0.06)	0.20* (0.05)	0.19* (0.05)	0.19* (0.05)	0.19* (0.05)
ความเชื่ออำนาจตนด้าน สุขภาพ	-	-	-	-	-	-	0.19* (0.03)	-	0.19* (0.03)	1.21* (0.12)	1.21* (0.12)	0.95* (0.12)	0.26* (0.06)	0.03 (0.09)	0.03 (0.09)	0.06 (0.11)
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ ลำไส้	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.35* (0.22)	1.35* (0.22)	1.35* (0.22)	-	-0.17 (0.19)	-0.17 (0.19)	-0.18 (0.21)
เจตคติในการป้องกันโรค พยาธิลำไส้	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.01 (0.06)	0.01 (0.06)	0.01 (0.06)

* $p < 0.05$

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บใต้ค่าอิทธิพลคือค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

TE = ค่าอิทธิพลรวม IE = ค่าอิทธิพลทางอ้อม DE = ค่าอิทธิพลทางตรง

4.2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากโมเดลที่ปรับแก้แล้วซึ่งเป็นโมเดลที่ได้ตามสมมติฐานงานวิจัย นับเป็นโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร จะเห็นว่าปัจจัยต่างๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ตรงตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้กล่าวข้างต้น โดยปัจจัยต่างๆ ที่ทำการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ ร้อยละ 11.00 อย่างไรก็ตาม ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น สามารถทำนายเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ถึงร้อยละ 47.00 โดยอธิบายผลของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกันแยกตามลำดับได้ดังนี้

4.2.1 อายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากการพิจารณาอิทธิพลของอายุที่มีต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ภาพประกอบ 9 และตาราง 11) พบว่าอายุมีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมไม่มากนัก และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มอายุต่างๆ มีความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่มากนัก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของอายุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยต่างๆ (ตาราง 11) พบว่าอิทธิพลรวมที่อายุส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีค่าเป็นลบ ซึ่งหมายถึงเมื่ออายุมากขึ้นแต่กลับมีการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ลดลง ในทางตรงกันข้ามอิทธิพลรวมของอายุที่มีต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีค่าเป็นบวก ซึ่งหมายถึงเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมี ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากขึ้นด้วยนั่นเอง

4.2.2 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยต่างๆ (ภาพประกอบ 9,10 และตาราง 11) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมมีค่อนข้างสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อแยกอิทธิพลที่ส่งไปยังปัจจัยต่างๆ พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีเพียงอิทธิพลทางตรงต่อการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.69 มีอิทธิพลรวม อิทธิพลทาง

ตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.48, 0.38 และ 0.10 ตามลำดับ มีอิทธิพลรวม อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ 0.48, 0.38 และ 0.10 ตามลำดับ ส่วนอิทธิพลต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีเพียงอิทธิพลทางอ้อมเท่านั้น เท่ากับ 1.19 โดยผ่านไปทางการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ส่วนอิทธิพลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นอิทธิพลรวม อิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ 0.74, 0.66 และ 0.08 ตามลำดับ โดยจะเห็นว่าอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่มากนัก

4.2.3 การสนับสนุนทางสังคมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากการพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยต่างๆ (ภาพประกอบ 9,10 และตาราง 11) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.15 และ 0.19 ตามลำดับ โดยอิทธิพลที่มีต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ มีเพียงอิทธิพลทางตรงเท่านั้น และอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เกือบทั้งหมดเป็นอิทธิพลทางตรงเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนใหญ่มีผลทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิและเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.03 และ 0.20 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าอายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมร่วมกันทำนายการสนับสนุนทางสังคม ได้เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น

4.2.4 ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการวิจัย (ภาพประกอบ 9,10 และตาราง 11) แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นอิทธิพลทางตรงเท่านั้น มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.19 นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพยังมีอิทธิพลต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งอิทธิพลรวม อิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 1.21, 0.95 และ 0.26 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพสูงจะมีความรู้และมีเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สูงด้วยเช่นกัน โดยอิทธิพลที่มันส่งไปยังเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นั้น ส่วนหนึ่งส่งผ่านไปทางความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ นั่นเอง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กลับพบว่าไม่มากนักทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพสูงก็ไม่ทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงไปด้วย และจากข้อมูล

แสดงให้เห็นว่า อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจในการทำนายความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 12

4.2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการวิจัย (ภาพประกอบ 9,10 และตาราง 11) แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ส่งอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 1.35 และส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยอิทธิพลรวม อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ -0.17, 0.01 และ -0.18 ตามลำดับ โดยแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้สูงแต่พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ก็ไม่ได้สูงขึ้น และเมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ พบว่า อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิได้ร้อยละ 31

4.2.6 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากผลการวิจัย (ภาพประกอบ 9,10 และตาราง 11) แสดงให้เห็นว่าเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าได้รับอิทธิพลจากเกือบทุกปัจจัย (ยกเว้น อายุ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม เท่ากับ 1.19, 0.32, 1.21 และ 1.35 ตามลำดับ โดยพบว่า อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ ร่วมกันทำนายเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้ร้อยละ 47

4.2.7 พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้รับอิทธิพลค่อนข้างสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จาก สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม เท่ากับ 0.74 และ 0.79 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นที่เหลือ ได้แก่ อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่ศึกษาร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้เพียงร้อยละ 11

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีความมุ่งหมายหลักของการวิจัย ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 3) เพื่อวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาดัวแปรต่างๆ ยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker; & Maiman, 1975 : 12) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักหรือแฟลต ในชุมชนแออัด เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งสิ้น 400 คน สุ่มโดยวิธีการหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย และบางตอนดัดแปลงจากแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนามาแล้ว แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 3) แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 4) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสอบถามลักษณะของสื่อที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 7) แบบสอบถามลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย และ 8) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ภายหลังได้รับแบบสอบถามผู้วิจัยได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงผล และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเพื่อหาคุณลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation coefficient) จากนั้นใช้เทคนิคการวิเคราะห์อิทธิพล (Path analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear structural relationship) ด้วยการวิเคราะห์หาค่าสถิติต่างๆ ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (Path coefficient) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi - square statistics, χ^2) ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (Goodness of fit index, GFI) ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted goodness of fit index, AGFI) ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation, RMSEA) ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤต (Critical N, CN) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นประชาชนที่อาศัยในชุมชนในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างจากชุมชนทั้งสิ้น 10 ชุมชน ในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย จำนวน 132 คน (ร้อยละ 34.00) เป็นเพศหญิง จำนวน 256 คน (ร้อยละ 66.00) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 21-40 ปี (ร้อยละ 65.3)

ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 42.3) และแม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 24.5) โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาไม่สูงมากนัก โดยจบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.4) และ ประถมศึกษา (ร้อยละ 30.1) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค่อนข้างน้อย คือมีรายได้และรายได้รวมภายในครอบครัว ระหว่าง 2,500-10,000 บาท/เดือน และมีความเพียงพอและไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวใกล้เคียงกัน โดยมีจำนวนผู้ที่มีเงินเหลือเก็บเพียงร้อยละ 11.2 เท่านั้น

พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่พักอาศัยภายในชุมชนค่อนข้างนานคือมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 59.7) และ 5-10 ปี (ร้อยละ 21.4) โดยมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง (ร้อยละ 62.3) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.3) จำนวนผู้พักอาศัยภายในบ้านส่วนใหญ่มีจำนวนปานกลาง ประมาณ 3-4 คน (ร้อยละ 52.0) และค่อนข้างหนาแน่นคือประมาณ 5-6 คน (ร้อยละ 28.8) สภาพสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไปไม่ค่อยดีนัก โดยสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ (ร้อยละ 43.3) ที่มีสภาพไม่มั่นคง และมีบางส่วนเป็นบ้านตึกและครึ่งตึกครึ่งไม้ ซึ่งมีห้องนอนประมาณ 1 ห้อง (ร้อยละ 37.3) 2-3 ห้อง (ร้อยละ 28.0) และไม่มีห้องเป็นสัดส่วน (ร้อยละ 24.3) และเกือบทั้งหมดมีห้องส้วม 1 ห้องและเป็นส้วมซีมิ นอกจากนี้พบว่าภายในบ้านพักอาศัยกลุ่มตัวอย่างมีการกำจัดขยะค่อนข้างถูกสุขลักษณะคือเกือบทั้งหมดส่งให้แกรทเทศบาล และการกำจัดน้ำเสียมีกระบายลงแหล่งน้ำสาธารณะ (ร้อยละ 54.8) และมีบางส่วนที่ปล่อยทิ้งบริเวณบ้าน (ร้อยละ 23.0) โดยกลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ถึงความสะอาดภายในบ้านของตนเองและประมาณครึ่งหนึ่งตอบว่าค่อนข้างสะอาด (ร้อยละ 51.0) และบางส่วนตอบว่าสะอาด (ร้อยละ 39.8) ส่วนการระบายอากาศและสัตว์รบกวนภายในบ้านมีปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่เลี้ยงสัตว์ไว้ภายในบ้าน

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มาแล้ว ร้อยละ 76.0 ทั้งยังได้รับคำแนะนำให้ทำการตรวจและการรณรงค์ให้ตรวจหาพยาธิมาแล้ว (ร้อยละ 45.0 และ 51.8) พบว่าโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิทางโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสิ่งตีพิมพ์ และได้รับข่าวสารจากบุคคลใกล้ชิดและผู้นำชุมชนไม่มากนัก

พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรักษาอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขาภิบาลที่พิถีพิถัน และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างดี โดยพบว่าภายในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่มากนัก

ค่าสถิติพื้นฐานและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการพิจารณาตัวแปรทางด้านจิตลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณปานกลาง และมีการแจกแจงค่อนข้างปกติ และเมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ พบว่าปัจจัยเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันทางบวก ยกเว้น อายุกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และอายุกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันทางลบ และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

การวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ตามภาวะสันนิษฐานจำนวน 2 โมเดล พบว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 (กำหนดให้อายุเป็นตัวแปรภายนอกเพียงตัวแปรเดียว) ไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ส่วนโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 (กำหนดให้อายุ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นตัวแปรภายนอก) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงใช้โมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 เป็นโมเดลเริ่มต้นในการปรับโมเดล ผลจากการปรับโมเดลโดยการเพิ่มเส้นทางอิทธิพลจากอายุไปยังการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ได้โมเดลที่ปรับแก้แล้ว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสอดคล้องกับทฤษฎีและการทบทวนเอกสาร โดยโมเดลที่ปรับแก้แล้วมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี มีค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 5.52 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.14 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.94 ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) เท่ากับ 0.06 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 475.53 และกราฟคิวพลอตมีความชันกว่าแนวทแยง ซึ่งค่าดังกล่าวแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี

ผลการวิเคราะห์โมเดลภายหลังการปรับแก้ พบว่าอายุมีอิทธิพลต่อตัวแปรอื่นๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ($p > 0.05$) ตรงข้ามกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ที่ส่งผลถึงตัวแปรภายในทั้งหมด ทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยเกือบทั้งหมดเป็นอิทธิพลทางตรง อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ส่งผลอิทธิพลทางอ้อมไปยังความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ในส่วนของความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพพบว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ตรงข้ามกับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลตามประเด็นที่เป็นข้อค้นพบตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งนับเป็นตัวแทนของประชาชนในชุมชนคลองเตย ตามที่ผู้วิจัยทำการสำรวจ มีความใกล้เคียงและแตกต่างจากงานวิจัยอื่นโดยสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1.1 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะโดยทั่วไปทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาไม่ตึงเครียด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีรายได้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับค่าครองชีพในปัจจุบัน โดยมีรายได้รวมของครอบครัวเพียงเดือนละประมาณ 2,500-10,000 บาท/เดือนเท่านั้น อาชีพโดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 42.3 และแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 24.5 ซึ่งอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้านคือผู้ที่คอยอยู่ดูแลบ้านและไม่ได้ทำงานภายนอกบ้านนั่นเอง

จากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ค่อนข้างต่ำดังกล่าวข้างต้น ทำให้ประชาชนในชุมชนคลองเตยมีความเป็นอยู่ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของครอบครัว ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีสมาชิกภายในบ้านประมาณ 3-4 คน หรือบางครอบครัวมีถึง 5-6 คน และมากกว่า 6 คน ดังนั้นเวลาส่วนใหญ่จึงหมดไปกับการทำมาหากินและขาดเวลาในการดูแลสุขภาพในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดเวลาในการดูแลสุขภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัย ทำให้ภายในบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค เช่น โรคพยาธิลำไส้ที่มีการติดต่อโดยการรับประทานอาหารและติดต่อได้โดยง่ายถ้ามีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตและแพร่กระจายของมัน

จากผลการสำรวจเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนที่อาศัยในชุมชน พบว่าค่อนข้างต่ำกว่าการสำรวจของอรวรรณ สุทธางกูล (2540) ที่พบว่าครัวเรือนพื้นที่ชุมชนแออัดฝั่งใต้มีรายได้ประมาณ 11, 997 บาท/เดือน/ครัวเรือน และยังพบว่ายังมีหนี้สินค่อนข้างมาก คือประมาณร้อยละ 38.5 ของครัวเรือนในพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งการสำรวจของอรวรรณ สุทธางกูล เป็นการสำรวจชุมชนเกือบทุกเขตทางฝั่งใต้ของกรุงเทพมหานคร จึงเป็นค่าเฉลี่ยจากชุมชนอื่นที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าชุมชนในเขตคลองเตยด้วย นอกจากนี้เกี่ยวกับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างก็มีความใกล้เคียงกับการสำรวจของอรวรรณ สุทธางกูล และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 11) โดยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 46) และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นลูกจ้างเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 46) ซึ่งเมื่อพิจารณาในภาพรวมของชุมชนที่ทำการศึกษา จะเห็นว่าคุณภาพชีวิตของชาวชุมชนไม่ตึ้นักสอดคล้องกับการสำรวจของอรวรรณ สุทธางกูล จากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้ประชาชนในชุมชนมีความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ที่ด้อยกว่าประชากรภายนอกชุมชน ทั้งด้านบ้านพักอาศัย การศึกษา รายได้ สุขภาพ ความสุขสบายของครอบครัว คุณธรรมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะดังกล่าวทำให้ชาวชุมชนมีโอกาสเสี่ยงอย่างมากในการติดโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างมาก

การศึกษาของโยชิอากิ ตากาฮาชิ (Takahashi. 1978) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนไทย ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Quality of life in the Thailand : A Socio-Economic Analysis) เขาได้รวบรวมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนไทยว่าประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สุขภาพ และลักษณะทางประชากร จากองค์ประกอบดังกล่าวจะเห็นว่าประชาชนในชุมชนที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ตึ้นักและควรได้รับการช่วยเหลือและปรับปรุงอย่างเร่งด่วน โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่ารัฐบาลควรให้ความสนใจประชาชนแออัดมากเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่และมีความต้องการความช่วยเหลือทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่การพัฒนาทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาทางด้านสิ่งแวดล้อม ทางด้านสุขภาพอนามัย และทางด้านสังคม เป็นต้น ประกอบกับการสำรวจในปี 2531 พบว่าประมาณร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมดในกรุงเทพมหานครอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดและมีแนวโน้มจะมีการขยายตัวทางด้านพื้นที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆทั้งภายในและนอกชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคติดต่อ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2538)

1.2 ลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบว่าภายในบ้านของตนเองมีสภาวะแวดล้อมที่สะอาดและค่อนข้างดี ได้แก่ ความสะอาดภายในบ้าน การระบายอากาศที่เหมาะสม มีสัตว์รบกวนน้อย มีการกำจัดขยะและการระบายน้ำที่ถูกต้อง ซึ่งผลการตอบแบบสอบถามดังกล่าวมีความขัดแย้งกับการสังเกตของผู้วิจัย ที่พบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีสภาพแวดล้อมตรงกับที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ดังเช่น ชุมชนน้องใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนที่มีบ้านเรือนเป็นระเบียบ เนื่องจากเป็นชุมชนที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลช่วยในการ

สร้างบ้านเรือนให้ใหม่ ภายหลังจากการถูกเพลิงไหม้ มีการระบายอากาศ การระบายน้ำ และมีความสะอาดของชุมชนดีมาก โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่าชุมชนน้องใหม่สมควรเป็นชุมชนต้นแบบในการพัฒนาชุมชนอื่นๆ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความชุกของการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนคลองเตย ที่พบว่าชุมชนน้องใหม่มีอัตราภาคติดเชื้อพยาธิลำไส้ เพียงร้อยละ 0.7 เท่านั้นจากอัตราการติดเชื้อรวมในชุมชน ร้อยละ 9.05 (บังอร ฉางทรัพย์ และคณะ. 2546 : 49)

จากการที่กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตัวผู้วิจัยเองว่าค่อนข้างดีอาจมีความเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเคยชินและไม่ทราบว่าเป็นจริงแล้วสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นเช่นใด โดยศิริลักษณ์ แก้วคงยศ (2533) ได้ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสภาพแวดล้อมไม่ดีนัก เนื่องจากไม่มีที่ระบายน้ำโสโครกหรือที่ระบายน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน มีการกั้นขยะกันอย่างทับถม ทำให้ส่งกลิ่นเหม็น ทางเดินเท้าในชุมชนไม่เหมาะสม มีการถ่ายเทอากาศที่ไม่ดี ซึ่งผลดังกล่าวตรงกับที่ผู้วิจัยได้สังเกตเห็น โดยศิริลักษณ์ แก้วคงยศ วิเคราะห์ว่าลักษณะดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ประชาชนที่อาศัยในชุมชนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยต่ำ เนื่องจากเป็นผู้มีรายได้น้อยต้องอาศัยอยู่ในห้องที่คับแคบทรุดโทรมอาจถูกรื้อถอนหรือไล่ที่ได้ตลอดเวลา ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง

เป็นที่ทราบแล้วว่าประเทศไทยได้มีองค์กรพัฒนาเอกชน (Non-Government Organization, NGO) เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นจำนวนมาก (ธำรง อุดมไพจิตรกุล และคณะ. 2543 : 8-9) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ องค์กรให้บริการ องค์กรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสร้างอำนาจความเข้มแข็งให้กับประชาชน องค์กรสนับสนุน และองค์กรร่วมหรือองค์กรเครือข่าย พบว่ามีองค์กรเป็นจำนวนมากที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนแออัด (ธำรง อุดมไพจิตรกุล และคณะ. 2543 : 23-24) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือคนยากจน ผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้มีที่อยู่อาศัย ส่งเสริมให้มีการพัฒนาชุมชนให้ชาวบ้านรู้จักวิธีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีพละนาถัยที่สมบูรณ์ สนับสนุนให้เด็กในชุมชนได้รับการศึกษา ส่งเสริมและเป็นศูนย์กลางทางความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน และกลุ่มบุคคลทั่วไปที่สนใจทั้งในและต่างประเทศ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาสังคม ยกตัวอย่างองค์กรที่ทำงานด้านชุมชนแออัด เช่น มูลนิธิดวงประทีป ศูนย์รวมพัฒนาชุมชน มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิศึกษาเอเชีย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาชุมชนเมือง มูลนิธิศึกษาที่อยู่อาศัยแห่งเอเชีย และสำนักวิจัยและปฏิบัติการชุมชนเมือง เป็นต้น ซึ่งมูลนิธิต่างๆ ได้มีการพัฒนาชุมชนแออัดมาอย่างต่อเนื่อง จนสภาพแวดล้อมของชุมชนแออัดมีสภาพที่ดีกว่าในอดีตขึ้นมาก อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ของประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากความเคยชินและลักษณะนิสัยที่เคยปฏิบัติมาแต่ในอดีต ทำให้ขาดการอบรมบุตรหลานและสร้างลักษณะนิสัยที่ถาวรให้แก่บุตรหลาน ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีวิธีใดวิธีหนึ่งที่แก้ปัญหานี้ ได้แก่ การสร้างนิสัยให้แก่เด็กในการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้คงทนถาวร โดยให้มีความตระหนักหรือมีจิตสำนึกต่อการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะสมต่อไป

จากผลการศึกษาถึงแม้จะพบว่า ภายในชุมชนแออัดมีจุดด้อยต่างๆ เป็นจำนวนมาก ทั้งด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และสุขภาพสิ่งแวดล้อม แต่จากการสังเกตและสอบถามพบ

ว่าประชาชนภายในชุมชนมีลักษณะที่คล้ายกับประชากรในต่างจังหวัด คือตรงไปตรงมาและมีความเกรงใจและเชื่อผู้ที่มีการศึกษาสูง ที่มาจากนอกชุมชน มีความเชื่อฟังครูของบุตรมากกว่าผู้นำชุมชน เนื่องจากผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าแบบสอบถามที่ฝากให้กับครูเป็นผู้แจก จะได้รับความร่วมมืออย่างดีและได้รับกลับมาเกือบครบ ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าการให้ความรู้ หรือขอความร่วมมือจากชุมชน ถ้าดำเนินโดยมีครู อาจารย์ เป็นตัวกลาง น่าจะทำให้เกิดประสิทธิผลเป็นอย่างดี

ถึงแม้ว่าจุดด้อยของชุมชนแออัดมีอยู่ค่อนข้างมาก แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าชุมชนแออัดมีจุดเด่นต่างๆ มากเช่นกัน ได้แก่ เป็นแหล่งแรงงานระดับล่างที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ ชุมชนแออัดเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยจำนวนมากที่ลดภาระของภาครัฐในการจัดการที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ภายในชุมชนยังมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่กว้างขวาง มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน เพราะทุกคนมีฐานะเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน ยามว่างก็จะนั่งพูดคุย ทำงานร่วมกันในชุมชน โดยจะช่วยปรับวัฒนธรรมให้แก่ผู้ที่เข้ามาอยู่อาศัยใหม่เป็นอย่างดี และประชาชนในชุมชนแออัดมักไม่เกี่ยงงาน มีความอดทน และมีความยืดหยุ่นในการใช้จ่าย ซึ่งลักษณะดังกล่าวนับว่าเป็นจุดเด่นในการที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะทำการรณรงค์ หรือดำเนินการด้านต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่ผู้อยู่อาศัยในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญโดยตรงต่อประชาชนในชุมชน ที่จะทำให้มีการดำเนินการกิจกรรมใดๆ ที่จะกำจัดจุดด้อยภายในชุมชนให้หมดไป

หน่วยงานทั้งของภาครัฐและเอกชนดังกล่าวข้างต้นได้เห็นความสำคัญของประชาชนในชุมชนแออัด โดยเฉพาะได้มีองค์กรพัฒนาเอกชนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในด้านต่างๆ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านทัศนคติ ด้านรายได้ โดยเฉพาะแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนแออัด ซึ่งมีแบบแผนในการให้แรงจูงใจ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม การสนับสนุน การดำเนินงาน การประเมิน และการพัฒนา (ธำรงค์ อุดมไพจิตรกุล และคนอื่นๆ. 2543 : บทคัดย่อ) ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวได้มีการดำเนินการในบางชุมชนเท่านั้น ไม่ครอบคลุมชุมชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากการจำกัดของทรัพยากร ดังนั้นถ้ามีวิธีการที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรมาก โดยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนภายในชุมชนได้ก็จะได้ประโยชน์เป็นอย่างมาก ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการสร้างจิตสำนึกให้แก่ประชาชนน่าจะเป็นสิ่งที่ควรกระทำ อย่างไรก็ตามวิธีการในการสร้างจิตสำนึกดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพและได้ผลเป็นรูปธรรมก็นับว่าเป็นสิ่งที่ยากและท้าทายที่ควรมีการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัยลักษณะสุขาภิบาลภายในบ้านพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับลักษณะบ้าน น้ำดื่ม จำนวนห้องส้วม ชนิดส้วมที่ใช้ และจำนวนห้องนอนภายในบ้าน ค่อนข้างถูกสุขลักษณะ และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ อรวรรณ สุทธางกูล (2540) ที่พบว่าครัวเรือนภายในชุมชนส่วนใหญ่ใช้น้ำประปา และเกือบทุกครัวเรือนมีส้วมใช้ และส่วนใหญ่เป็นส้วมที่ใช้ในครัวเรือนของตนเอง โดยมีส้วมน้อยที่ใช้ส้วมร่วมกับครัวเรือนอื่น อย่างไรก็ตามก็ยังมีบางส่วนที่ใช้ส้วมหลุม ส้วมถัง หรือส้วมอื่นๆ ส่วนวัสดุที่ใช้สร้างบ้านจากการศึกษาครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่ตอบว่าทำด้วยไม้ (ร้อยละ 43.3) ไม้สัก (ร้อยละ 20.3) และบ้านตึก (ร้อยละ 29.0) ซึ่งตรงกับการสำรวจของอรวรรณ สุทธางกูล เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าชุมชนในเขตคลองเตยมีลักษณะใกล้เคียงกับชุมชนอื่นๆ ของกรุงเทพมหานคร

ส่วนขนาดของครอบครัวนั้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโดยส่วนใหญ่จำนวนผู้อาศัยภายในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีประมาณ 3-4 คน (ร้อยละ 52.0) และร้อยละ 5-6 คน (ร้อยละ 28.8) ต่างจากการศึกษาของอรวรรณ สุทธางกุล (2540) ที่พบว่าโดยส่วนใหญ่มีขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ย 6 คนต่อครัวเรือน จากผลการสำรวจดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าประชาชนภายในชุมชนมีการแยกครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากเป็นการสำรวจที่ระยะเวลาที่ต่างจากการศึกษาที่ก่อนหน้านั้น

1.3 ระยะเวลาที่พักอาศัยภายในชุมชน / ภูมิลำเนาเดิมของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ยังให้ความสนใจเกี่ยวกับระยะเวลาในการพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ภายในชุมชนคลองเตย โดยพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ภายในชุมชนมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 59.7) รองลงมา ได้แก่ 5-10 ปี (ร้อยละ 21.4) โดยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 62.3) รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.3) โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี อาจเป็นรุ่นลูกหลานของผู้ที่มีการอพยพมาในระยะแรกๆ โดยสอดคล้องกับอายุของผู้ตอบแบบสอบถามที่ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 65.3) และ 15-20 ปี (ร้อยละ 13.9) ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวตอบแบบสอบถามว่าตนเองมีพื้นเพอยู่ในภาคกลาง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนคลองเตย ที่ตอบว่ามีพื้นเพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนปานกลาง โดยการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2543 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) พบว่าประชากรทั่วประเทศมีการย้ายถิ่น สูงถึงร้อยละ 6.2 ช่วงอายุที่ย้ายถิ่นสูงคือ 20-24, 25-29 และ 30-39 ปี ตามลำดับ ซึ่งประชากรที่มาจากกาที่ย้ายถิ่นดังกล่าวเข้าทำงานในหน่วยงานต่างๆ และบางส่วนไม่มีที่พักอาศัย อาจต้องมาพักอาศัยภายในชุมชนแออัด โดยพักกับญาติหรือเช่าห้องพักอยู่ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้ที่อพยพมาในระยะหลังๆ ส่วนใหญ่อาจไม่ได้พักในชุมชนแออัด เนื่องจากภายในชุมชนมีผู้พักอาศัยอย่างหนาแน่นและไม่มีที่พักเหลือพอที่จะให้ผู้ที่ย้ายเข้ามาภายหลัง พวกเขาอาจหาที่พักอาศัยนอกชุมชนแทน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังไม่มีรายงานการสำรวจไว้ อย่างไรก็ตามการสำรวจก่อนหน้านี้ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2533 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533) ประชาชนในชุมชนแออัดจากการสำรวจในปีดังกล่าว น่าจะเป็นประชาชนที่เข้ามาอยู่ในชุมชนแออัดเป็นส่วนใหญ่ โดยผลการสำรวจพบว่าเหตุผลของการย้ายถิ่นที่สำคัญ เนื่องมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยร้อยละ 65.5 ย้ายเข้ามาเพื่อต้องการหางานทำ ร้อยละ 18.8 เข้ามาเพื่อติดตามหัวหน้าครอบครัว และร้อยละ 10.2 ย้ายเข้ามาเพื่อศึกษาต่อและฝึกอาชีพ ซึ่งผู้ย้ายถิ่นโดยส่วนใหญ่ในปีดังกล่าวส่วนมากมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.3) เท่านั้น รองลงไป ได้แก่ มัธยมศึกษา มหาวิทยาลัย และวิทยาลัยครูตามลำดับ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537 : 12) แสดงให้เห็นว่าการย้ายถิ่นเป็นปัจจัยพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งจำนวนและด้านโครงสร้างทางประชากรของถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง โดยอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและลบต่อพื้นที่ทั้งสองด้วย เช่น กรุงเทพมหานครที่แรงงานของผู้ย้ายถิ่นจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทดแทนแรงงานที่ขาดแคลน เช่น แรงงานไร้ฝีมือ แต่ขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของกรุงเทพมหานคร โดยชุมชนแออัดเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งที่ผู้ย้ายถิ่นเคลื่อนย้ายเข้าไปอยู่เพื่อตั้งถิ่นฐานและหางานทำ ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะไม่แสดง

ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากการย้ายถิ่น แต่การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) แสดงให้เห็นว่าส่วนมากผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดจะเป็นผู้ย้ายถิ่นเข้าไปอาศัยอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป แต่การที่ข้อมูลมีความขัดแย้งกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เนื่องจากระยะเวลาการสำรวจที่แตกต่างกันเกือบ 10 ปี ทำให้ผู้ย้ายถิ่นตอบแบบสอบถามว่าเป็นคนในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในครั้งนี้จะระบุระยะเวลาพื้นเพดั้งเดิมไว้ 10 ปี ดังนั้นในการสำรวจครั้งต่อไปผู้วิจัยคิดว่าไม่ควรจะกำหนดระยะเวลาไว้ จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นเพดั้งเดิมที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการสำรวจเกี่ยวกับพื้นเพดั้งเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติก็ใช้วิธีนี้ในการสำรวจ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) สำรวจพบว่าเหตุผลของการย้ายถิ่นของประชากรพบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนการย้ายถิ่นสูงกว่าเพศชาย คือประมาณร้อยละ 79 และ 50 ตามลำดับ โดยเหตุผลที่สำคัญได้แก่ การถูกไล่ที่ ด้านเศรษฐกิจ และการย้ายตามบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในชุมชนแออัดมีห้องเช่าราคาถูกและอยู่กลางเมืองใกล้แหล่งงาน เป็นต้น โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่ารัฐควรมีโครงการสร้างงานในชนบทให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นมีการทำงานอย่างทั่วถึง ยกตัวอย่างเช่น โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ที่นับว่าค่อนข้างดีและทำให้ประชาชนมีรายได้มากขึ้น และควรจะมีการส่งเสริมให้โครงการดังกล่าวมีความเข้มแข็ง และพัฒนาโครงการอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป ก็จะทำให้ลดการอพยพของประชากรเข้าสู่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ควรผลักดันให้ประชาชนภายในชุมชนแออัดกลับสู่บ้านเกิดของตน และใช้พื้นที่ดินของตนให้มีประโยชน์สูงสุด ด้วยวิธีต่างๆ ที่รัฐได้พยายามดำเนินการอยู่ในปัจจุบันและควรผลักดันให้โครงการดังกล่าวเกิดผลอย่างรวดเร็ว ก็จะทำให้ชุมชนแออัดลดจำนวนลงและหมดไปในที่สุด ทำให้ประชาชนในชุมชนดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่ดีและปราศจากการติดโรคพยาธิไส้ต่อไป

2. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย

กรุงเทพมหานคร (ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 1)

จากการพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิไส้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จากข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 77.68 (ร้อยละ 77.68) ซึ่งนับว่าเป็นคะแนนระดับปานกลาง โดยมีค่าต่ำสุด ร้อยละ 44.00 สูงสุดร้อยละ 98.00 ซึ่งค่าคะแนนของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย มีระดับปานกลางค่อนข้างสูง ต่างจากสมมุติฐานการวิจัยที่คาดว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตยอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามเนื่องจากอัตราการติดเชื้อพยาธิไส้ในประชาชน ที่อาศัยในชุมชนในเขตคลองเตยยังมีอยู่ถึงร้อยละ 9.05 ซึ่งอัตราดังกล่าวยังนับว่าทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคพยาธิไส้ภายในชุมชนได้เป็นอย่างมาก โดยบังอร ฉางทรัพย์ (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ 2546) ทำการสำรวจพบว่าชนิดของพยาธิไส้ที่ยังคงระบาดอยู่ในชุมชน ได้แก่ พยาธิปากขอ ร้อยละ 2.38 พยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 1.90 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 1.67 พยาธิตืดที่เนีย ร้อยละ 1.19 พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 0.48 พยาธิแส้ม้า

ร้อยละ 0.24 และพยาธิโปรโตซัว ได้แก่ เอ็นตามีบาโคไล ร้อยละ 0.95 เอ็นโดไลแมกนานา ร้อยละ 0.48 (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2546 : 72) ซึ่งพยาธิลำไส้ที่ระบาดภายในชุมชนเขตคลองเตยดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร และการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงให้ถูกต้อง และเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้บุคคลปลอดภัยจากการเป็นโรคพยาธิลำไส้ถ้ามีการปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์ว่าบุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นเช่นใด ควรที่จะมีการสังเกตพฤติกรรมอย่างละเอียดจะทำให้การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความเที่ยงตรงมากขึ้น แต่เนื่องจากความจำกัดต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ขึ้นมา อ้างอิงตามเนื้อหาของประดม ระดมยศและคนอื่นๆ (ประยงค์ ระดมยศ; สุวณี สุภาเวชย์; และศรัชัย หล่ออารีสุวรรณ.2539) โดยได้ทำการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนนี้พบว่าแบบสอบถามมีความตรง ความเที่ยง และค่าอำนาจการจำแนกที่เชื่อถือได้

เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนคลองเตยตามผลการวิจัยที่ได้จากแบบสอบถาม จะเห็นว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าสมมุติฐานที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าถึงแม้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อยู่ในระดับปานกลาง แต่ปัญหาการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ก็ควรจะได้รับการแก้ไข โดยการรณรงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ให้มากขึ้น อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความขัดแย้งกับการศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย เรื่อง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ในปี 2539” ที่พบว่า แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง แต่ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับยังสูงกว่าเป้าหมาย ดังนั้นการควบคุมจึงควรเน้นการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เลือกวิธีที่เหมาะสมและการให้สุขศึกษาผ่านสื่อบุคคลแนวลึกมากขึ้น โดยการวิเคราะห์หาพื้นที่ที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อปรับเปลี่ยนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการแพร่โรค การติดโรค โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาสุกๆ ดิบๆ (ฐิติมา วงศาโรจน์ และคนอื่นๆ. 2545. 115-116) นอกจากนี้มีการศึกษาในพื้นที่ 42 จังหวัด พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องหนอนพยาธิใบไม้ตับอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 35.5 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 50.9 อยู่ในเกณฑ์ต่ำร้อยละ 13.7 ส่วนเจตคติที่ดีต่อการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีร้อยละ 73.6 พอใช้ ร้อยละ 26.0 น้อยมาก ร้อยละ 0.4 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการดำเนินงานตามกลวิธีควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ที่มีกิจกรรมต่างๆ เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

กิลส์ (Gilles : 1990) ได้เสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิว่า อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ซึ่งต้องหาแนวทางในการแก้ไข และได้ให้หลักในการควบคุมโรคพยาธิไว้ 4 แนวทางคือ การกำจัดอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะ การให้สุขศึกษาร่วมกับการมีส่วนร่วมของประชาชน การให้ยาบำบัดรักษา และการแก้ไขโรคโลหิตจาง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความระมัดระวังต่อโรคพยาธิลำไส้ น่าจะเป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคพยาธิ ส่วนองค์การอนามัยโลก (WHO. 1998) ได้ให้ความเห็นว่าการให้สุขศึกษาและการปรับปรุงอนามัยสิ่งแวดล้อม น่าจะเพียงพอสำหรับพื้นที่ที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ ส่วนผู้ที่มีการติดเชื้อรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องควบคู่ไปกับการรักษาโรคโลหิตจาง

ถึงแม้ว่าระดับคะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับปานกลางค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นระดับคะแนนที่น่าพอใจ แต่ผู้วิจัยคิดว่าระดับคะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ควรจะอยู่ในระดับคะแนน 80 ขึ้นไป และปัญหาหนึ่งของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้สูง ได้แก่ การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นปัญหาหลักต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการบริโภคเนื้อปลาสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปลาน้ำจืดเกล็ดเล็กในกลุ่มไซปรีนอยด์ เช่น ปลาสร้อยหัวกลม ปลาชอวาณา ปลานวลจันทร์ ปลาดตะเพียนขาว และปลาดตะเพียนทราย เป็นต้น (จิตติมาวงศาโรจน์ และคนอื่นๆ. 2545 : 134-135) นอกจากนี้การบริโภคเนื้อหมูหรือเนื้อวัวดิบ ที่ชาวชุมชนนิยมนำมาทำลาบก้อยก็ทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิตัวติดได้อย่างง่ายดาย ถึงแม้ว่าประชาชนจะทราบว่าการบริโภคเนื้อดิบดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิก็ตาม แต่เนื่องจากประเพณีวัฒนธรรมของครอบครัวที่ทำต่อกันมา พฤติกรรมดังกล่าวจึงมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างยาก

จากผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ โดยสามพฤติกรรมแรกค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง ส่วนพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนไม่ได้ให้ความสนใจต่อการเฝ้าระวังเพื่อเป็นการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากเท่าใดนัก และเมื่อพิจารณาจากค่าการกระจายก็พบว่าพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้มีค่าการกระจายมาก แสดงว่าประชาชนมีความแตกต่างกันในการมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างมาก ซึ่งข้อคำถามในส่วนของพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ การรับประทานยาถ่ายพยาธิ การออกกำลังกาย การไปตรวจร่างกายประจำปี การเดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน การคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง และการใช้มือหยิบหรือจับเนื้อดิบ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักจะถูกละเลยในขณะที่ประชาชนมีสภาวะของร่างกายปกติ โดยต้องเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพเท่านั้น ที่จะเห็นความสำคัญของพฤติกรรมดังกล่าว แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าสามารถทำการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ ถ้ามีการปลุกกระตุ้นอย่างจริงจังดังกล่าวข้างต้น

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับทฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตามความมุ่งหมายและสมมุติฐานการวิจัยข้อ 2)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับทฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ตามความมุ่งหมายและสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พบว่าปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง และเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นภาพที่ชัดเจนผู้วิจัยได้แยกการอภิปรายผลในแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

จากการวิเคราะห์แบบสอบถาม พบว่าประชาชนในชุมชนเขตคลองเตย มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 73.5 ค่าต่ำสุด ร้อยละ 20 ค่าสูงสุด ร้อยละ 100.00 จากการประเมินโดยทั่วไปจะเห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างถึงแม้ว่ามีระดับคะแนนปานกลางแต่ก็จัดว่าค่อนข้างดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ หรือได้รับการสั่งสอนเกี่ยวกับโรคพยาธิมาไม่มากนักน้อย โดยในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งยึดตามเนื้อหาของ ประยงค์ ระดมยศ (ประยงค์ ระดมยศ; สุวณี สุภาเวช; และศรัชัย หล่ออารีสุวรรณ. 2539) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกัน และการรักษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างได้รับจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 24.62) เจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 19.69) สิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 16.31) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 9.54) เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 9.23) วิทยุ (ร้อยละ 8.31) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 7.38) และอื่นๆ (ร้อยละ 4.92) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าโทรทัศน์มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลต่างๆ เนื่องจากในปัจจุบันแทบทุกครัวเรือนจะมีโทรทัศน์ไว้ใช้ ดังนั้นในการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ถ้าผ่านทางสื่อโทรทัศน์ก็น่าจะทำให้มีประสิทธิภาพในการรณรงค์ได้ดี แต่ก็มีข้อจำกัดว่าการรณรงค์ผ่านสื่อดังกล่าวค่อนข้างใช้งบประมาณมาก ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากลำดับรองลงมาจะเห็นว่าเจ้าหน้าที่มีบทบาทค่อนข้างมากเช่นกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเขต อย่างไรก็ตามนอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอยู่น้อยอาจทำให้การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นไปไม่ทั่วถึง ดังนั้นการรณรงค์ป้องกันโรคและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ อาจผ่านไปทางหัวหน้าชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน ครู และหัวหน้าชุมชนก็จะให้ผลที่เร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ให้แก่บุคคลดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากความสัมพันธ์ดังกล่าวจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับความรู้ โดยเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีความรู้มากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะปกติโดยทั่วไป เช่นเดียวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ที่ส่งผลถึงความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ เนื่องจากผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี ย่อมมีโอกาสในการแสวงหา

ความรู้ทางด้านต่าง ๆ และได้รับโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี

จากผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้สูงด้วยเช่นกัน อาจเกิดจากการที่บุคคลดังกล่าวมีการติดต่อกับบุคคลอื่นเป็นอย่างมาก จึงทำให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์มาก ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิมากขึ้น และเช่นเดียวกันผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพสูง จะเป็นบุคคลที่แสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่เสมอ ทำให้ได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ไปด้วย โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพสูง ก็จะเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ติดต่อกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีทั้งความสัมพันธ์ทางตรง และความสัมพันธ์โดยทางอ้อม เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีความสัมพันธ์กัน ในส่วนของความรู้ซึ่งมีต่อเจตคติในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง โดยสอดคล้องกับ ดวงเดือน พันธุนาวิน (ดวงเดือน พันธุนาวิน. 2523. 5-7) ที่กล่าวว่า เจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น จะต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นอันดับแรก และเป็นความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นทางด้านว่า สิ่งนั้นมีคุณหรือมีโทษมากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อถือที่ใช้ประเมินค่าสิ่งนั้นได้ ฉะนั้นความรู้ในเรื่องหนึ่งจึงมีความสำคัญต่อเจตคติในเรื่องนั้น และเมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าและมีความรู้สึกรับชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่สอดคล้องกันซึ่งติดตามมาคือความพร้อมที่จะกระทำหรือมีความตั้งใจในการกระทำนั้นเอง อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันทางอ้อมที่ผ่านปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยผลการวิจัยที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ กรรณิกา ทิพย์คง (กรรณิกา ทิพย์คง. 2538 : 131-147) ที่พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันของระบบหายใจสูง แต่กลับมีพฤติกรรมในระดับที่ถูกต้องน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ กุลชลี ภูรินทร์ (กุลชลี ภูรินทร์ . 2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเด็กวัยเรียน พบว่าความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลวิจัยที่แตกต่างกันมีความเป็นไปได้ว่าโรคหรือหัวข้อที่ศึกษามีลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นกับกลุ่มประชากรและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย

ถึงแม้ว่าค่าคะแนนคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง แต่หน่วยงานของรัฐก็ไม่ควรเพิกเฉย เนื่องจากความรู้เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ร่วมประกอบซึ่งจะกล่าวถึงเป็นลำดับต่อไป

3.2 เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

เมื่อพิจารณาเจตคติของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้พบว่ามีขนาดปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 76.50 ค่าต่ำสุด ร้อยละ 36.66 ค่าสูงสุด ร้อยละ 97.33 อย่างไรก็ตาม ขนาดของเจตคติที่ได้ อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ โดยเมื่อพิจารณาในหัวข้อย่อยของเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองสูง โดยมีค่าเฉลี่ยถึงร้อยละ 82.05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 72.13 และ 74.96 ตามลำดับ

การที่ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแปรเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากการทบทวนทฤษฎี พบว่าเจตคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้และมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรม ดังที่ชอร์วและฟิลิป (Shaw; & Philip. 1985 : 245) ได้กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบหนึ่งของเจตคติ ได้แก่ ความพร้อมที่จะกระทำ โดยเป็นความพร้อมที่จะกระทำทำให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้น และเป็นองค์ประกอบที่ใกล้ชิดกับพฤติกรรมมากที่สุด โดยนักจิตวิทยาเชื่อว่าเจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ถ้าเราได้รับรู้เจตคติของคน เราก็สามารถทำนายพฤติกรรมได้

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของการศึกษารุ่นนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูงในทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือเมื่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงก็มีผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตามตัวแปรเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ แต่อาจส่งผ่านมาจากตัวแปรอื่นที่จะกล่าวถึงต่อไปในการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ต่อไป อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการจำนวนมากที่ไม่เชื่อว่าเจตคติจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดี ดังเช่น วิกเกอร์ (Wicker. 1969) ได้ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเป็นจำนวนมาก แล้วทำการสรุปวิเคราะห์ที่นำความตกตะลึงมาสู่นักวิชาการ เขาพบว่าเจตคติจะทำนายพฤติกรรมได้เพียงไม่เกินร้อยละ 10 จึงแสดงให้เห็นว่าในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนโดยการเปลี่ยนเจตคตินั้นมักประสบความล้มเหลว เช่นการดักเตือนอันตรายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เกือบจะไม่มีผลต่อผู้ที่มีนิสัยสูบบุหรี่อยู่แล้ว และการศึกษาของแอนดรูและแคนเดลล์ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. 2533 อ้างอิงจาก Andrew; & Kandel. 1979) พบว่าการตัดสินใจที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมไม่สามารถทำนายได้จากเจตคติในการสูบบุหรี่ที่ได้วัดไว้ก่อน ได้ดีเท่ากับทำนายจากเพื่อนฝูงของเขาที่สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามเอจเซนและฟิชเบน (Ajzen; & Fishbein. 1977 : 888) กล่าวว่าเจตคติสามารถที่จะทำนายพฤติกรรมได้ หากสามารถลดอิทธิพลของปัจจัยภายนอกอื่นๆ ออกไป หรือเจตคตินั้นต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมที่ต้องการทำนาย โดยเขาได้พยายามแสดงให้เห็นว่าถ้าเจตคติที่วัดเป็นเจตคติทั่วๆ ไป และพฤติกรรมที่ทำนายเป็นพฤติกรรมเฉพาะแล้ว เราไม่ควรคาดหวังว่าปัจจัยทั้งสองจะมีความสัมพันธ์กันโดยตรงระหว่างเจตคติกับการกระทำ ดังนั้นต้องพยายามวัดเจตคติต่อพฤติกรรมโดยตรงหรือมีลักษณะเฉพาะถึงจะได้ผล ซึ่งตรงกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้

สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยตรง จึงนำที่จะทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากการวัดเจตคติในครั้งนี้ได้ และเพื่อแก้ปัญหาอิทธิพลอื่นที่มีผลต่อการวัดเจตคติ ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์อิทธิพลมาวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ โดยรายละเอียดผลการวิเคราะห์จะได้กล่าวถึงต่อไป

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนน ร้อยละ 68.55 มีคะแนนต่ำสุด ร้อยละ 40 และระดับคะแนนสูงสุด ร้อยละ 100 แบ่งออกเป็นค่าคะแนนของการสนับสนุนด้านอารมณ์ ร้อยละ 69.94 การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงานและบริการ ร้อยละ 64.83 และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 73.93 โดยจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่าการสนับสนุนด้านอื่นๆ จากผลวิจัยมีความเป็นไปได้ว่าประชาชนในชุมชนคลองเตยได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มากนัก อย่างไรก็ตามแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนามาแล้วยึดตามแนวคิดของแคพแลน (Caplan; et al. 1976 : 39-42) โดยคำถามมีลักษณะทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจึงมีลักษณะเป็นภาพโดยรวมซึ่งเน้นทางด้านสุขภาพ และนับเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อนข้างสูงและเป็นไปในทางบวก อาจเกิดจากการได้รับกำลังใจ ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดี และมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 586) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยเขาพบว่า อิทธิพลจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ขึ้น อาจเกิดจากการที่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วมีผลให้ภูมิคุ้มกันร่างกายเพิ่มขึ้นนั่นเอง

ผลของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับ การศึกษาของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1991) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะกระตุ้นให้บุคคลพยายามกระทำการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอหรือมากขึ้น นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul. 1988) ที่ศึกษาในกลุ่ม

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และยังเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

โคเฮนและวิลส์ (Cohen; & Wills. 1985 : 310-312) ได้ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและภาวะเครียด ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและการปรับตัวในภาวะเครียด โดยเขาได้เสนอสมมุติฐานเพื่ออธิบายผลดังกล่าวว่า การที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพเนื่องจาก การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคล เกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิด และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้มีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ดังกล่าวข้างต้น

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพศ โดยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีเครือข่ายทางสังคมที่ใหญ่กว่า มีความผูกพันใกล้ชิดทางอารมณ์ มีคนให้ความไว้วางใจมากกว่าเพศชาย เพราะมีพฤติกรรมแสดงออกมากกว่า ซึ่งสามารถให้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย (Turner; & Marino. 1994) และเมื่อศึกษาปัจจัยด้านอายุกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 15-35 ปี และจะคงที่เมื่ออายุ 35-55 ปี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง (Turner; & Marino. 1994 ; Turner; Pearlin; & Mullan.1998) เนื่องจากมีกลุ่มทางสังคมเล็กลงเนื่องจากการตายและพลัดพราก อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มอายุต่างๆ ของประชาชนในชุมชนเขตคลองเตย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ต่างกันมากนัก และจากข้อมูลโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและเป็นวัยทำงาน อาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวก มีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะมีหลักในการแก้ไขปัญหา และตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2537 : 33-37) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ เนื่องจากอาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายติดต่อทางสังคมที่มากกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ (Turner; & Marino. 1994 : 193-212) เช่นเดียวกับกับอาชีพ โดยที่บุคคลที่มีงานทำย่อมมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ไม่มีงานทำ เนื่องจากมีการติดต่อระหว่างกันทำให้เกิดเครือข่ายมากขึ้น โดยการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมอนามัยของบุคคล ทั้งแง่สุขภาพกาย สุขภาพใจ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีมาร์ช (Marc. 1982 : 59) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความ

ช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังคงรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย ซึ่งข้อคำถามที่ใช้ในการวิจัยได้ครอบคลุมลักษณะดังกล่าวไว้ทั้งหมด

3.4 ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 76.53 และมีการกระจายของข้อมูลไม่มากนัก โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพในงานวิจัย ได้นำมาจากแบบวัดของ กาญจนนา ปฏิยุทธ์ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดของเบอร์แมนและเบอร์แมน (กาญจนนา ปฏิยุทธ์, 2541 อ้างอิงจากBerman; & Berman, 1991) แบ่งเป็นสองตอน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกคนด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา โดยคาดว่าปัจจัยนี้น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งจากข้อมูลศึกษาความสัมพันธ์เบื้องต้น พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูงและไปในทิศทางบวก โดยมีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ยังมีความสัมพันธ์กับ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 เช่นเดียวกัน ดังนั้นจะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีการแสวงหาความรู้ มีเจตคติที่ดี และปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในที่นี้ได้แก่พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้นั่นเอง อย่างไรก็ตามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพอาจส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมไปยังปัจจัยดังกล่าวซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปเกี่ยวกับการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าสอดคล้องกับ วอลสตันและวอลสตัน (Wallston & Wallston, 1981 : 227-234) ที่ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพว่าสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่ออำนาจคนมาทำนายได้แก่ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนจะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ พบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนจะมีเจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการหาข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน และพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพนักงานที่ทำงานในสถาบันสุขภาพ จำนวน 123 คน พบว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคมีความสนใจในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการริเริ่มพฤติกรรมป้องกันหลังจากได้รับข้อมูลทางด้าน

สุขภาพ โดยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ (Zinder-Wernet; & Weiss. 1987 : 160-179)

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพกับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ของการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันสูงในทิศทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมีแข วิโรจนรัตน์ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพและความรู้เรื่องโรคเอดส์ในผู้ติดยาเสพติด พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนสูง จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนสูง จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงบุคคลดังกล่าวจะคอยแสวงหาความรู้อยู่เสมอ และเป็นผู้ที่มีแนวโน้มจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นวิธีการที่จะส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าครอบครัว และครู มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนทางด้านสุขภาพให้แก่เด็กซึ่งจะกลายเป็นประชาชนในชุมชนต่อไป ดังนั้นการจัดอบรมให้แก่ประชาชนและครูอย่างสม่ำเสมอจึงนับว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำต่อไป

สตริกแลนด์ (Strickland. 1978 : 1192-1211) กล่าวว่าเด็กจะมีความเชื่ออำนาจตนเองสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น การพัฒนาอำนาจภายใน-นอกคน เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน แต่สิ่งที่ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบิดามารดา นอกจากนี้ยังขึ้นกับ วัฒนธรรม ประเพณี โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เจริญขึ้น ตามสถานการณ์ที่ประสบ โดยแคนเดลและคนอื่น ๆ (Crandall, V.C.; Katkousky; & Crandall, V.J. 1965 : 328) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนจะต่ำเมื่อถึงวัยรุ่น เนื่องจากเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะช่วยตนเองได้น้อยลงต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมน้อยลงบุคคลจึงเริ่มเชื่อสิ่งที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น ตรงกันข้ามกับการศึกษาในครั้งนี้ที่กลับพบว่าอายุและความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยอาจมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21-40 ปี และมีลักษณะโดยทั่วไปไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สอดคล้องกับ โรบินสันและเชฟเวอร์ (Robinson; & Shaver. 1980 : 171-173) ที่ได้กล่าวถึงการพัฒนาขอบเขตความเชื่อมั่นอำนาจตนเองมีผลมาจากปัจจัยหลายประการ แต่ปัจจัยที่สำคัญคือ สภาพแวดล้อม ฐานะ เศรษฐกิจของครอบครัว และประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ได้แก่ ประสบการณ์สำคัญในชีวิต และประสบการณ์สั่งสมในอดีต เช่นเดียวกับ วรรณภา พาทูวัฒนกร (2534) ศึกษาพบว่าจำนวนปีการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือผู้ที่มีการศึกษามากจะมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญน้อยลง และพบว่าถ้ารายได้ครอบครัวต่อเดือนมากบุคคลจะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นน้อยลง ตรงกับผลวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

4. โมเดลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของประชาชนในชุมชน คลองเตย กรุงเทพมหานคร (ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 3)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear structural relationship) แบบมีความคลาดเคลื่อนในการวัด เพื่อตรวจสอบปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์โมเดลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยกัน 2 โมเดล โดยโมเดลพื้นฐานหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 (ภาพประกอบ 1 หน้า 14) ได้กำหนดให้อายุเป็นตัวแปรภายนอกเพียงตัวแปรเดียวที่ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยให้อายุมีอิทธิพลทางตรงต่อการสนับสนุนทางสังคมและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เหตุผลของการกำหนดเส้นทางตามโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 เนื่องจากการศึกษาพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อปัจจัยต่างๆ เป็นจำนวนมาก ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือพฤติกรรม (กรองแก้ว สุขแสง. 2540 ; กรรณิการ์ ทิพย์คง. 2538 ; เจตนา คันทาทิพย์. 2544) ซึ่งแน่นอนว่าอายุของบุคคลที่มากขึ้น ย่อมทำให้เกิดวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่มากขึ้น อีกทั้งผู้ที่อายุมากย่อมมีการสั่งสมความรู้ที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ในโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ผู้วิจัยให้อายุส่งอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเทอร์เนอร์และมาริโอ (Turner; & Marino. 1994 : 193-212) ศึกษาปัจจัยด้านอายุกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 15-35 ปี และจะคงที่เมื่ออายุ 35-55 ปี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง โดยมีกลุ่มทางสังคมเล็กลงเนื่องจากการตายและพลัดพราก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับเดียวกันเนื่องจากปัจจัยทั้งคู่อาจส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยเริ่มต้น อย่างไรก็ตามปัจจัยทั้งสองมีอิทธิพลอย่างแน่นอนต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากย่อมได้รับความรู้ในเรื่องต่างๆ มากขึ้นตามไปด้วย โดยสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ที่มีความสัมพันธ์กันในทางบวกที่ระดับ 0.01 ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นด้วยนั่นเอง

จากโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ผู้วิจัยได้ให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีโอกาสได้รับการศึกษาที่ดี มีโอกาสพบปะผู้คนและพูดคุยในเรื่องต่างๆ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้ได้ดีเช่นกัน เช่นเดียวกับที่เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองทำให้ได้รับอาหารเพียงพอตลอดถึงการเข้าถึงบริการได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้ให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ไล่โดยตรง เนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมย่อมส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมเท่านั้น โดยผ่านไประหว่างความรู้ เจตคติ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นกลับพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จึงมีความเป็นไปได้ว่าถึงแม้บุคคลจะมีความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้เป็นอย่างดีก็อาจจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เช่น แม้ว่าบุคคลจะทราบว่าควรรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ จะทำให้ติดโรคพยาธิได้ง่าย แต่ถ้าอยู่ในสังคมที่เขารับประทานอาหารกันก็ต้องรับประทานไปด้วย มิฉะนั้นอาจถูกตำหนิหรือทำให้รู้สึกตัวว่าเป็นส่วนเกินของกลุ่ม ซึ่งในจุดนี้นับว่าเป็นจุดอ่อนที่จะนำไปแก้ไขพฤติกรรมต่อไป

จากโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 ผู้วิจัยจัดให้เจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพเป็นตัวแปรทางด้านจิตลักษณะที่อยู่ในระดับเดียวกัน โดยปัจจัยทั้งสองได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่กล่าวข้างต้น ได้แก่ อายุ การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยผู้วิจัยให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและการสนับสนุนทางสังคมส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อปัจจัยทั้งสองโดยผ่านไประหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้เท่านั้น จากนั้นเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิและความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพส่งอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตาราง 10 หน้า 77) พบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืน โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 141.78 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.00 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วยังไม่เข้าใกล้ 1 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณมากกว่า 0.1 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติน้อยกว่า 200 แสดงว่าโมเดลยังไม่กลมกลืนและอธิบายได้ไม่ดีนัก แสดงว่าเส้นทางอิทธิพลของโมเดลที่ 1 ไม่เป็นไปตามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ว่าลำดับของตัวแปรอาจไม่ถูกต้อง หรือต้องมีการปรับแก้ใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ซึ่งความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพน่าจะส่งอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ตามการศึกษาของสติกแลนด (Strickland, 1978 : 1192-1211) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่อภายในตน มักจะเป็นบุคคลที่เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ ดังนั้นโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ดีนัก

จากผลการวิเคราะห์โมเดลทางเลือกหรือโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 ซึ่งมีความแตกต่างจากโมเดลที่ 1 โดยมีลำดับของตัวแปรที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยให้อายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นตัวแปรภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรอื่นๆ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยอายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรบินสันและเชฟเวอร์ (Robinson; & Shaver, 1980 : 171-173) ที่กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนจะเริ่มพัฒนาจากเด็กเล็กไปสู่เด็กโตและผู้ใหญ่ โดยจะเปลี่ยนจากผู้ที่ยอมรับความช่วยเหลือ มาเป็นผู้ริเริ่มกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความกระตือรือร้น ความเชื่ออำนาจ

ภายในคนจะเพิ่มตามอายุ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ความกลมกลืนของโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 พบว่าโมเดลมีความกลมกลืนไม่ตึงนัก แต่ก็มีค่าความกลมกลืนมากกว่าโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 1 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 8.83 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.06 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนและดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วเข้าใกล้ 1 ส่วนค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณมากกว่า 0.1 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติมากกว่า 200 และเมื่อพิจารณาจากพิจารณาจากค่าดัชนีการปรับแก้ และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงโมเดล พบว่าถ้าเพิ่มอิทธิพลจากอายุไปยังสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จะทำให้โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มเส้นอิทธิพลจากอายุไปยังสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในโมเดลตามภาวะสันนิษฐานที่ 2 และทำการวิเคราะห์หาความกลมกลืนใหม่ จากโมเดลที่ปรับแก้แล้ว พบว่ามีค่าไคสแควร์เท่ากับ 5.52 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 ความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.14 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีบอกความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.94 ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.06 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (CN) เท่ากับ 475.53 จากค่าดังกล่าวแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และสามารถอธิบายโมเดลได้ดี ดังนั้นโมเดลที่ปรับแก้แล้วนับว่าเป็นโมเดลในรูปแบบสมบูรณ์ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้เป็นอย่างดี

จากการพิจารณาโมเดลภายหลังการปรับแก้ และเป็นโมเดลเต็มรูปที่ผู้วิจัยใช้อธิบายปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร จะเห็นว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยจะกล่าวแยกตามปัจจัยที่ศึกษา

4.1 อิทธิพลของอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3.1 และ 3.2)

เมื่อพิจารณาอายุกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะเห็นว่าอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างน้อยเป็นในทิศทางลบและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้ว่ากลุ่มอายุต่างๆ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ใกล้เคียงกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15 ปีขึ้นไปและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 6 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน ปี 2539 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 38.46 โดยเพศชายมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และพบอายุ การศึกษา ของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ โรค (อังคณา ธีรสวัสดิ์; และอนงค์พร ประพันธ์วงศ์. 2545. 129) ซึ่งอัตราการติดเชื้อที่ใกล้เคียงกันของประชาชนอายุต่างๆ ย่อมสะท้อนถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ไม่แตกต่างกัน

จากเหตุผลที่ประชาชนในกลุ่มอายุต่างๆ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ไม่แตกต่างกัน อาจมีความเป็นไปได้ว่าการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัวที่มีลักษณะไม่ถูก

สุขอนามัย หรือพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ เช่น การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบ การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร เป็นสิ่งปกติที่บิดา มารดา หรือผู้สูงอายุภายในครอบครัว ปฏิบัติมาจนเป็นปกตินิสัย ดังนั้นเมื่อบุตรหลานมีพฤติกรรมดังกล่าว จึงถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา ในทางตรงกันข้าม เมื่อบุตรหลานไม่ทำตาม เช่น ไม่ยอมรับประทานอาหารสุกๆ ดิบ ร่วมกับครอบครัวก็ อาจทำให้ถูกตำหนิ หรือถูกมองว่าลืมหิว เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวจึงทำให้ประชาชนในชุมชน ไม่สามารถมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องได้ถึงแม้ว่าจะทราบก็ตาม ในการที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องในกลุ่มอายุสูง จะได้ผลดีถ้าเขาได้เห็นผลที่เกิด เช่น การติด โรคพยาธิ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับร่างกายหรือการเห็นตัวอย่างจากบุคคลที่มีความทุกข์ทรมานจาก การติดโรคพยาธิ เป็นต้น ส่วนประชาชนที่มีอายุน้อย ผู้วิจัยมีความเห็นว่าสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอายุมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผ่านทางโรงเรียน โดยสามารถแทรกเนื้อหาไว้ในวิชาสุขศึกษา และมีการรณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค พยาธิลำไส้อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของอายุที่มีต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการ ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะเห็นว่าอายุมีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง อิทธิพลทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จึงไม่ มีความจำเป็นต้องแยกตามกลุ่มอายุ หรือเฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มอายุใดอายุหนึ่ง

4.2 อิทธิพลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 3.3 และ 3.4)

จากโมเดลการวิจัยจะเห็นว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยส่งผ่านทางตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิ ลำไส้ อย่างไรก็ตามอายุและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการ สนับสนุนทางสังคมและความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพได้น้อยมาก (ร้อยละ 5 และ 12 ตามลำดับ) และจากผลการวิจัยจะเห็นว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรภายใน ที่ทำการศึกษาทุกตัว โดยสอดคล้องกับ แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985 : 175) ที่กล่าวว่าระยะเวลาในการศึกษาและรายได้เป็นตัวบ่งบอกถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเป็นแหล่ง ประโยชน์ของบุคคลที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติดูแลตนเอง การศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความ รู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล รู้จักดูแลสุขภาพเนื่องจากมีความเข้าใจในสภาวะสุขภาพของ ตน และแผนการรักษา นอกจากนี้ผู้ที่มิมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีก็จะสามารถแสวงหาแหล่ง อำนวยประโยชน์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ และยังพบว่าระยะเวลาในการศึกษา ยังมีความสัมพันธ์กับรายได้ โดยพบว่าผู้มีการศึกษาสูงมักจะมีรายได้ที่ดี ขณะที่ผู้มีการศึกษาดำมักมี รายได้ที่น้อย และผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีความจำกัดของแหล่งประโยชน์ สถานะทางเศรษฐกิจและ สังคมจึงมีอิทธิพลสูงต่อการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเอง

เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นคะแนนระหว่างรายได้ของตนเองต่อเดือน รายได้รวมครอบครัวต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ และค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งในภาพรวมสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนในชุมชนเขตคลองเตยไม่ตึงเครียด แต่คะแนนที่ได้ก็มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายค่อนข้างสูง แสดงว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนมีความแตกต่างกันอยู่พอสมควร

จากการพิจารณาโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ภาพประกอบ 9 หน้า 79) พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นสูงดังที่กล่าวข้างต้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของทวิตต์กี กสิผล (2541 : 102-115) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงในจังหวัดชลบุรี พบว่าการศึกษาและอาชีพของประชาชนมีผลต่อการป้องกันโรคและการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 164) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง อย่างไรก็ตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการยกระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมนับว่าเป็นเรื่องยาก โดยเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยภายในชุมชนแออัด โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับรายได้และการศึกษา โดยอาจดำเนินการสำรวจและจัดทำโครงการสร้างงานให้แก่คนที่ว่างงาน โดยอาจส่งเสริมโครงการผลิตภัณฑ์ภายในครอบครัว และให้ทุนการศึกษาแก่เด็กยากจนภายในชุมชน จนจบชั้นปริญญาตรี เป็นต้น

ในส่วนของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม ของการศึกษาครั้งนี้ที่มีความสัมพันธ์กัน และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 การอธิบายผลวิจัยดังกล่าวได้กล่าวข้างแล้วในเบื้องต้น ว่าสถานะทางเศรษฐกิจย่อมทำให้บุคคลมีโอกาสในการพบพวักัน ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์และได้รับความช่วยเหลือมากกว่าคนที่มิสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ นอกจากนี้การศึกษาที่สูงขึ้นย่อมทำให้บุคคลมีเพื่อนมากขึ้น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับทั้งด้านอารมณ์ สิ่งของ แรงงานและบริการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์ ได้เช่นกัน

ในส่วนของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.18 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูง ย่อมทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และมีโอกาสในการใส่ใจสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ โรบินสันและเชฟเวอร์ (Robinson; & Shaver. 1980 : 171-173) ที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้งกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและการศึกษาของแครนเดลและลาซี (Crandall; & Lacy. 1972 : 1123-1131) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังขึ้นกับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคมอีกด้วย

ในภาพรวมจะเห็นว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งอิทธิพลถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่ศึกษาทุกปัจจัย โดยมีอิทธิพลต่อความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ซึ่งปัจจัยด้านความรู้ได้ส่งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมไปยังพฤติกรรมโรคพยาธิลำไส้ ส่วนเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ส่งอิทธิพลทางตรงไปยังพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อีกด้วย อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างน้อยและเป็นทางลบ นั้นหมายความว่าถึงแม้ว่าคนมีความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ ก็อาจมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้แก่บุคคลเพียงอย่างเดียว ก็ไม่หมายความว่าจะทำให้เขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ในทางตรงกันข้ามผลการวิจัยกลับแสดงให้เห็นว่ามีเพียงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

4.3 อิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้กับเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 3.9 และ 3.10)

ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่าผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้ไม่มีอิทธิพลทั้งโดยทางตรงและต่อทางอ้อมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของงานวิจัยอื่นๆ เช่นการศึกษาของกุลชลี ภูมิรินทร์ (2535 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความเห็นว่าแม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่มากนัก แต่ก็ยังคงมีความสำคัญที่บุคคลควรต้องทราบเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากความรู้เรื่องโรคพยาธิอาจส่งอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ เช่น ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นต้น โดยปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวข้างต้นน่าจะมีลักษณะเช่นเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้กับเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะเห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ส่งอิทธิพลต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ร่วมกับปัจจัยที่กล่าวข้างต้น มีค่าอำนาจในการทำนายความแปรปรวนของเจตคติได้ ร้อยละ 47 นับว่าเป็นค่าอำนาจในการทำนายที่ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้จะไม่มีอิทธิพลทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ก็ตาม แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของแผ่นพับ การอบรม การส่งเจ้าหน้าที่ไปส่งเสริมให้ความรู้ และการจัดให้มีโปรแกรมส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ อาจมีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นที่จะเหนี่ยวนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไปได้

4.4 อิทธิพลของเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 3.11)

จากผลการวิจัย พิจารณาจากโมเดลที่ปรับแก้แล้วพบว่าเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ตรงกันข้ามกับการศึกษาสหสัมพันธ์ที่ได้กล่าวถึงข้างต้นที่พบว่าเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษา มีผลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตามการวัดเจตคติเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน และวัดได้ยาก เนื่องจากในบางครั้งเจตคติที่ตรงกับความรู้สึกภายใน (True attitude) หรือเรียกว่า “เจตคติซ่อนเร้น (concealde attitude)” อาจไม่แสดงออกอย่างแท้จริง เนื่องจากตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยภายนอกอื่นๆ ก็เป็นไปได้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533 : 387) เช่นเดียวกับที่นักจิตวิทยาเชื่อว่า เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมโดยถ้าเรารู้เจตคติของคน เราก็สามารถที่จะทำนายพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 1964 เลออน เฟสติงเจอร์ (Leon Festinger) กล่าวว่าผลงานวิจัยไม่ได้สนับสนุนว่าการเปลี่ยนเจตคติของคนจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามไปด้วย โดยเขากล่าวว่าพฤติกรรมของมนุษย์ต่างหากที่น่าจะเป็นตัวกำหนดเจตคติ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533) นอกจากนี้ โรเบิร์ต อเบลสัน (Abelson. 1976) กล่าวว่า “คนเรามักจะเก่งมากในการหาเหตุผลมายืนยันสนับสนุนพฤติกรรมกระทำของตน แต่มักจะไม่ค่อยเก่งในการกระทำตามสิ่งที่ตนเห็นดีเห็นชอบด้วยเหตุผล” ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการวัดเจตคติโดยทั่วไปอาจไม่ได้เจตคติที่แท้จริง ดังนั้นน่าจะมามีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะให้บุคคลแสดงเจตคติที่แท้จริงของเขาออกมา ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องค่อนข้างยากและต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ตอบเป็นอย่างมาก เช่น ควรมีการกระตุ้นให้คิดถึงเจตคติของตนก่อนการกระทำ โดยการได้รับการเรียนรู้ ดอกย่ำ เข้าไปจนกลายเป็นรากฐานส่วนลึกของการรับรู้เจตคตินั้นก็จะมีความคงทนถาวร และทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การที่จะใช้เจตคติในการทำนายพฤติกรรมได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของบุคคลด้วย ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปพบว่าผู้ที่มีลักษณะของศูนย์การควบคุมอยู่ที่ภายในตน (Inner-directed) สูง แสดงความคงที่ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่มีลักษณะการควบคุมภายนอกตน ซึ่งมักกำหนดการกระทำของตนตามแต่ปัจจัยภายนอกรอบข้าง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533 อ้างอิงจาก Snyder. 1981 ; Olson; & Fazis, 1980) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องข้อความดังกล่าว โดยพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวว่ากระบวนการหาเหตุผลให้ตนเอง (Self-justification) เป็นการปรับเจตคติภายหลังการกระทำ ซึ่งมักใช้อธิบายความไม่สอดคล้องกันระหว่างเจตคติกับพฤติกรรม คนจะรู้สึกถึงความตึงเครียด เมื่อต้องกระทำขัดต่อความรู้สึกของตนเอง และถ้ามีแรงสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกน้อยความเครียดก็จะเพิ่มขึ้น และผลคือการปรับเจตคติ ความเชื่อของตนให้สอดคล้องกับการกระทำที่ทำไปแล้ว (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533)

กล่าวโดยสรุปแม้ว่าผลการวิจัยจะไม่แสดงให้เห็นว่าเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และสามารถในการทำนายโรคพยาธิลำไส้ได้ อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ โดยเฉพาะปัจจัยที่อยู่แฝงระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการการป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นต้น ยกตัวอย่างเช่น ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หรือจิตสำนึกในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาความสัมพันธ์เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ยังคงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้าง

สูง ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ยังคงมีความสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ ถ้ามีการควบคุมปัจจัยอื่นได้อย่างรัดกุม

4.5 อิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน

โรคพยาธิลำไส้ (ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 3.7 และ 3.8)

จากโมเดลที่ปรับแก้แล้ว (ภาพประกอบ 9 หน้า 79) จะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตงด้านสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม แต่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งปัจจัยทั้งสองที่มันมีอิทธิพลถึงนั้นก็ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เช่นกัน ผลการวิจัยจึงขัดแย้งกับการศึกษาของลาकिन (Lakin. 1988 : 37-44) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตงกับการดูแลสุขภาพในการออกกำลังกายของหญิงที่ทำงานภายในมหาวิทยาลัย พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพ และพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเชื่ออำนาจความบังเอิญกับความสามารถในการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของซินด์เลอร์-เวอร์เทน และ ไวส์ (Zindler-Wernet; & Weiss. 1987 : 160-179) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตงและพฤติกรรมป้องกันโรค ในกลุ่มบุคคลที่ทำงานในสถาบันสุขภาพ จำนวน 123 คน พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคจะมีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญและความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ

สาเหตุของการที่ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตงด้านสุขภาพ ของการศึกษาคั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความเป็นไปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นพฤติกรรมที่คนไม่ค่อยเห็นความสำคัญเนื่องจากไม่มีผลเสียอย่างเด่นชัด เช่น การล้างมือก่อนทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การตรวจร่างกายประจำปี และการรักษาความสะอาดของเสื้อผ้าเป็นต้น โดยถึงแม้ว่าบุคคลมีความเชื่ออำนาจภายในตงด้านสุขภาพสูง แต่ในภาวะปกติก็อาจไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากโรคพยาธิลำไส้ไม่ทำให้เกิดความรุนแรงอย่างชัดเจน แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและอันตรายที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ก็อาจทำให้กลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตงด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ดีได้มากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตงด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐบาลควรหาวิธีการยกระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนในชุมชน เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสำคัญการป้องกันโรค เช่น โรคพยาธิลำไส้ที่ยังคงมีการแพร่ระบาดภายในชุมชนเขตคลองเตย โดยอาจสำรวจเด็กที่ไม่ได้รับการศึกษาและจัดทุนให้เรียนจบระดับปริญญาตรี เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับ ธุรกิจขนาดย่อมให้แก่ชาวชุมชน จัดที่ปรึกษาและแหล่งทุน เพื่อเปิดโอกาสให้ชาวชุมชน ยกระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของตนเอง ซึ่งจะเกิดผลทางอ้อมที่ดีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรคต่างๆ เป็นต้น

1.2 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากขึ้น โดยให้การสนับสนุน จัดอบรม ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และให้เห็นผลของการมีความเชื่อภายนอกตน ว่าทำให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรจัดเจ้าหน้าที่เข้าทำการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ ให้กำลังใจ หรือแจกเอกสาร หรือยา แก่ประชากรในชุมชน ให้มีความสำคัญ โดยดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ก็จะเป็นแนวทางหนึ่งในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งก็จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

2.2 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจัดอบรมให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่เป็นพฤติกรรมที่ดำเนินตามกันมาตามประเพณีในครอบครัว โดยให้ทุกคนในครอบครัวได้รับการอบรมพร้อมกัน อีกทั้งหน่วยงานของรัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ รณรงค์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งออกกฎหมายไม่ให้นำอาหารขายอาหารสุกๆ ดิบๆ จากเนื้อที่ไม่ผ่านการรับรอง และเป็นเนื้อจากสัตว์ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่พยาธิ เช่น ปลาตะเพียน เนื้อหมูและเนื้อวัวที่ไม่ได้เลี้ยงภายในฟาร์ม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยจะเห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีเพียงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เท่านั้น ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษาไม่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้อย่างชัดเจน จึงมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีปัจจัยที่มีความใกล้เคียง

เคียงกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากกว่านี้ ที่มีความสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ เช่น ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นต้น

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อยู่ในระดับปานกลาง และจากการทบทวนเอกสารพบว่าโรคพยาธิลำไส้ยังคงมีการระบาดอยู่ในชุมชน ดังนั้นในงานวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนโดยการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ไปใช้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และกระบวนการกลุ่ม เป็นต้น เพื่อทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนให้สูงขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้ต่อไป

3. ควรดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพโดยควรทำการสำรวจในประชากรกลุ่มต่างๆและนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนและการสร้างแบบวัดความเชื่ออำนาจตนด้านสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับปัจจุบันมากขึ้น

4. ตามที่สภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยของประชาชนในชุมชนยังไม่ดีนัก ดังนั้นงานวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป คือการหาวิธีในการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนหันมารักษาสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย ซึ่งเป็นปัจจัยทางอ้อมหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้ และโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กัณฑ์รักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ ทิพย์คง. (2538). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรองแก้ว สุขแสง. (2540). พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- กระทรวงสาธารณสุข. (2535). แนวทางพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา กระทรวงฯ.
- _____. (2543). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- กริ่งแก้ว เลาบุญเสถียร. (2537). ทศนคติและพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย ที่มีต่อขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่ม. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ปฎิยุทธ. (2541). ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลชลี ภูมิรินทร์. (2535). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรรย์ากร ดิษจินดา. (2541). ผลของการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ของมารดา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชนก่อสร้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จอนพะจง เฟ็งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตัวเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจตนา คันธาทิพย์. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชุติมา เทศศิริ. (2537). ลักษณะทางพุทธศาสนา และจิตลักษณะของบิดามารดาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติมา วงศาโรจน์ ; และคนอื่น ๆ. (2545). การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ปี พ.ศ. 2539 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. (รวมบทคัดย่อผลงานวิจัยที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- ดวงเดือน พัมธุมนาวิน. (2523). การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม. (เอกสารการอบรมวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทรงพล ต่อณี. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทรรศนีย์ วงศ์บา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพบก 3. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีศักดิ์ กลสิมผล. (2541). พฤติกรรมกำป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2528). การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ." วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26.
- ธำรงค์ อุดมไพจิตรกุล; และคนอื่นๆ. (2523). การศึกษามหาวิทยาลัยขององค์กรพัฒนาเอกชนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแหล่งชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา มิตรสัมพันธ์. (2534). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง. ปรินทิพนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญิจุ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตรีกุลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 9-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เบจพร ทองเที่ยงดี. (2526). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินทิพนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- (25367). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกาศี จงสุขสันติกุล; และคนอื่นๆ. (2544). โครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนองพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544. (รวมบทคัดย่อ ที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- ประกาศี จงสุขสันติกุล; และดัชนี มาตระกูล. (2544). อัตราการติดเชื้อซ้ำ และอัตราอุบัติการณ์ของโรคหนองพยาธิในประเทศไทย. (รวมบทคัดย่อโครงการวิจัยที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- ประยงค์ ระดมยศ; สุวณี สุภาเชย์; และ สรชัย หล่ออารีสุวรรณ. (2539). ตำราปรสิตวิทยาทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.

- ผกาพรรณ จันทร์เพิ่ม. (2536). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มี
ต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ฝ่าแผนชุมชนชีวิตคลองเตย. (2536, พฤศจิกายน-ธันวาคม). กรุงเทพฯ : ผู้จัดการรายสัปดาห์.
- พรรณงาม เก้าธรรมสาร; และมานะ ชัยชู. (2540). รายงานการศึกษาประเมินผล โครงการพัฒนา
สภาพแวดล้อมชุมชนเมือง จ. สงขลา. สงขลา : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กุ
งเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิชิต สกุลพราหม์. (2531). การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ธนะการพิมพ์.
- พลศรี พงศ์สมานบุตร; และคนอื่นๆ. (2545). การวิจัยเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของการให้
สุขศึกษา เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรรอบกว๊านพะเยา. (รวมบทคัดย่อ
โครงการวิจัยที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงาน
ทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- มยุรี นีรัตธราดร. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2533). เจตคติ. (เอกสารการสอนชุดวิชา หน่วย 8-15) พิมพ์
ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยฯ.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะคติทางสังคม วัฒนธรรม แนวความคิด และ
พัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน เจตมวงคลวงศ์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มารับ
บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนแผนกสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินญา
นิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รัตน์ดาว สายสุด. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการติด
เชื้อแบบครอบจักรวาลกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล. ปรินญา
นิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- รัศมีแข วิจารณ์รัตน์. (2534). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด เพื่อป้องกันโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับอาหารบริโภค และน้ำหนักทารกแรกเกิดในมารดาวัยรุ่น ที่โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โภชนวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยกับการแปรความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18 (3) : 8-11.
- วิน เชยชมศรี ; และดารุณี แดงหาญ. (2539). การศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคหนอนพยาธิอื่นๆ ในจังหวัดหนองคาย อุตรธานีและขอนแก่น ปี พ.ศ. 2536. *วารสารโรคติดต่อ*. 22(5) : 284-289.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 12(4). 33-37.
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล. (2528). การสู่มตัวอย่าง : ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวะสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศกลวรรณ เคนคะสุมาตร์. (2539). ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชาวเขาทางภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริกร โพธิ์ศรี. (2530). การบริหารและการปฏิบัติการพยาบาลในสถานศึกษา เพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย ใน การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ. (2533). ชุมชนแออัดตะกอนบางกอก . พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล; วัลลา ตันตโยทัย; และรวมพร คงกำเนิด. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมชัย บวรกิตติ ; จอห์น พี. ลอฟกัส ; และ กฤษภา ศรีสำราญ. (2542). *ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมชัย จิรโรจน์วัฒน์; ยุทธนา ประนุช; และวิสร่า จิรโรจน์วัฒน์. (2545). การศึกษาศักยภาพแกนนำชุมชน เพื่อการควบคุมโรคหนอนพยาธิของจังหวัดสระแก้วและปราจีนบุรี ปี 2543. (รวมบทคัดย่อโครงการวิจัยที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.

- สมบูรณ์ ขอสกุล; และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2530?). พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร พฤกษราช; และคนอื่นๆ. (2525). การศึกษาหาความชุกและความรุนแรงของโรคหนองพยาธิลำไส้ในชนบทประเทศไทย พ.ศ. 2523-2524. วารสารโรคติดต่อ. 8 : 245.
- สมศักดิ์ เบียงใจ; และคนอื่นๆ. (2541, ตุลาคม-ธันวาคม). ความแตกต่างของพยาธิในทางเดินอาหารของนักเรียนไทยภูเขาและนักเรียนไทยพื้นราบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 7(4) : 431-439.
- สาวิตรี เทียนชัย. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจทำแท้งของหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). รายงานการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2543). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 ทวีราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สุน รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักงานคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวรรณณี โพธิศรี; งามทรัพย์ เทศะบำรุง; และวิมล คำสวัสดิ์. (2535?). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร : ศึกษาเฉพาะกรณีนักเรียนระดับชั้นต่างๆ. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ.
- สุวารีวรรณ กิจสมัคร์. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจการควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- หทัยรัตน์ รีมประพันธ์. (2543). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสระบุรีตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อดิน รพีพัฒน์, ม.ร.ว. (2525). *สลับปัญหาและแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2541). *โครงการวิจัยและปฏิบัติการพัฒนาการชุมชนแออัดและองค์กรชุมชนแออัดในเมือง*. กรุงเทพฯ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนเมือง สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์.
- อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ. (2536). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรวรรณ สุทธางกูร. (2540). *คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อังคณา ธีรสวัสดิ์; และอนงค์พร ประพันธ์วงศ์. (2545). *การศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 6 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน ปี 2539. (รวมบทคัดย่อโครงการวิจัยที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 พ.ศ. 2540-2544)*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- อัจฉริยา ปราบอรพิมาย. (2547). *เทคนิคการวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุดมพร จุลฤกษ์. (2520). *ภาวะทางเศรษฐกิจ และสังคมกับโรคพยาธิลำไส้*. *วารสารสมาคมปราชญ์*. 1(1) : 29-81.
- อุเทน จารณศรี; ประภาศรี จงสุขสันติกุล; และเชาวลิตร์ จีระดิษฐ์. (2532). *การสำรวจโรคหนองพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ของประเทศไทยปี 2532*. *Com. Dis. J.* 15(4) : 391-404.
- Adekunle, L.V.; Bammeke, A.O.; & Lucas, A.O. (1986). Family in Fluence on Incidence of Intestinal Parasites among Negerian Children. *J.R. Soc. Hlth.* 106(2) : 66-68.
- Ahmed, A.R.; et al . (1997). Ecological Determinants of Intestinal Parasitic Infections among Pre-school Children in and Urban Squatter Settlement of Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics.* 43(6) : 341-344.
- Ajzen, I.; & Fishbein, M. (1977). Attitude-Behavior Relations-Theoretical-Analysis and Review of Empirical-Research. *Psychol. Bull.* 84(5) : 888.
- Ali, N. S.; & Bennett, S.J. (1992). Factors in Osteoporosis Preventive Behaviors. *Journal of Gerontological Nursing.* 18 (12) : 23-32.
- Al-Shammari, S.; et al. (2001). Intestinal Parasitic Diseases in Riyadh, Saudi Arabia : Prevalence, Sociodemographic and Environmental Associates. *Tropical Medicine and International Health.* 6(3) : 184-189.

- Anantaphruti, M.T.; et al. (1999, July). *Strongyloides stercoralis* Infection and Chronological Changes of other Soil-transmitted Helminthiasis in the Endemic Area of Southern Thailand. *The 1st APCO Parasitologists Otilde. Meeting, Tokyo, Japan.*
- Becker, M.H.; & Maiman, L.A. (1974). The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs.* 2(4) : 330-385.
- Becker, M.H.; & Maiman, L. A. (1975, January). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care.* 13(1) : 3-24.
- Becker, M.H.; Drachman, R.H.; & Kirscht, J.P. (1974, March). A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Population. *American Journal of Public Health.* 64(3) : 205-216.
- Berkmen, Y.M.; & Rabinowitz, J. (1972). Gastrointestinal Manifestations of the Strongyloidiasis. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 115(2) : 306-311.
- Bhaibulaya, M.; Benjapong, W.; & Noeypatimanond, S. (1977). Infection of *Capillaria philippinensis* in Man from Phetchabun Province, Northern Thailand : A report of the fifth case. *J.Med. Ass.Thailand.* 60(10) : 507-509.
- Bisseru, B.; & Aziz, A. (1970). Intestinal Parasites , Eosinophilia, Hemoglobin and Gamma Globulin in Malay, Chinese and Indian Schoolchildren. *Med J Malaysia.* 25(1) : 29-33.
- Brandborg, L.L.; Sleisenger, M.H.; & Fordtran, (1978). *Parasitic Disease : in Gastrointestinal Disease.* Philadelphia : W.B. Saunders.
- Brandt, P.A. (1981, September/October). The PRQ - A Social Support Measure. *Nursing Research.* 30(5) : 277-280.
- Brasitus, T. A. (1979). Parasites and Malabsorption. *The American Journal of Medicine.* 67(6) : 1058-1065.
- Brown, M.A. (1986, January-February). Social Support During Pregnancy : A Unidimensional or Multidimensional Construct?. *Nursing Research.* 35(1) : 4-9.
- Bundy, D.A.P. (1990, July-August). New Initiatives in Control of Helminths. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.* 84(4) : 622-625.
- Bundy, D.A.P.; & Cooper, E.S. (1989). Trichuris and Trichuriasis in Humans. *Advances in Parasitology.* 28(2) : 107-173.
- Bundy, D.A.P.; et al. (1992). Evaluating Measures to Control Intestinal Parasitic Infections. *Rapp. Trimest.statist.sanit.mond.* 45(2-3) : 168-179.

- Caplan R.D.; et al. (1976). *Adhering to Medical regimens : Pilot Experiment in Patient Education and Social Support*. An Arboure : University of Mechigan.
- Carment, D.W.; et al. (1974). Internal Locus External Control in India and Canada. *International Journal of Psychology*. 9 : 45-60.
- Cassel, I. (1974). Psychosocial Processes and Stress : Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*. 4 : 471-482.
- Cassel, J. (1976, August). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal Epidemiol*. 104(2) : 107-123.
- Chiwuzie, J.C. (1986). Social Class and Susceptibility to Disease : a Study in the University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria. *Hlth hyg*. 7 : 76-79.
- Cobb, S. (1976, September-October). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5) : 300-313.
- Cohen, S.; & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2) : 310-353.
- Cooper, E.S.; Whyte-A.; emg, C.A.M.; Finzi-Smith, J.S.; et al. (1992). Intestinal Nematodes Infections in Children : the Pathophysiological Price Paid. *Parasitology*. 104(Suppl) : S91-S103.
- Crandall, R.B.; Crandall, C.A.; & Jones, J.E. (1978, July). Analysis of Immunosuppression During Early Acute Infection of Mice with *Ascaris suum*. *Clin. Exp. Immunol*. 33(1) : 30-37.
- Crandall, V.C.; Katkousky, W.; & Crandall, V.J. (1965, March). Children's Belief in their Own Control of Reinforcement Intellectual Academic Achievement Situations. *Child Development*. 36 : 91-109.
- Crandall, V.C; & Lacey, B.W. (1972, December). Children's Perceptions of Internal-External Control in Intellectual- Academic Situation and their Embedded Figures Test Performance. *Child Development*. 43(4) : 1123-1131.
- Crompton, D.W.P. (1992). *Ascaris* and Childhood Malnutrition. *Transaction of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 86(6) : 577-579.
- Cross J.H.; & Basaca-Sevilla V. (1981). Intestinal Parasitic Infections in Southeast Asia. *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. HLTH*. 12(2) : 262-274.

- Cross J.H.; et al. (1979). *Intestinal Capillariasis : Epidemiology, Parasitology and Treatment In : Health Policies in Developing Countries*. Royal Society of Medicine International Congress and Symposium, Series 24 : London : Academic Press.
- Esrey, S.A.; et al. (1991). The Effect of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhoea, Dracunculiasis, Hook Worm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma. *Bulletin of the World Health Organization* . 69(5) : 609-621.
- Evans, A.C.; & Stephenson, L.S. (1995). Not by Drug Alone : the Fight Against Parasitic Helminths. *World Health Forum*. 16(3) : 258-261.
- Filho, E.C. (1978). Strongyloidiasis. *Clin Gastroenterol*. 7(1) : 179.
- Fishebein, M.; & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior : An introduction to Theory and Research*. New York : Addison-Wesley Publishing.
- Garngarndee, U.; et al. (2002, November). *A Study on the Factors Influencing Intestinal Parasite Infection in a Rural Community in Northeastern Thailand*. Joint International Tropical Medicine Meeting 2002. Bangkok, Thailand.
- Gilles, H.M. (1990). *Naturally Acquired Infections : What's Needed ? In : Hookworm Disease : Current Status and New Direction*. London : Taylor and Francis.
- Hanuchrunkul, S. (1988). *Social Support, Self-Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*. Dissertation of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (Nursing). The Graduate School of Wayne State University. Photocopied.
- Hassan, S.I. (1994). Parasitic Infections in Primary and Secondary Schools in Giza Governorate , Egypt. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*. 24(3) : 597-601.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support-Reading*. MA : Addison-Wesley.
- Hussain, A.; Keramat, S.M.; & Kvale, G. (1999). Determinants of Mortality among Children in the Urban Slums of Dhaka City, Bangladesh. *Tropical Medicine and International Health*. 4 (11) : 758-764.
- Janz, N.K.; & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model a Decade Later. *Health Education Quarterly*. 11(1) :1-47.
- Jongsuksuntigul, P.; & Imsomboon, P. (1996). *Mass Deworming Projects in Thailand and Future Plan*. Regional Workshop on "Parasitic Infections : Behavioral change through community participation". Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- Joseph, L.S. (1980, March). Self Care and the Nursing Process. *Nursing clinics of North America*. 15(1) : 134-143.
- Kan, S.P. (1982, June). Soil-Transmitted Helminthiasis in Selangor, Malaysia. *Med.J.Malaysia*. 37(2) :180-190.
- Kang, G.; et al. (1998, January). Prevalence of Intestinal Parasites in Rural Southern Indians. *Tropical Medicine and International Health*. 3(1) : 70-75.
- Kennedy, C.J.; Probart, C.K.; & Dorman, S.T. (1991). The Relationship between Random Knowledge, Concern and Behavior, and Health Value, Health Locus of Control, and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 18(3) : 319-329.
- Khairy, A.; et al. (1982). The Sanitary Condition of Rural Drinking Water in Nile Delta Village. Parasitological Assesment of 'Zir' Stored and Direct Tap Water. *J Hygiene (Camb)*. 88(1) : 57-76.
- Khamboonruang, C & Nateewatana, N. (1975, March). Trichinosis : A Recent Outbreak in Northern Thailand. *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Hlth*. 6(1) :74-78.
- Kline, R.B. (1998). *Principle and Practice of Structural Equation Modeling*. New York : Guilford.
- Kolsky, P.J.; & Blumenthal, U.J. (1995). Environmental health Indicators and Sanitation Related Diseases in Developing Countries : Limitations to the Use of Routine Data Sources. *World Health Statistics Quarterly*. 48(2) : 132-139.
- Lakin, JA. (1988, March). Self-Care, Health Locus of Control and Health Value among Faculty Women. *Public Health Nurs*. 5(1) : 37-44.
- Langile, J.K. (1977, September). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18(3) : 244-260.
- Lie, K.J. (1964, September). Prevalence of Intestinal Helminths among Patients of General Hospital in Kuala Lumpur, Malaysia. *Trop Geogr Med*. 16 : 229-237.
- Mahendra Raj , S. (1997). Intestinal Helminthiasis in Relation to Height and Weight of Early Primary School Children in Northeastern Peninsular Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 28(2) : 314-321.
- Mahmud, M.; et al. (1995). Risk Factors for Development of First Symptomatic *Giardia* Infection among Infants of a Birth Cohort in Rural Egypt. *Am J Trop Med Hyg*. 53(1) : 84-88.
- March; & Pillisok. (1982). Delivery of Social Support : The Social Innaculation. *Amerigan Journal Orthopsychiatry*. 52(1) : 20-31.

- Martinez-Palomo, A.; & Ruiz-Palacios, G. (1990). *Amebiasis*. In : Warren, K.S. and Mahmoud, A.A.F. (ed.) , Tropical and geographical medicine. Second Edition. New York, McGraw-Hill.
- Mata, L. (1982, July-August). Sociocultural Factors in the Control and Prevention of Parasitic Diseases. *Rev. Infect. Dis.* 4(4) : 871-879.
- Mettrick, D.F.; & Podesta, R.B. (1974). Ecological and Physiological Aspects of Helminth-Host Interactions in the Mammalian Gastrointestinal Canal. *Adv Parasitol.* 12 : 183-278.
- Muennoo, C.; et al. (1998). Prevalence and Intensity of Soil-transmitted Helminths in Villages with Clustered Housing and Dispersed Housing, Nakhon Si Thammarat Province. *J Trop Med Parasitol.* 21(1) : 40-43.
- Nacapunchai, D.; Preklang, S.; & Yainoi.S. (2002, November). *Epidemiology of Hookworm Infection in Tampol Kawko, Muang District, Surin Province, Northeastern Thailand*. Joint International Tropical Medicine Meeting 2002. Bangkok, Thailand.
- Nemeck, M.A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior : A Review of Research Literature. *AAOHN Journal.* 38(3) : 177-236.
- Nokes, C.; & Bundy, D.A.P. (1994). Does helminth Infection Affect Mental Processing and Educational Achievement?. *Parasitology Today.* 10(1) : 14-23.
- Omar, M.S.; & Mahfouz, A.A.R. (1995). The Relationship of Water Sources and other Determinants to Prevalence of Intestinal Protozoal Infections in a Rural Community of Saudi Arabia. *J Comm Hlth.* 20(5) : 433-440.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 2 nd ed. New York : Mc Graw Hill Co.
- _____. (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. 3 rd ed. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Pawlowski, Z.S.; & Davis, A. (1989). *Morbidity and Mortality in Ascariasis. In : Ascariasis and its Prevention and Control*. London : Taylor and Francis.
- Pawlowski, Z.S.; Schad, G.A.; & Stott, G.J. (1991). *Hookworm Infection and Hookworm Anaemia. Approaches to prevention and control*. Geneva : World Health Organization.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York : Appleton Century-Croft.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 nd ed. California : Appleton and Lange.

- Piangjai, S.; Sukontason, K.; & Sukontason, K.L. (2003). Intestinal Parasitic Infection in Hill-Tribe Schoolchildren in Chiang Mai, Northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 34(Suppl 2) : 90-97.
- Rajeswari, B.; Sinnah, B.; & Hussein, H. (1994). Socio-Economic Factors Associated with Intestinal Parasites Among Children Living in Gombak, Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 7 (1) : 21-25.
- Reynoldson, J.A.; et al. (1998, August). Efficacy of Albendazole Against *Giardia* and Hookworm in a Remote Aboriginal Community in the North of Western Australia. *Acta Tropica*. 71(1) : 27-44.
- Robinson, J.P.; & Shaver, P.R. (1980). *Measure of Social Psychology Attitude*. 6 th ed. Michigan : The University of Michigan.
- Rosenblum, E.H.; Stone, E.J.; & Skipper, B.E. (1981, November-December). Maternal Compliance in Immunization of Preschoolers as Related to Health Locus of Control, Health Value, and Perceived Vulnerability. *Nursing Research*. 30 (6) : 338.
- Rosenstock, I.M. (1959, February). Why People Fail to Week Poliomyelitis Vaccination. *Public Health Report*. 74(2) : 98-102.
- _____. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 2(3) : 284-386.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 80(1) : 1-28.
- Savioli, L.; Bundy, D.; & Tomkins, A. (1992). Intestinal Parasitic Infections : A Soluble Public Health Problem. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 86(4) : 353-354.
- Scowden E.B.; Schaffner W.; & Stone W.J. (1978, November). Owerwhelming Strongyloidiasis. *Medicine(Baltimore)*. 57(6) : 527-540.
- Shaw, M.E.; & Philip R.C. (1985). *Theories of Social Psychology*. Singapore : McGraw-Hill book.
- Sinnah, B. (1984). Intestinal Protozoan and Helminth Infections and Control of Soil-Transmitted Helminth in Malay Schoolchildren. *Public Health*. 98 :152-156.
- Sinnah, B.; et al. (1978, June). Pr evalence of Parasitic Infections in Malaysian Oil Palm Estate Workers. *Southeast Asian J Trop Med Pubic Health*. 9(2) : 272-276
- Strephenson, L.S. (1987). *The Impact of Helminths Infection on Human Nutrition*. London, New York and Philadelphia : Taylor and Francis.

- Srtickland, B.R. (1977). *Internal-External Control of Reinforcement Personality Variables and Social Behavior*. New York : John Willy & Sons.
- _____. (1978, December). Internal-External Expectancies and Health Related Behaviors. *Journal of Consulting clinical Psychology*. 46(6) : 1192-1211.
- String, A. (1990). Urbanisation, Verelendung and Gesundheit in Kolumbien. *Offizielles Gesundheitswesen*. 52(3) : 277-281.
- Sullivan, P.S.; et al. (1979). Illness and Reservoirs Associated with *Giardia lamblia* Infection in Rural Egypt : the Case against Treatment in Developing World Environments of High Endemicity. *Am J Epidemiol*. 127(6) : 1272-1281.
- Takahashi, Y. (1978). *Quality of Life in Thailand : A Socio-Economic Analysis*. Dissertation (M. End.). Asian Institute of Technology. Photocopied.
- Temcharoen, P.; et al. (1979, December). A Survey for Intestinal Parasitic Infections in Laotian Refugees at Ubon Province, Northeastern Thailand, with Special References to Schistosomiasis. *Southeast Asian J. Trop.Med. Pub. Hlth*. 10(4) : 552-555.
- Tripathy, K.; Gonzalez, F.; Lotero, H.; et al. (1971, March). Effect of Ascaris Infection on Human Nutrition. *Am J Trop Med Hyg*. 20(2) : 212-218.
- Tripathy, K.; et al. (1972, November). Malabsorption Syndrome in Ascaris. *Am J Clin Nutr*. 25(11) : 1276-1281.
- Turner, H.A.; Pearlin, L.I.; & Mullan, J.T. (1998, June). Sources and Determinants of Social Support for Caregivers of Person with AIDS. *Journal of Health and Social Behaviors*. 39(2) : 137-151.
- Turner, R.F.; & Marino, F. (1994). Social Support and Social Structure : A Descriptive Epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*. 35(3) : 193-212.
- Van Derslice, J.; Popkin, B.; & Briscoe, J. (1994). Drinking Water Quality, Sanitation, Breast Feeding : their Interactive Effects on Infant Health. *Bull Wild Hlth Org*. 72(4) : 589-601.
- Wallston, B.S.; et al. (1976, August). Development and Validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44(4) : 580-585.
- Wallston, K.A.; Wallston, B.S.; & Devillis, R. (1978). Development of Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Health Education Monographs*. 6(1) : 109-117.
- Wallston, K.A.; & Wallston, B.S. (1981). *Health Locus of Control Scale. Reserch with the Locus of Control Construct*. New York : Academic Prees.

- Walsh, J.A. (1988). Prevalence of *Entamoeba histolytica* Infection. In : Amoebiasis : Human Infection by *Entamoeba histolytica*, Rawdin, J.I.(editor). New York : Wiley.
- World Health Organization. (1981). Intestinal Protozoan and Helminthic Infections. *Report of a WHO Scientific Group. WHO Tech. Rep. Series. 666.*
- _____. (1987). Prevention and Control of Intestinal Parasitic Infections. *WHO Technical Report Series.749.* Geneva.
- _____. (1992). *WHO/PAHO Informal Consultation on Intestinal Protozoa Infections.* Mexico,21-23 October 1991. Geneva : WHO, Mimeographed Document no.WHO/CDS/IPI/92.2.
- World Health Organization. (1998). *Control of Tropical Diseases.* WHO, Geneva.
- Wicker, A.W. (1969). Attitudes Versus Actions : The Relationship of Verbal and Overt Behavioral Responses to Attitude Objects. *J. Soc. Issues. 25(4) : 41-78.*
- Willet, W.C.; Kilam, W.L.; & Kihamia, C.M. (1979, October). Ascariasis and Growth Rates : a Randomized Trial. *Am. J. Public Health. 69Z10) : 987-991.*
- Wiwanitkit, V.; Suwansaksri, J.; & Nithiuthai, S. (2001, August). *Prevalence of Intestinal Parasites among the Local People in a Village without Previous History of Antihelminthic Drug Distribution, Lum Pra Due Village, Nakhon Ratchasima, Thailand.* Joint International Tropical Medicine Meeting 2001, Bangkok, Thailand.
- Xu, L.Q.; et al. (1977). Soil-Transmitted Helminthiases : Nationwide Survey in China," *Bull World Health Organization. 73(4) : 507-513.*
- Yamane, T. (1973). *Statistics an Introductory Analysis.* New York : Harper & Row, Publishers.
- Yarcheski, A.; & Mahon, N.E. (1989, March-April). Causal Model of Positive Health Practices : The Relationship Between Approach and Replication. *Nursing Research. 38(2) : 88-93.*
- Zindler-Wernet, P.; & Weiss, S.J. (1987, May). Health Locus of Control and Preventive Health. *Western Journal of Nursing Research. 9(9) : 160-179.*

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

ข้อที่	ค่าความยากง่าย (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.87	0.27
2	0.67	0.13
3	0.57	0.20
4	0.60	0.40
5	0.60	0.40
6	0.60	0.27
7	0.73	0.40
8	0.90	0.20
9	0.77	0.20
10	0.80	0.27
11	0.80	0.27
12	0.73	0.27
13	0.43	0.07
14	0.60	0.40
15	0.90	0.20
16	0.87	0.27
17	0.87	0.27
18	0.37	0.07
19	0.60	0.40
20	0.70	0.47

หมายเหตุ ค่าความยากง่าย (p) ควรมีค่าระหว่าง 0.20 - 0.80

ค่าอำนาจจำแนก (r) ควรมีค่าระหว่าง 0.20 - 1.00

ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ 0.70

ภาคผนวก ข
ข้อมูลทั่วไปของชุมชนในเขตคลองเตย

ตาราง 13 ลักษณะทั่วไปของชุมชนในแขวงคลองเตย

ลำดับ	ชื่อชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนครัวเรือน (หลัง)	สภาพการถือครอง	ปัญหาทั่วไป
1	โรงหมู	13	1922	320	บุกรุกที่ดินการทำไร่	ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย น้ำประปา ยาเสพติด
2	ริมคลองวัดสะพาน	34	2735	500	บุกรุกที่ดินการทำไร่	ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย น้ำประปา ยาเสพติด
3	ลี้ด 1-2-3	41	7126	1279	เช่าที่ดินการเคหะซึ่งรับช่วงจากการทำไร่	ยาเสพติด สวรระเหย คนว่างงาน ความสะอาด
4	ลี้ด 4-5-6	21	3099	537	เช่าที่ดินการเคหะซึ่งรับช่วงจากการทำไร่	ยาเสพติด ที่อยู่อาศัย คนว่างงาน เอดส์
5	น้องใหม่	10	1250	250	บุกรุกที่ดินของกรมศุลกากร	ไฟฟ้า ยาเสพติด น้ำประปา และ ความสะอาด
6	ริมคลองสามัคคี	1.5	825	111	บุกรุกที่ดินริมคลองหัวลำโพง	ยาเสพติด สวรระเหย ความมั่นคง ความสะอาด คนว่างงาน
7	หมู่บ้านพัฒนา 70 ไร่	70	7293	1183	เช่าที่ดินจากการเคหะ	ยาเสพติด ความสะอาด คนว่างงาน
8	ร่มเกล้า	14	2750	341	บุกรุกที่ดินการทำไร่	น้ำท่วม ขยะตกค้าง ยาเสพติด
9	อาคารทรัพย์สิน 26-7	3.2	1514	380	เช่าที่ดินของสำนักงานทรัพย์สิน	ยาเสพติด การพนัน การลักขโมย ความสะอาด
10	หัวโค้ง	10	3380	436	บุกรุกที่ดินการทำไร่	ท่อระบายน้ำอุดตัน สุขาภิบาล ขยะ ยาเสพติด ถนน
11	ริมทางรถไฟสายท่าเรือ	11	3164	518	บุกรุกที่ดินการรถไฟ	ที่อยู่อาศัย การพนัน ยาเสพติด
12	พัฒนาเอเชีย	2	576	85	บุกรุกที่ดิน กทม.	น้ำประปา การพนัน ยาเสพติด
13	วัดคลองเตยใน 1	6	2135	300	บุกรุกที่ดินการทำไร่	น้ำประปา ไฟฟ้า ทางเดิน ยาเสพติด ความมั่นคงที่อยู่อาศัย
14	วัดคลองเตยใน 2	7	2517	320	บุกรุกที่ดินการรถไฟ การทำไร่	การพนัน ยาเสพติด ความสะอาด ช่องสุม
15	ตลาดปิ้ง	4	705	85	บุกรุกที่ดินการทำไร่	ทางเดินเท้า การไล่อื้อ ความสะอาด
16	พัฒนาใหม่	4	2850	550	บุกรุกที่ดินการทำไร่	การไล่อื้อเพื่อสร้างเขื่อน น้ำประปา ไฟฟ้า ขยะตกค้าง ทางเดิน
17	ตลาดปิ้งพัฒนา	1	392	124	ที่ดินส่วนบุคคล	ท่อระบายน้ำอุดตัน ความสะอาด ความเป็นระเบียบ
18	บ้านกล้วย	2	728	300	เช่าที่ดินการทำไร่ / บุกรุกที่ดินการทำไร่ / บุกรุกที่ดินริมคลอง หัวลำโพง	แสงสว่าง สภาพแวดล้อม ขยะตก ค้าง

ตาราง 13 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	สภาพการถือครอง	ปัญหาทั่วไป
19	ตลาดท่าเรือคลองเตย	80	6000	1100	เช่าอาคารจากบริษัท วัฒนาอาคาร (หมด อายุสัญญาแล้ว)	ขยะตกค้าง ความปลอดภัย ท่อระ บายน้ำ การไล่อื้อ
20	เจริญสุข	100	7000	1000	เช่าที่ดินเอกชน	ระบบระบายน้ำ
21	แฟลต 1-10	44	8390	2098	เช่าที่ดินจากการ เคหะ	ขยะตกค้าง ระบบระบายน้ำ ยาเสพ ติด สารระเหย
22	แฟลต 11-18	32	7000	1440	เช่าที่ดินจากการ เคหะ	น้ำท่วมบริเวณแฟลต การจัดระเบียบ ร้านค้า ขยะตกค้าง
23	พัฒนาชุมชนใหม่ (แฟลต 19-22)	17.5	2584	530	เช่าที่ดินจากการ เคหะ	ระบบระบายน้ำ ขยะตกค้าง
24	แฟลต 23-24	4.5	1200	430	เช่าที่ดินจากการ เคหะ	ระบบสุขาภิบาล
25	ร่วมใจสามัคคี	5	809	158	เช่าที่ดินของการท่า เรือ	ระบบระบายน้ำ เสียงตามสาย ยา เสพติด
26	วัดคลองเตยใน 3	2	1200	103	บุกรุกที่ดินของการ ท่าเรือ	ยาเสพติด การพ่น ความสะอาด
27	ริมคลองไม้สิงห์โต	0.5	171	40	บุกรุกที่ของสำนัก งานทรัพย์สิน	ทางเดินเท้า เสียงตามสาย ระบบระ บายน้ำในชุมชน
	รวม	540.2	79,315	14,518		

ที่มา : สำนักงานเขตคลองเตย (2547)

ตาราง 14 ลักษณะทั่วไปของชุมชนในแขวงคลองตัน

ลำดับ	ชื่อชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	สภาพการถือครอง	ปัญหาทั่วไป
1	ภาคีพท์แยก 4	5	412	95	เช่าที่ดินสำนักงานทรัพย์สิน สส่วนพระมหากษัตริย์	เดือนร้อนรำคาญจากผู้ ประกอบการ
2	แสนสบาย-แสนสุข	100	2179	565	เช่าที่ดินสำนักงานทรัพย์สิน สส่วนพระมหากษัตริย์	ท่อระบายน้ำอุดตัน ถนนแคบ จราจรติดขัด
	รวม	105	2,591	660		

ที่มา : สำนักงานเขตคลองเตย (2547)

ตาราง 15 ลักษณะทั่วไปของชุมชนในแขวงพระไซนอง

ลำดับ	ชื่อชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนครัวเรือน (หลัง)	สภาพการถือครอง	ปัญหาทั่วไป
1	ภูมิจิตร	70	3714	500	เช่าที่ดินของเอกชน	ทางเดินเท้า ขยะตก ใ้ง ไฟฟ้า แสงสว่าง ทางเดินเท้า เสียงตามสาย
2	ปิยะวัชร	4	541	76	เช่าที่ดินของเอกชน	ระบบระบายน้ำ ยาเสพติด
3	วิมลคลองพระไซนอง	6	1036	280	เช่าที่ดินขององค์การพอกหน้ง	น้ำท่วมขัง ระบบสุขาภิบาล
4	เกาะกลาง	3	355	58	บุกรุกที่ดินสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์	ไม่มีไฟฟ้าสองทาง ไม่มีน้ำประปา ยุงมาก
5	ข้างโรงเรียนวัดสะพาน	8	390	77	เช่าที่ดินของเอกชน	อัคคีภัยบ่อย ขาดไฟฟ้าสำรอง ทางเดินเท้า
6	เริ่มเจริญ	12	615	95	เช่าที่ดินของเอกชน	อยู่ระหว่างการไล่รื้อ ขาดเสียงตามสาย
7	สวนน้อย	6	1117	395	บุกรุกที่ดินเอกชน การทำเรือ	เสียงตามสายมีกำลังไม่พอ แสงสว่าง
8	หมู่บ้านเปรมฤทัย	12	432	86	เอกชน	-
9	ทรัพย์มโนทัย	120	2117	412	ที่ดินส่วนบุคคล	ท่อระบายน้ำอุดตัน ถึงขยะไม่เพียงพอ ความสะอาด
10	สวนไทร	20	304	67	เอกชน	น้ำท่วมขัง ท่อระบายน้ำอุดตัน
11	สวัสดิ์	5.8	119	35	เอกชน	น้ำท่วมขัง ถนนขรุขระ ขาดแคลนสาธารณูปโภค
	รวม	266.8	10,740	2,081		

ที่มา : สำนักงานเขตคลองเตย (2547)

ตาราง 16 แสดงข้อมูลชุมชนของพื้นที่เขตคลองเตยแขวงคลองเตย พระไซนอง และคลองตัน

ลำดับ	แขวง	พื้นที่ (ไร่)	จำนวนชุมชน (แห่ง)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนครัวเรือน (หลัง)
1	คลองเตย	540.2	27	79,315	14,518
2	พระไซนอง	266.8	11	10,740	2,081
3	คลองตัน	105	2	2,591	660
	รวม	912	40	92,646	17,259

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย

เลขที่.....

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนที่อาศัยในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร

- คำชี้แจง
1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 8 ตอน
 2. แบบสอบถามนี้ไม่มีข้อใดผิด - ถูก แต่เป็นการสอบถามความคิดเห็น และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน
 3. คำตอบตามความจริงในแต่ละข้อ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย และเป็นข้อมูลในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนคลองเตย
 4. คำตอบที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยคำตอบที่ได้จะไปประมวลผลในภาพรวม โดยไม่มีผลเสียหายกับผู้หนึ่งผู้ใดทั้งสิ้น

ตอนที่ 1 ลักษณะชีวิตสังคม

ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านตอบ

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง ชุมชนที่ท่านอาศัยชื่อ.....
2. อายุ 1 15-20 ปี 2 21-30 ปี 3 31-40 ปี 4 41-50 ปี 5 51-60 ปี 6 มากกว่า 60 ปี
3. อาชีพหลัก 1 รับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน 2 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ 3 แม่บ้าน/พ่อบ้าน
4 นักเรียน / นักศึกษา 5 อื่นๆ ได้แก่.....
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด
1 ต่ำกว่าประถมศึกษา 2 ประถมศึกษา 3 มัธยมศึกษา 4 ปริญญาตรี 5 สูงกว่าปริญญาตรี
5. ตัวท่านมีรายได้ประมาณ (บาท/เดือน)
1 น้อยกว่า 2,500 2 2,500-5,000 3 5,001-10,000 4 10,001-20,000 5 20,001-30,000 6 มากกว่า 30,000
6. ครอบครัวท่านมีรายได้ประมาณ (บาท/เดือน)
1 น้อยกว่า 2,500 2 2,500-5,000 3 5,001-10,000 4 10,001-20,000 5 20,001-30,000 6 มากกว่า 30,000
7. ครอบครัวท่านมีรายได้รวมกันทั้งหมดเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
1 เพียงพอ 2 เพียงพอและเหลือเก็บ 3 ไม่เพียงพอ
8. จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว
1 1-2 คน 2 3-4 คน 3 5-6 คน 4 มากกว่า 6 คน
9. ระยะเวลาที่ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ ..
1 ไม่ถึงปี 2 1-2 ปี 3 3-4 ปี 4 5-10 ปี 5 มากกว่า 10 ปี
10. ภูมิลำเนาเดิมของท่านคือ
1 ภาคเหนือ 2 ภาคอีสาน 3 ภาคกลาง 4 ภาคใต้ 5 ภาคตะวันออก 6 อื่นๆ ได้แก่.....

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
--

จงตอบคำถามโดยกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเลือก

คำถาม	ถูก	ผิด
1. การบีบมะนาวใส่ก๋วยเตี๋ยว หรือเนื้อสัตว์จนเปลี่ยนสีจะทำให้อาหารสุกและฆ่าพยาธิได้		
2. ไข่ของพยาธิไม่ทำให้เกิดการติดต่อ เนื่องจากถูกทำลายได้ง่าย		
3. ผักสดสามารถทำให้เกิดโรคพยาธิได้		
4. ผู้ใหญ่เป็นโรคพยาธิเส้นด้ายมากกว่าเด็ก		
5. การเล่นน้ำในคลอง ไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิ เพราะพยาธิไม่สามารถว่ายน้ำได้		
6. การรักษาโรคพยาธิได้แก่การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ชั่วคราว จะทำให้พยาธิตายไปเอง		
7. ไม่สามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้		
8. การถ่ายลงพื้นดิน ทำให้พยาธิแพร่ไปได้ยาก		
9. การตรวจปัสสาวะเป็นวิธีหนึ่งในการตรวจหาพยาธิลำไส้		
10. พยาธิ 1 ตัวออกไข่เพียง 1 ฟองเท่านั้น		

จงตอบคำถามต่อไปนี้โดยกาเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ถูกต้อง

11. ลักษณะบ้านเช่นใด มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้มากที่สุด
- 1 บ้านที่ไม่มีห้องนอนเป็นสัดส่วน 2 บ้านที่ไม่มีส้วมใช้ ต้องถ่ายตามพื้นดิน
- 3 บ้านชั้นเดียวที่อยู่ติดพื้นดิน 4 ไม่ทราบ
12. อาหารในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้มากที่สุด
- 1 ซูชิหน้าไข่กุ้ง 2 ส้มตำปูนาดอง 3 ปลาทึบทิมทอกรอบ 4 ไม่ทราบ
13. พบพยาธิใบไม้ตับได้ในอาหารชนิดใด
- 1 กุ้งดิบ 2 แหนมดิบ 3 ปลาตะเพียนดิบ 4 ไม่ทราบ
14. โรคบิดมีอาการอย่างไร
- 1 ปวดศีรษะ 2 ท้องร่วง 3 ท้องผูก 4 ไม่ทราบ
15. เพราะเหตุใดทางราชการ จึงรณรงค์ให้ใส่รองเท้าในขณะเดินบนพื้นดิน
- 1 เพื่อป้องกันไม่ให้ไข่พยาธิติดเท้า 2 เพื่อป้องกันไม่ให้เท้าอักเสบ
- 3 เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวพยาธิไชเข้าสู่เท้า 4 ไม่ทราบ
16. พบโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดในภาคใด
- 1 ภาคเหนือ 2 ภาคอีสาน 3 ภาคกลาง 4 ภาคตะวันออก
17. โรคพยาธิทำให้เกิดอาการใดต่อไปนี้
- 1 ความรู้สึกทางเพศเสื่อม 2 ความจำเสื่อม
- 3 ร่างกายอ่อนเพลีย 4 มือเท้า ตัน
18. ภาวูในเนื้อหมู เป็นส่วนของพยาธิชนิดใด
- 1 พยาธิตัวดีด 2 พยาธิไส้เดือน 3 พยาธิแส้ม้า 4 พยาธิเส้นด้าย
19. พยาธิชนิดใดที่สามารถซ่อนไข่ ไปตามผิวหนังได้
- 1 พยาธิตัวจิ๊ด 2 พยาธิไส้เดือน 3 พยาธิเข็มหมุด 4 พยาธิใบไม้ตับ
20. ท่านคิดว่าคนที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ สามารถติดโรคพยาธิลำไส้ได้หรือไม่
- 1 ได้ถ้าบุคคลนั้น ได้รับไข่หรือตัวพยาธิเข้าร่างกาย
- 2 ไม่ได้ เพราะคนที่ออกกำลังกายเสมอจะต่อต้านพยาธิลำไส้ได้
- 3 ไม่ทราบ
- 4 อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 เจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมา
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. บุคคลควรไปตรวจหาพยาธิไข่ 1 ครั้ง					
2. ถ้ามีการอบรมเรื่องโรคพยาธิลำไส้ ข้าพเจ้าจะเข้า อบรมด้วย					
3. พ่อ แม่ ควรจะสอนลูกให้งดรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ					
4. ข้าพเจ้าต้องการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคพยาธิ ลำไส้ให้กับชุมชน					
5. การกินผักสด ที่ไม่สะอาดอาจทำให้เกิดการติดโรค พยาธิลำไส้ได้					
6. การเป็นโรคพยาธิลำไส้บางชนิดจะทำให้เกิดโลหิต จางได้					
7. โรคพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดอาการดีซ่านได้					
8. พ่อแม่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน โรคพยาธิให้แก่ บุตร					
9. โรคพยาธิ บางชนิดอาจทำให้เสียชีวิตได้					
10. เด็กมักติดโรคพยาธิลำไส้ได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่					
11. โรคพยาธิตัวตืดอาจขึ้นไปยังบริเวณสมองได้					
12. การป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สามารถทำได้ง่าย					
13. การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ แม้เป็นสิทธิส่วนบุคคล แต่ก็ไม่ควรกระทำ					
14. โรคพยาธิลำไส้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
15. การป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นหน้าที่ของเจ้า หน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น.					
16. ในการเดินเท้าเปล่าบนดินจะมีโอกาสติดโรคพยาธิ ได้น้อย.					
17. ไม่ควรล้างผักสดนานๆ เพราะจะทำให้สูญเสียคุณค่าทาง อาหารได้.					
18. คนที่มีการศึกษาสูงเท่านั้นที่สามารถป้องกันโรค พยาธิลำไส้ได้.					
19. ประชาชนในชนบทไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมใช้ เพราะมี พื้นที่กว้างขวาง สามารถขับถ่ายในทุ่งนาได้.					
20. โรงพยาบาลเป็นแหล่งแพร่กระจายโรคพยาธิลำไส้ .					
21. โรคพยาธิลำไส้มักจะติดต่อกันภายในครอบครัวเท่า นั้น.					
22. การบีบมะนาวใส่เนื้อปลาดิบทำให้สามารถฆ่า พยาธิได้.					
23. พยาธิลำไส้ไม่สามารถมีชีวิตอยู่บนพื้นดินได้.					
24. อาการท้องร่วงมีสาเหตุจากการติดพยาธิลำไส้เพียง อย่างเดียว.					
25. โรคพยาธิลำไส้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หาย ขาดได้.					
26. การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ ไม่มีผลต่อการแพร่ กระจายโรคพยาธิ.					
27. โรคพยาธิลำไส้ติดต่อกับแมลง.					
28. เมื่อเป็นโรคพยาธิลำไส้ สามารถรักษาได้ทางไสย ศาสตร์.					
29. การรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ ทำกันมานาน มี โอกาสติดโรคพยาธิน้อยมาก.					
30. โรคพยาธิเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์.					

ตอนที่ 4 ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ
--

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย \surd ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ถ้าท่านปฏิบัติตัวทางสุขภาพได้ถูกต้อง ท่านจะมีสุขภาพดี					
2. ท่านเชื่อว่าท่านสามารถควบคุมเพื่อให้มีสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง					
3. สุขภาพของท่านจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับภาระกระทำของตัวท่านเอง					
4. ถ้าท่านตั้งใจทำอะไรเพื่อรักษาสุขภาพของตนเองแล้ว ท่านเชื่อว่าท่านสามารถทำได้สำเร็จ					
5. การรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอเป็นเรื่องง่ายสำหรับท่าน					
6. ถ้าท่านป่วยการรักษาด้วยแพทย์อย่างสม่ำเสมอทำให้หายป่วยได้					
7. การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของความ โชคดี.					
8. คนเราป้องกันการเจ็บป่วยได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น.					
9. การมีสุขภาพดีของท่านขึ้นกับการดูแลของคนรอบข้าง.					
10. โดยทั่วไปแล้ว สุขภาพของท่านขึ้นอยู่กับโชคหรือดวงมากกว่า.					
11. ไม่ว่าจะเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี ล้วนแต่เป็นเรื่องของเคราะห์กรรมในอดีต.					
12. ท่านสามารถป้องกันโรคได้โดยการทำบุญให้มาก.					
13. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่าท่านจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า.					

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม

โปรดอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับคำตอบของท่าน

- จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับท่านมากที่สุด
 จริงมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับท่านมาก
 จริงปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับท่านปานกลาง
 จริงน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับท่านน้อย
 ไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับท่านเลย

คำถาม	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	ไม่จริง
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. เมื่อท่านมีปัญหาไม่สบายใจ จะมีบุคคลที่แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจท่านและรับฟังเรื่องของท่าน					
2. ยามปกติท่านจะได้รับการดูแลเอาใจใส่และเยี่ยมเยียน					
3. ท่านจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ เยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย					
4. มีผู้คอยสนับสนุนให้ท่านทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การงคหนูรีและเหล่า ฯลฯ					
5. คนรอบข้างมักแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านหมคกำลังใจ.					
5. ท่านรู้สึกว ถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างว้าเหว โดดเดี่ยว.					
7. คนรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกทุกข์กาย/ใจ.					
การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงานและบริการ					
1. เมื่อท่านต้องการคนเป็นเพื่อนในการเดินทางไปกิจธุระต่างๆ จะมีคนไปกับท่านด้วย					
2. ขณะที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ไม่สามารถจะทำงานต่อได้สำเร็จ จะมีคนช่วยเหลือท่านทำงาน					
3. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน จะมีผู้ช่วยเหลือท่านได้					
4. เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของ เช่น อาหาร ยา ของใช้ที่จำเป็น จะมีคนช่วยเหลือท่านได้					
5. เมื่อท่านไม่สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ จะมีคนคอยช่วยเหลือดูแลให้					
6. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือด้านสิ่งของ จะไม่มีคนช่วยเหลือให้สิ่งของใดๆ แก่ท่านเลย .					

คำถาม	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	ไม่จริง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
1. บุคคลรอบข้างมักแจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับท่าน เช่น โรคเอดส์ อันตรายจากการทำงาน					
2. ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกับผู้อื่น					
3. มีผู้คนรอบข้างที่จะคอยเสนอแนะ คำปรึกษาแก่ท่านให้ท่านได้ทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่มีผลต่อสุขภาพ					
4. ท่านสนใจได้รับข้อมูลสุขภาพจากรายการโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์ต่างๆ					
5. ท่านไม่เคยสนใจเกี่ยวกับข่าวสารด้านสุขภาพ.					
6. เมื่อท่านต้องการทราบข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่มีบุคคลใดที่จะช่วยเหลือให้ข้อมูลท่านได้.					

ตอนที่ 6 ลักษณะของสื่อที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

จงตอบคำถามต่อไปนี้โดยการกา ในข้อที่ตรงกับท่าน

1. ชุมชนของท่านเคยรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิหรือไม่

เคย ไม่เคย

2. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิหรือไม่

เคย ไม่เคย

ถ้าตอบว่าเคย เคยได้รับจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ / หนังสือพิมพ์ / แผ่นพับ
 บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน
 เจ้าหน้าที่มูลนิธิ / สาธารณสุข อื่นๆ ได้แก่.....

3. ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ ตรวจหาโรคพยาธิหรือไม่

เคย ไม่เคย

ถ้าตอบว่าเคย เคยได้รับจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ / หนังสือพิมพ์ / แผ่นพับ
 บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน
 เจ้าหน้าที่มูลนิธิ / สาธารณสุข อื่นๆ ได้แก่.....

ตอนที่ 7 ลักษณะสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย

จงตอบคำถามต่อไปนี้โดยการกา ✓ ในข้อที่ตรงกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของท่าน

1. ลักษณะของบ้านของท่าน

- บ้านตึก ครึ่งตึกครึ่งไม้ บ้านไม้ วัสดุถาวร วัสดุไม่ถาวร

2. แหล่งน้ำดื่มภายในบ้านของท่าน

- น้ำดื่มสุก น้ำประปาภายในบ้าน น้ำประปาภายนอกบ้าน น้ำบรรจุขวด น้ำฝน

3. จำนวนห้องส้วมใช้ภายในบ้าน

- ไม่มีห้องส้วม 1 ห้อง 2 ห้อง 3 ห้อง มากกว่า 3 ห้อง

4. ในครัวเรือนใช้ส้วมชนิดใด

- ส้วมชักโครก ส้วมซึม ส้วมหลุม/ถัง ใช้ส้วมที่บ้านผู้อื่น

5. ท่านกำจัดขยะโดยวิธีใด

- ส่งให้รถเทศบาล เผา ฝัง ฝังภาชนะทิ้งไว้ ทิ้งทั่วไปตามแต่สะดวก

6. น้ำที่ใช้แล้วในครัวเรือนกำจัดโดย

- มีบ่อซึมรองรับน้ำเสียประจำบ้าน ระบายลงรางระบายน้ำสาธารณะ ระบายลงแหล่งน้ำธรรมชาติ
 ปลดทิ้งบริเวณบ้าน ทิ้งตามใจชอบ

7. ความสะอาดภายในบริเวณบ้าน

- สะอาด ก่อนข้างสะอาด ไม่สะอาด ไม่สะอาด / รกรุงรัง

8. การระบายอากาศภายในบ้าน

- ระบายอากาศได้ดี ระบายอากาศได้ปานกลาง ระบายอากาศได้ไม่ดี

9. บริเวณบ้านมีสัตว์รบกวน ได้แก่ หนู แมลงวัน และแมลงสาบ มากน้อยเพียงใด

- มีมาก มีปานกลาง มีน้อย ไม่มี

10. ปริมาณแสงสว่างจากธรรมชาติที่ส่องเข้าภายในบ้าน

- แสงส่องเข้ามา แสงส่องได้ปานกลาง แสงส่องได้น้อย

11. จำนวนห้องนอนภายในบ้าน

- ไม่มีห้องเป็นสัดส่วน 1 ห้อง 2-3 ห้อง 3-4 ห้อง มากกว่า 4 ห้อง

12. ในบ้านมีสัตว์เลี้ยงหรือไม่

- ไม่มี มี 1 ชนิด มีมากกว่า 1 ชนิด

13. ท่านคิดว่า บ้านมีความสะอาดถูกสุขลักษณะหรือไม่

- สะอาดถูกสุขลักษณะดี สะอาดถูกสุขลักษณะปานกลาง ยังไม่ถูกสุขลักษณะ

ตอนที่ 8 พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
--

จงกาเครื่องหมาย ✓

ท่านปฏิบัติ (แสดง) พฤติกรรมต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ทำเลย
1. ล้างมือก่อนทานอาหาร					
2. ล้างผักสดให้สะอาดก่อนรับประทาน					
3. รับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ					
4. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า					
5. หาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้					
6. รับประทานยาถ่ายพยาธิ					
7. รักษาความสะอาดของห้องน้ำ					
8. ดื่มน้ำต้มสุก					
9. ออกกำลังกาย					
10. ไปตรวจร่างกายประจำปี					
11. การทำความสะอาดเครื่องนอน เช่น ผ้าปูที่นอน					
12. ทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงหรือใส่อาหาร					
13. ทำความสะอาดบริเวณบ้าน					
14. ตัดเล็บให้สั้น					
15. รับประทานอาหารกึ่งสุก กึ่งดิบ.					
16. เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน .					
17. กัดหรือดูดนิ้วมือเล่น .					
18. คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว.					
19. ใช้มือหยิบหรือจับเนื้อดิบ.					
20. ทิ้งขยะบริเวณใต้ถุนบ้าน .					

ขอขอบพระคุณที่ตอบคำถามอย่างครบถ้วนค่ะ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางบังอร ฉางทรัพย์
วันเดือนปีเกิด	14 เมษายน 2507
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	220/1075 หมู่ 4 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 10290
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 18/18 ถนนบางนา-ตราด ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540
ประวัติการศึกษา	วท.ม. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)
พ.ศ. 2534-2538	จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2526-2529	วท.บ. (เทคนิคการแพทย์) จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น