

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา
2. พฤติกรรมสุขภาพ
3. ความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. ปัจจัยลักษณะบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา

ในอดีตไม่นิยมนำไม้ยางพารามาใช้ในการก่อสร้างหรือผลิตเป็นเฟอร์นิเจอร์ เนื่องจากไม้ยางพาราเป็นไม้อ่อนที่ขาดความแข็งแรงและเกิดเชื้อราหรือมอดเข้าทำลายเนื้อไม้ให้ผุเปื่อยหลังจากการตัดโค่นไม่นาน ดังนั้นเมื่อโค่นต้นยางพาราที่มีอายุมากและให้น้ำยางน้อยแล้ว ต้นยางพาราที่ถูกตัดโค่นจะนำไปใช้เป็นฟืนเผาถ่านหรือทำลายด้วยการเผาทิ้งแต่หลังจากได้ค้นพบกรรมวิธีการสำหรับไม้ยางพาราผ่านกระบวนการรักษาเนื้อไม้ด้วยการแช่น้ำยาเข้าเนื้อไม้ด้วยวิธีสุญญากาศและนำไปอบแห้งแล้วไม้ยางพาราจึงเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตเฟอร์นิเจอร์ เนื่องจากมีสีขาวนวลและเนื้อไม้มีลวดลายสวยงามทั้งยังสามารถทำการปรับสีได้ตามที่ต้องการ นอกจากนี้ไม้ยางพารายังมีราคาถูกกว่าไม้เนื้อแข็งหลายเท่าตัวและมีอยู่ภายในประเทศ ตลอดจนเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับความนิยมจากตลาดต่างประเทศอย่างมาก (จรินทร์ เจริญศรีวัฒนากุล, 2536, หน้า 113)

การพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องเรือนจากไม้ยางพารา เริ่มจากความต้องการของตลาดต่างประเทศที่จะหาผลิตภัณฑ์จากไม้ชนิดอื่นๆ แทนผลิตภัณฑ์จากไม้ชนิดเดิมที่มีอยู่ และเพื่อสนองรสนิยมที่หลากหลายของผู้บริโภค ทำให้มีการศึกษาทดลองวิธีรักษาเนื้อไม้ยางพารา และพบว่าสาเหตุที่เนื้อไม้ยางพาราเปลี่ยนสภาพไปเนื่องจากเชื้อราเข้าไปเกาะกินเนื้อไม้ภายใน 24 ชั่วโมงและ

สร้างสปอร์ขึ้นหลังจาก 24-48 ชั่วโมงหลังตัดโคน (สุรางค์ ตั้งสมบุญมณเฑียร, 2527, หน้า 204) จึงทดลองใช้น้ำยาป้องกันเชื้อราและมอด พวก Sodium pentachlorophenate, TBP-M และ Borax อาบผิวของเนื้อไม้ยางพาราที่แปรรูปภายใน 24 ชั่วโมงหลังตัดโคนและพบว่าสามารถป้องกันการเกิดเชื้อราได้เพียงไม่เกิน 45 วัน แต่เมื่อใช้วิธีอัดน้ำยาด้วยแรงดันประมาณ 10 เท่าของบรรยากาศให้น้ำยาแทรกตัวเข้าไปในเนื้อไม้จนทั่วถึงแล้วจึงนำไม้ที่อบน้ำยาแล้วไปอบให้แห้ง ไม้ยางพาราที่ผ่านกระบวนการดังกล่าวจะไม่มีเชื้อราเข้ามาทำลายเนื้อไม้อีกต่อไป ไม้ยางพาราที่ผ่านกระบวนการอัดน้ำยาแล้วเมื่อนำไปทำเครื่องเรือนเครื่องใช้ก็เป็นที่นิยมอย่างมาก โดยเฉพาะในอเมริกาและญี่ปุ่น

ในปีพ.ศ. 2513 ได้มีการร่วมทุนระหว่างชาวไทยและชาวญี่ปุ่น จัดตั้งโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา อัดอบน้ำยาและผ่านขบวนการผลิตต่อเป็นเครื่องเรือนในระบบแยกชิ้น (Knock Down) ขึ้นที่อำเภอแกลง จังหวัดระยอง (บริษัท นิก้าวู้ด จำกัด) โดยได้รับบัตรส่งเสริมการลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนและเปิดดำเนินการปลายปีพ.ศ. 2514 (ประสงค์ นรจิตร์, 2533, หน้า 16) ต่อมาเมื่อผู้ประกอบการได้ตั้งโรงงานเครื่องเรือนเครื่องใช้จากไม้ยางพาราเพิ่มขึ้นอีกหลายโรงงานในบริเวณใกล้เคียง โรงงานเหล่านี้จะมีลักษณะเป็นห้องโถงใหญ่รวมแผนกงานทั้งหมดอยู่ที่เดียวกัน ส่วนแผนกสีจริงจะแยกการทำงานเป็นห้องพ่นสีเพื่อประโยชน์ในการป้องกันสุขภาพของผู้พ่นและผู้อยู่ใกล้เคียง ในการทำงานของผู้ใช้แรงงานแต่ละแผนกอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันซึ่งจะมีเสียงดังของเครื่องจักรต่างๆ กลิ่นของสารเคมีและละอองของฝุ่นไม้ถึงแม้ว่าทุกโรงงานจะมีระบบกำจัดฝุ่นแล้วก็ตาม โรงงานเหล่านี้บางโรงงานตั้งมากกว่า 20 ปีบางโรงงานตั้งมาไม่ถึง 10 ปี แต่ทุกโรงงานมีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 (ฉบับปัจจุบัน) ตามรายละเอียดในบทเฉพาะกาล มาตราที่ 67 ที่ว่า ใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานที่ออกให้แก่บุคคลใดตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานก่อนวันที่ก่อนพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้คงใช้ต่อไปจนสิ้นอายุที่กำหนดไว้ ให้ถือว่าใบอนุญาตตั้งโรงงานตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานก่อนพระราชบัญญัตินี้ ใช้บังคับเป็นใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานตามพระราชบัญญัตินี้ และให้ผู้ได้รับใบอนุญาตตั้งโรงงานดังกล่าวมีหน้าที่ดำเนินการต่อไปตามพระราชบัญญัตินี้ และมาตรา 68 มีใจความว่า บรรดากฎกระทรวงและประกาศที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานให้คงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งเหตุผลและความจำเป็นที่สำคัญ ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 มีดังนี้ โดยที่พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2512 มีบทบัญญัติไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมปัจจุบัน และไม่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมการประกอบกิจการโรงงาน เนื่องจากกำหนดให้โรงงานทุกลักษณะต้องขอ

อนุญาตเช่นเดียวกันทั้งๆ ที่ตามสภาพที่เป็นจริงโรงงานต่างๆ มีลักษณะแตกต่างกัน โรงงานบางประเภทไม่จำเป็นจะต้องควบคุมดูแลการจัดตั้งโรงงาน เพียงแต่ดูแลการดำเนินงานเท่านั้น คงมีแต่โรงงานบางประเภทที่อาจเกิดอันตรายจากการประกอบกิจการได้เท่านั้นที่ควรควบคุมการจัดตั้งอย่างเคร่งครัด จึงสมควรปรับปรุงระบบการควบคุมดูแลให้สอดคล้องกับสภาพการประกอบกิจการด้วยการให้โรงงานบางลักษณะอาจจะประกอบกิจการได้ภายใต้ระบบการกำกับปกติ และโรงงานบางลักษณะจะต้องแจ้งให้ทราบก่อนจึงจะเริ่มประกอบกิจการได้ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2536, หน้า 21,112) จึงกล่าวได้ว่าโรงงานเฟอร์นิเจอร์ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง มีพื้นฐานทางกายภาพภายในโรงงานคล้ายคลึงกัน และการดำเนินงานแนวทางเดียวกัน

กระบวนการผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา พอสรุปขั้นตอนได้ดังนี้

นำไม้ยางพาราที่ผ่านกระบวนการแปรรูปและอัดน้ำยาไม้แล้ว นำมาไส, เจาะ, เหลากลมหรือเจาะตัดขอย ตามวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้

1. อัดประสานด้วยกาว ในส่วนที่ต้องการวัสดุชิ้นใหญ่ๆ เช่น หน้าโต๊ะ จำนำไม้ที่อัดประสานด้วยกาวแล้วไปตัดตรงตามความต้องการ
2. ขัดเรียบ ด้วยการขัดไวท์แซนด์ และขัดเรียบ
3. ลงแป้งเพื่อลบเลี่ยน
4. พ่นรองพื้น
5. ขัดรองพื้น
6. ขัดรองพื้น
7. ประกอบเป็นเฟอร์นิเจอร์

หลังจากนั้นจะบรรจุกล่องส่งต่างประเทศ

การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงาน โดยสิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้แรงงานโดยตรง ถ้าสิ่งแวดล้อมในการทำงานเหมาะสมผู้ใช้แรงงานก็สามารถทำงานได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าในตรงกันข้ามถ้าสิ่งแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสมหรือมีความไม่ปลอดภัยก็จะเป็นสิ่งที่เป็นทอนสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ใช้แรงงาน สิ่งแวดล้อมการทำงานที่ล้อมรอบตัวผู้ใช้แรงงาน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (การสาธารณสุข 1, 2536, หน้า 705-707) ดังนี้

ก. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ที่อยู่รอบตัวผู้ใช้แรงงานขณะทำงานนั้นมีหลายชนิด เช่น ความร้อน ความเย็น เสียงดัง ความสั่นสะเทือน รังสี แสงสว่าง ความกดดันบรรยากาศ นอกจากนี้ยังรวมถึงเครื่องจักร เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ และบริเวณสถานที่ทำงานอีกด้วย เป็นต้น

ข. สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical Environment) ที่ผู้ใช้แรงงานที่เกี่ยวข้องก็คือสารเคมีชนิดต่าง ๆ ที่เป็นวัตถุดิบ หรือผลผลิต หรือของเสียที่ต้องกำจัด ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของฝุ่น พุ่มควัน ละอองก๊าซ ไอสาร หรืออยู่ในรูปของของเหลว เช่น สารตัวทำละลายต่าง ๆ เป็นต้น

ค. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological Environment) ของคนงานนั้นมีทั้งชนิดที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ตัวอย่างของชนิดที่มีชีวิต เช่น ไวรัส แบคทีเรีย ไรโคเคเทีย เชื้อรา พยาธิและสัตว์อื่น ๆ เช่น งู เป็นต้น

ง. สิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม (Psychological Environment) หรือบางครั้งเรียกว่าปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน (Psychosocial Factors at Work) ครอบคลุมถึงภาวะทางจิตวิทยาสังคม และเศรษฐกิจ เช่น ภาวะที่ต้องย้ายถิ่นจากถิ่นเกษตรกรรมมาสู่ถิ่นอุตสาหกรรม การทำงานเป็นผลัด การอยู่หรือทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่แปลกหน้า ค่าจ้างแรงงานไม่เหมาะสม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานที่ไม่เหมาะสมกับความสามารถของร่างกายและจิตใจ การเข้าทำงานที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรม และการทำงานที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและผลผลิต เป็นต้น

อันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานนั้นบางครั้งอาจจะใช้เวลาอันสั้น แต่บางครั้งก็อาจจะเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นเวลาหลายปีจึงเกิดอันตรายขึ้น (การสาธารณสุข 1, 2536, หน้า 710) ผู้ใช้แรงงานอาจเกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ใช้งานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารามีได้ดังนี้

อันตรายจากฝุ่นไม้ (อรพรรณ เมธาธิลกุล, 2535, หน้า 45-46)

1. โรคหอบหืดจากฝุ่นไม้ มักพบรวมกับโรคเยื่อจมูกอักเสบจากฝุ่นไม้ โดยโรคหอบหืดจากฝุ่นไม้เป็นโรคที่มีการเพิ่มของปฏิกิริยาตอบสนองของทางเดินหายใจ คือ หลอดลมตีบแคบจากฝุ่นไม้ แสดงออกโดยการขัดลงของการหายใจออก เป็นผลให้มีเสียงหวีดในขณะหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของการรุนแรงได้เองหรือด้วยการรักษา โรคหอบหืดจากฝุ่นไม้นี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจมี

เสียงหวีด แ่นหน้าอกและไอ ส่วนเยื่อจมูกอักเสบนั้นจะมีอาการน้ำมูกไหล คัดจมูก และจามร่วมด้วย ลักษณะโรคนี้คล้ายกับโรคปอดจากฝุ่นอื่นๆ เช่น บิสซิโนซิสในคนงานสิ่งทอ

2. โรคปอดอักเสบชนิดไฮโปเซนซิทีวิตี้ เป็นโรคที่เกิดจากการกระตุ้นด้วยสารที่ทำให้แพ้ซึ่งในที่นี้คือฝุ่นไม้และยังคงเพิ่มไปอีกเรื่อยๆ เป็นการอักเสบของเนื้อปอดส่วนถุงลมและหลอดลมส่วนปลาย มีลักษณะกระจายทั่วๆไป โรคนี้ไม่มีอาการทางคลินิกหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการชนิดใดที่ชี้ชัด ในการวินิจฉัยโรคนี้ได้ ต้องใช้การปฎิบัติ อาการตรวจพบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกแบบอินเตอร์สตีเชียล การตรวจหน้าที่ปอด และการตรวจด้านภูมิคุ้มกัน สำหรับการตรวจหาปฏิกิริยาพิเศษ ตั้ง แอนติบอดี จะช่วยการวินิจฉัยได้มาก

ส่วนเชื้อสาเหตุที่พบในจีนไม้เล็กๆ ที่มีราขึ้น คือ เชื้อราในกลุ่มอัลเทอเนเรีย ซึ่งทำให้เกิดโรคปอดอักเสบชนิดนี้ ในบางครั้งเรียกโรคปอดอักเสบของคนทำไม้ สำหรับโรคที่เรียกว่าโรคปอดขาวนา เกิดจากเชื้อราไมโครพิลีสปอราในโนฟาง โรคปอดอักเสบแกลสโซซิส เกิดจากเชื้อราเพอโมแนคติโคโนเซตัสคาร์ ในอ้อย โรคปอดอักเสบซีโคโอซิส เกิดจากเชื้อราพัลลูลาเรียในฝุ่นไม้แดง และโรคปอดอักเสบจากเปปโตโกเมเบิล ก็เกิดจากเชื้อราซีโคริฟโตสโตรมาคอร์ติเคิล ซึ่งอยู่ในเปลือกไม้เมเบิล

โรคปอดชนิดนี้แบ่งเป็นระยะเฉียบพลัน ร่องเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง

แบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีไข้ สั่น ไอ หายใจถี่ หอบ โดยไม่มีเสียงหวีด และปวดเมื่อยตามตัว หลังจากสัมผัสแอนติเจน 4-10 ชั่วโมง มีหน้าที่ปอดผิดปกติแบบเรสตริกตีฟหรือแบบตีบ

แบบร่องเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะเกิดอาการชั่วคราว ลักษณะคล้ายหลอดลมอักเสบเรื้อรังชนิดรุนแรง ไอ มีเสมหะ หอบ เหนื่อย อ่อนเพลียและน้ำหนักลด จะมีหน้าที่ปอดผิดปกติทั้งแบบตีบและแบบหลอดลมอุดกั้น ผู้ป่วยหลายคนมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่บ่อยๆ

แบบเรื้อรัง พบในกลุ่มที่สัมผัสฝุ่นไม้ปริมาณน้อยๆ ต่อเนื่องกัน ผู้ป่วยจะเกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจชนิดไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ หายใจสั้น มีพังพืดในปอด หน้าที่ปอดจะเป็นแบบตีบเป็นส่วนใหญ่

การตรวจร่างกายจะพบเสียงรลในขณะหายใจเข้า มีตบไตได้ จากหัวใจด้านขวาล้มเหลวและข้อเท้าบวม

3. โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นโรคที่มีอาการไอเรื้อรังอย่างน้อย 3 เดือนของระยะ 2 ปีติดต่อกัน มีการหนาตัวของต่อมผลิตมูกของหลอดลม นอกจากนั้น มีอาการหอบเหนื่อย และอาการ

ของโรคทางเดินหายใจถูกอุดกั้น ฝุ่นไม้ทำให้เกิดโรคหลอดอักเสบเรื้อรัง เช่นเดียวกับฝุ่นไม้ซีดาร์ ฝุ่นอิฐ และอื่นๆ

อาการสำคัญคือ ไอแบบมีเสมหะ หอบเหนื่อยขณะออกกำลังกาย เสมหะอาจมีสีเหลืองหรือเขียว แสดงถึงการมีเม็ดเลือดขาวมาก

4. มะเร็งโพรงจมูก และมะเร็งของนาโดฟาริงซ์จากฝุ่นไม้ มักพบเป็นชนิดติในคาริโนมาของเอทมอยไซด์ พบในช่วงไม้ ผู้ทำเฟอร์นิเจอร์ ผู้ทำซุง ทำไม้ฟลายวู้ด คนงานเลื่อยไม้ และผู้ทำงานเกี่ยวกับไม้อื่นๆ

สารระเหย (กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด, ม.ป.ป.) เป็นสารประกอบอินทรีย์เคมีพวกไฮโดรคาร์บอน ที่มาจากกระบวนการผลิตน้ำมันปิโตรเลียม มีลักษณะเป็นไอระเหยได้ในอากาศ มีกลิ่นหอมชวนดม เมื่อสูดดมเข้าไปจะทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายโดยเฉพาะสมอง ซึ่งไม่มีทางรักษาให้หายเป็นปกติได้ สารที่สำคัญ คือ โทลูอีน (Toluene) ซึ่งเป็นส่วนผสมหลักที่พบอยู่ในสีต่าง ๆ และสารระเหยที่เป็นปัญหามากที่สุดในปัจจุบัน ได้แก่ ทินเนอร์ ซึ่งผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์ เช่น สีฟัน แลคเกอร์ กาวยางน้ำ น้ำยาล้างเล็บ เป็นต้น

แลคเกอร์ เป็นสารประกอบอินทรีย์เคมี ประเภทสารระเหย นำมาใช้ในการขัดเงา เมื่อสูดดมติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะไขกระดูก ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง (วิทยา อยู่สุข, 2527, หน้า 20-21)

สี เป็นสารเคมีมีหลายประเภท พวก Aniline Dye บางชนิดเป็นตัวทำให้เกิดมะเร็งได้หรือในบางกรณีตัวสีอาจไม่ทำให้เกิดอันตราย แต่สารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตเป็นอันตราย เช่น B - Naphthylamine และ Benzidine ที่ใช้ในการผลิตสี Magenta และ Auramine ทำให้คนงานในโรงงานเป็นมะเร็งที่กระเพาะปัสสาวะ (สุชาติา ชินะจิตร, 2525, หน้า 53) สีที่ใช้ในงานเฟอร์นิเจอร์ มักจะเป็นสีประเภท โพลียูรีเทน สีโพลียูรีเทน จำเป็นต้องใช้สารไอโซไซยาเนตเป็นตัวทำปฏิกิริยาให้สีแข็งตัว อันตรายจากการใช้สีโพลียูรีเทน ที่มีไอโซไซยาเนตนั้นจะเกิดมากที่สุดก็จากการสูดดมเอาไอระเหยและละอองสีที่เกิดจากการพ่น การรับละอองสีและไอระเหยดังกล่าวเข้าไปมากเกินไป จะทำให้เกิดการระคายเคืองและจมูก และหายใจติดขัด แน่นหน้าอก และเป็นอันตรายต่อปอด เมื่อเข้าไปถึงสมองอาจมีผลทำให้เซลล์ประสาทกระทบกระเทือนได้ (ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก, 2533, หน้า 20)

สารทำละลาย หรือ Solvents เป็นสารที่มีคุณสมบัติละลายสารอื่น หรือทำให้สารอื่นเจือจางได้ เป็นของเหลว ส่วนใหญ่เป็นสารระเหย มีกลิ่นหอม หรือกลิ่นแรงและไวไฟ ใช้เป็นสารละลายในน้ำ

ยาเคมีมีใช้มากในสารผลิตอุตสาหกรรม (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2537, หน้า 59) โรคที่เป็นเพราะสารเคมีที่เกิดบ่อยที่สุดคือ โรคผิวหนังอักเสบ เนื่องจากสารเคมีระคายผิวหนัง โดยปกติผิวหนังจะมีเครื่องป้องกันตัวเองอยู่แล้ว ทนทานต่อกรดและด่างได้บ้าง โดยมีเหงื่อทำให้เจือจาง ไขมันจะช่วยปกคลุมผิวหนังและมีสีช่วยกันแสง แต่สารเคมีประเภททำลายจะละลายไขมันได้ดี และทำอันตรายต่อผิวหนังตัวทำลายบางชนิดนอกจากจะทำให้เป็นโรคผิวหนังอักเสบแล้ว ยังเป็นพิษเมื่อสูดดม หรือซึมเข้าผิวหนังด้วย ทำให้โลหิตเป็นพิษ หรืออาจกลายเป็นมะเร็งในเม็ดเลือด (สุชาติ ชินะจิตร, 2527, หน้า 47) และสารละลายที่ใช้ในอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ คือ ฟีนอลและเมธิลแอลกอฮอล์

พิษของสารระเหย

สารระเหยซึมได้ดี และเข้าสู่ร่างกายได้เร็วมากจากทางเดินหายใจแล้วเข้าสู่กระแสเลือด แพร่กระจายไปทั่วร่างกายสู่อวัยวะต่าง ๆ ที่มีส่วนประกอบของไขมัน เช่น ระบบประสาทส่วนกลาง ตับ ไต หัวใจ กล้ามเนื้อ

ระบบประสาทส่วนกลาง

พิษเฉียบพลัน

อาการเกิดขึ้นทันทีหลังสูดดม ระยะแรกมีง่วงเคลิบเคลิ้มมีความสุข ตื่นเต้น ร่าเริง ต่อมาจะมีอาการมึนเมาเหมือนเมาสุรา ควบคุมตัวเองไม่ได้ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ตามีความไวต่อแสงมาก มีเสียงในหู ประสาทหลอน เดินไม่ตรงทางต่อมาม่วงซึม ชัก หหมดสติ และตายอย่างเฉียบพลัน

พิษระยะยาว

- เกิดจากการสูดดมติดต่อกันเป็นเวลานานประมาณ 1 ปี ขึ้นไป
- มีอาการทางประสาท ทางจิตและสมองเสื่อม บุคลิก อารมณ์ และนิสัยเปลี่ยนแปลง เจือยชา ซึม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่สนใจตัวเอง อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง

- แขนขาอ่อน กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน มือสั่น ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เดินเซเซ
- ชาปลายมือ ปลายเท้า ปวดแสบปวดร้อนตามมือและขา 2 ข้าง

ระบบทางเดินหายใจ

- ระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้ไอ อืดอัด แน่นจมูก เจ็บหน้าอก หอบ
- ทำให้ปอดอักเสบ

- มีเลือดออกในถุงลม และระหว่างเนื้อปอด
- มีลมรั่วออกจากถุงลม เนื่องจากผนังถุงลมอ่อนแอ

ระบบหัวใจ

- หัวใจเต้นผิดปกติ
- สารเคมีในสารระเหยทำลายกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

ระบบกล้ามเนื้อ

- ทำให้กล้ามเนื้อเปลี่ยน หรือเป็นอัมพาตได้

ระบบโลหิต

- ทำให้ไขกระดูกฝ่อ การสร้างเม็ดเลือดลดลง ทำให้ซีดภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย
- ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ตับและไต

- ทำให้ตับและไตอักเสบ

ระบบทางเดินอาหาร

- ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เลือดออกในกระเพาะอาหาร

ข้อควรระวัง สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องทำงานเกี่ยวกับการใช้สารระเหย

1. เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้สารระเหย ควรใช้อย่างระมัดระวัง ถูกต้องกับคำแนะนำที่ติดมากับผลิตภัณฑ์นั้น
2. ควรป้องกันอย่าให้สารระเหยเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะทางการหายใจ หรือซึมเข้าสู่ทางผิวหนัง โดยสวมหน้ากากหรือใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก สวมเสื้อผ้าให้หนาปิดข้อมือใช้สารระเหย
3. ขณะใช้สารระเหยควรอยู่นอกลมและในที่ ที่อากาศถ่ายเทสะดวก

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนระบบเศรษฐกิจและสังคมจากเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรมทำให้ประชากรวัยแรงงานของประเทศเข้าสู่การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตไปจากเดิม และแบบแผนการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อและโรคที่เกิดจากความยากจนเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งลักษณะและปัจจัยต่างๆ ในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราอาจมีผลต่อสุขภาพของผู้ใช้แรงงานได้ถ้ามีพฤติ

กรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นทางแก้หรือลดปัญหาเหล่านี้ได้ทางหนึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานนั่นเอง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น (Stell and Mc broom, 1972, หน้า 363)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายใน หรือแสดงออกมาภายนอก นักพฤติกรรมศาสตร์บางคนเรียกการเคลื่อนไหวของสิ่งไม่มีชีวิตว่าเป็นพฤติกรรมด้วย (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526, หน้า 97-98) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530, หน้า 98-99) แบ่งพฤติกรรมมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน ซึ่งหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ การฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัด หรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถให้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ และพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน เดิน นั่ง ขับรถ เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามของบุคคลในขณะที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพอนามัยดีและมีวัตถุประสงค์ป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือการกระทำของบุคคลที่มีเป้าหมายสุดท้ายในอันที่จะทำให้มีสุขภาพดี (Kasl & Cobb, 1966, p. 246)

Harris and Guten (1979, p. 28) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันโรค โดยเรียกว่า “พฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ” (Health Protective Behavior) ซึ่งหมายถึง การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี เช่น การนอนหลับ การพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในอันที่จะป้องกันโรค เป็นต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีความหมายหลายแง่มุม ทั้งในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดโรคและรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, หน้า 14-30) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายอันได้แก่ การอาบน้ำ การแปรงฟัน เป็นต้น แต่การที่จะศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพให้สมบูรณ์นั้นจะมีแนวคิดเกี่ยวกับโรคและการเกิดโรคหรือภาวะที่ร่างกายไม่สมบูรณ์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เห็นได้ว่ากระบวนการของการเกิดโรคของร่างกายนั้นจะมีสาเหตุมาจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและตัวเชื้อโรค การที่บุคคลจะเกิดโรคนั้นย่อมขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ และเมื่อเป็นโรคแล้วจะหายจากโรค บุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติตนอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงจะทำให้หายจากโรคนั้นๆ จึงเห็นได้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตน จึงมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสภาวะก่อนการเกิดโรคและขณะเกิดโรคหรือขณะเจ็บป่วย

ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์ (2532, หน้า 2) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันและ/หรือควบคุมความเจ็บป่วยตั้งแต่ต้นนอ การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพมี 2 แบบ คือ ถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ค่านิยม ความเชื่อ ความต้องการ แรงจูงใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534, หน้า 1-9) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมหรือปฏิกิริยาใดๆของบุคคลที่สามารถวัดได้ และทดสอบได้ว่าเป็น ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพ

Pender (1987, p. 60) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ นอกจากจะเป็นการกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพแล้วยังรวมถึงการกระทำที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิมอีกด้วย

ในทางการแพทย์และสาธารณสุขเชื่อว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้คนมีสุขภาพดี หายจากโรคและป้องกันมิให้เกิดโรคได้ง่าย จากแนวความคิดเบื้องต้นจึงพอสรุปได้ว่า "พฤติกรรมสุขภาพ" หมายถึง การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง อยู่เสมอ ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดโรค (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2534)

ความหมายและลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ (จำนง อิมสมบุญ, 2541, หน้า 4-5)

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2. พฤติกรรมสุขภาพมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ

- ก. ลักษณะของการกระทำที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ
 - ข. ลักษณะของการไม่กระทำที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ
 3. พฤติกรรมสุขภาพนั้น ครอบคลุมถึงการกระทำหรือไม่กระทำทั้ง 3 ด้าน (องค์ประกอบ) ด้วยกัน คือ ในส่วนที่เป็นความรู้ความเข้าใจ ในส่วนที่เป็นเจตคติ ความรู้สึกนึกคิดและค่านิยม และส่วนที่เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำโดยตรง
 4. กระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือปลูกฝังและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นกระบวนการทางสุขภาพศึกษา
 5. เป้าหมายของการเรียนรู้ทางกระบวนการสุขภาพศึกษา คือ บุคคลสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติตนที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และตัดสินใจไม่ปฏิบัติตนในเรื่องที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง
 6. พฤติกรรมสุขภาพมี 3 ระดับด้วยกันคือ
 - ก. ระดับแรก เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์
 - ข. ระดับที่ 2 เป็นการปฏิบัติตามข้อแนะนำหรือแนวทางที่ควรปฏิบัติต่างๆ
 - ค. ระดับที่ 3 เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในลักษณะของค่านิยมทางสุขภาพหรือสไลล์ชีวิต (Life Style) ของคน โดยมีจิตสำนึกและจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ (2534, หน้า 94) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพดังนี้
1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น
 2. พฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น
 3. พฤติกรรมเมื่อรู้ตนเป็นโรค (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งมีมากขึ้น เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป "พฤติกรรมสุขภาพ" หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออกหรือการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคล ที่แสดงถึงการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตื่นนอน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การพักผ่อนหรือการนอน เป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ ในการวิจัยครั้งนี้ วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันอันตรายอันเนื่องมาจากสภาวะการทำงานที่อาจเกิดแก่ผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่เป็นจริงเป็นไปอย่างแน่แท้ จากการที่ศรัทธา ไว้วางใจ จริงใจ ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อนั้นทั้งที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนรากฐานของความเป็นจริงก็ตาม การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปเนื่องจากความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคลซึ่งมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะต่างๆ กันออกไป (Green et al., 1980, p. 73) และความรู้สึกลึกซึ้งนี้จะฝังแน่นในจิตใจ แล้วทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจสิ่งนั้นๆ ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดหลักแห่งการกระทำหรือกำหนดกรอบแห่งความคิดเห็นในด้านต่างๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้บุคคลปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (สุธีรา อายุวัฒน์, 2527, หน้า 1-2)

ชนิดของความเชื่อตามแนวกุ๊ซปายน์และไอเซน (1975, ในจิระรัตน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2536, หน้า10-13)

1) ความเชื่อเชิงพรรณนา (Descriptive Beliefs) ความเชื่อที่เกิดจากการรับรู้หรือมีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น เชื่อว่า น้ำตาลหวาน เกลือเค็ม หินแข็ง ไม้จะกลม ฯลฯ ความเที่ยงตรงของความเชื่อแบบนี้ขึ้นอยู่กับสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ และความเชื่อถือได้ของประสาทสัมผัสของบุคคลนั้น

2) ความเชื่อเชิงอนุมาน (Inferential Beliefs) เป็นความเชื่อที่ไม่ได้เกิดจากการรับรู้โดยตรงแต่เกิดจากการอนุมาน เช่น จากการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น การอ่านหนังสือ อาจนำไปสู่ความเชื่อเกี่ยวกับ สิ่งที่ไม่เคยพบเห็นหรือมีประสบการณ์มาก่อน การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่หรือข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่นแล้วนำมาสรุปผลเป็นความเชื่อใหม่ ก็จัดเป็นความเชื่อเชิงอนุมาน Bruner (1957) กล่าวถึงปฏิกิริยาความเชื่อแบบนี้อยู่สองวิธี 1) การหาความสัมพันธ์จากสิ่งที่ได้เรียนรู้มา เช่น มองเห็นคนร้องไห้ ก็อนุมานว่าเขาคงมีเรื่องเศร้าเสียใจ หรือการเห็นสินค้าที่ประทับตราบริษัทมีชื่อ และผู้ซื้อเคยเชื่อถือสินค้าอย่างอื่นของบริษัทนั้นก็เชื่อว่าสินค้านั้นมีคุณภาพทั้งๆ ที่ไม่เคยใช้สินค้านั้นๆ เลยก็เป็นได้ 2) เปรียบเทียบข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ก.สูงกว่า ข. สูงกว่า ค. แน่นอนจะต้องสรุปและเชื่อได้ว่า ก.สูงกว่าค. โดยไม่ต้องเทียบความสูงระหว่าง ก.กับ ค. ดังนี้ เป็นต้น

ความเชื่อเชิงอนุมาน สามารถจะอนุมานจากข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์โดยตรงจากคำบอกเล่า หรืออนุมานจากข้อมูลที่อนุมานมาได้ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเกิดการอนุมานแบบใดก็จะสามารถสืบย้อนไปหาความเชื่อเชิงพรรณนาที่เป็นปฏิกิริยาของความเชื่อเชิงอนุมานได้

3) ความเชื่อที่เกิดจากการรับข้อมูล (Informational Beliefs) ข้อมูลที่ส่งผ่านสื่อมวลชนต่างๆ ก่อให้เกิดความสนใจ และผู้รับเชื่อในสิ่งนั้นโดยไม่มีการอนุมานก็จัดอยู่ในความเชื่อแบบนี้

มนุษย์ไม่ว่าในสังคมไทยหรือสังคมใดๆ ก็ตาม ต่างก็มีความประสงค์ที่จะดำรงรักษาชีวิตให้ยืนยาวโดยวิธีต่างๆ ตามความเชื่อที่ได้ปฏิบัติกันสืบต่อกันมา มนุษย์สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นสังคมอย่างมีระเบียบนั้นก็เพราะมนุษย์มีความคิดและสร้างวัฒนธรรมขึ้นมา วัฒนธรรมจึงเป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งหมด มนุษย์จึงมีอุดมการณ์ มีโลกทัศน์ มีค่านิยม มีทัศนคติที่คล้ายๆ กันในสังคม วัฒนธรรมจึงเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) เป็นการรวมกันอย่างมีระเบียบแบบแผนของปรากฏการณ์ต่างๆ ของการกระทำทั้งที่เป็นพฤติกรรมและวัตถุ ที่เกิดจากความคิดและความรู้สึก เช่น ความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติ และค่านิยม โดยใช้สัญลักษณ์ (ปรีชา อุปโยคิน, 2528, หน้า 264) ในด้านแนวคิดและทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ในนิยามของความเชื่อสรุปได้ว่าเพราะมนุษย์มีความกลัวจึงพยายามยึดเหนี่ยวความเชื่อโดยสร้างเหตุผลขึ้นมาอธิบาย มีการถ่ายทอดและประสบการณ์จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งจนความเชื่อได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและวัฒนธรรม มีผู้ให้ความคิดในการแบ่งความเชื่อไว้หลายวิธี เช่น แบ่งตามสาเหตุที่เกิด ความเชื่อที่บุคคลได้รับ หรือความเชื่อตามวัฒนธรรมประเพณี (เบญจวรรณ อธิจารุกุลและคนอื่นๆ, 2535, หน้า 11-12)

สาเหตุที่เกิดความเชื่อแบ่งออกเป็น 2 ระดับด้วยกัน คือ

1. ความเชื่อที่เกิดจากปรากฏการณ์ส่วนตัวของบุคคล ที่ได้รับประสบการณ์สม่ำเสมอ เช่น ดวงอาทิตย์ขึ้นทุกเช้าตรงหลังเขาทิศตะวันออกของบ้านและตกลับขอบฟ้าที่ชายป่า การมีน้ำขึ้นน้ำลง ฟาร์มร้างฟ้าผ่าแล้วเกิดฝนตก ฯลฯ ความเชื่อเช่นนี้มีเหตุผลที่เกิดจากความเป็นจริงที่สังเกตเห็นได้หรือสัมผัสโดยความรู้สึก เช่น ไฟและดวงอาทิตย์ให้ความร้อน ถ้าอยู่กลางแดดนานๆ จะปวดศีรษะหรือเป็นไข้ ดวงอาทิตย์ให้ความร้อนและแสงสว่าง ดวงอาทิตย์จะมีเฉพาะเวลากลางวัน ส่วนกลางคืนจะมีดและเยือกเย็น นอกจากดวงจันทร์แล้วจะมีดวงดาวมากมาย ดวงดาวบางดวงไม่มีแสงระยิบระยับ บางครั้งจะเห็นดาวตกในเวลากลางคืน ความเชื่อเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลทุกคนมักจะได้พบเห็นสามารถยืนยันได้ว่าเคยพบเห็นและมีเหตุผลที่จะอธิบายตามความเข้าใจจากข้อเท็จจริง

2. ความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดเรื่องราวโดยไม่ต้องอาศัยข้อเท็จจริง จากที่สังเกตเห็น ความเชื่อเหล่านี้จะแฝงไว้เรื่องเกี่ยวกับตำนาน นิทานปรัมปรา ไม่จำเป็นจะต้องพิสูจน์ว่าความเชื่อเหล่านั้นจะเป็นจริงหรือไม่ ความเชื่อเช่นนี้สังคมแต่ละสังคมจะมีเรื่องเล่าขนานแตกต่างกัน เป็นเรื่องการรับรู้จากจินตนาการ แต่ก็ได้รับการยอมรับว่าคนส่วนใหญ่เชื่อกัน เช่น ความเชื่อในเรื่องผี มีหลายคนที่ถูกผีมาทั้งๆ ที่ไม่เคยเห็นมาก่อนหรือไม่สามารถบอกได้ว่าผีมีรูปร่างหน้าตาเป็นอย่างไร บางคนเชื่อในเรื่องวิญญาณ การเกิดการตาย ตลอดจนอำนาจของเวทมนตร์คาถา คุณไสย รักยม หรืออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติ ความเชื่อดังกล่าวบุคคลและสมาชิกทั้งหลายต่างก็ยอมรับและเข้าใจร่วมกัน เป็นลักษณะทางบุคคลิกภาพที่สนองต่อเป้าหมายทางจิตใจอันเดียวกัน ซึ่งเป็นเรื่องของกฎเกณฑ์ทางสังคมที่ต่างยอมรับตามเงื่อนไขของระบบสังคม

ความเชื่อที่บุคคลได้รับนอกเหนือไปจากประสบการณ์ที่สังเกตเห็นได้เองนั้น บุคคลจะได้รับจากลักษณะต่างๆ เหล่านี้ คือ

1. การได้รับการถ่ายทอดจากพ่อแม่ ญาติ หรือหรือผู้ที่มีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือได้ โดยผ่านกระบวนการทางสังคม จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง

2. การได้ฟังเรื่องราวและมีลักษณะที่ประกอบด้วยสาระที่สำคัญ และมีความหมายต่อตัวมนุษย์เองจนยอมรับและเกิดความเชื่อ

3. การได้รับเรื่องที่จะสะท้อนต่อความเป็นปึกแผ่นกลมเกลียวกันทางสังคม หรือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ที่ไม่ขัดต่อศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีใดๆ

4. การได้รับฟังและมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือกระทำตามแบบแผนที่เคยทำกันมาจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยมีอารมณ์ร่วมโดยไม่รู้สึกขัดต่อความรู้สึกส่วนตัว นอกจากนี้ยังเกิดความสบายใจและยอมรับโดยคาดหวังว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ว่าจะเป็นจริงหรือเป็นเท็จ

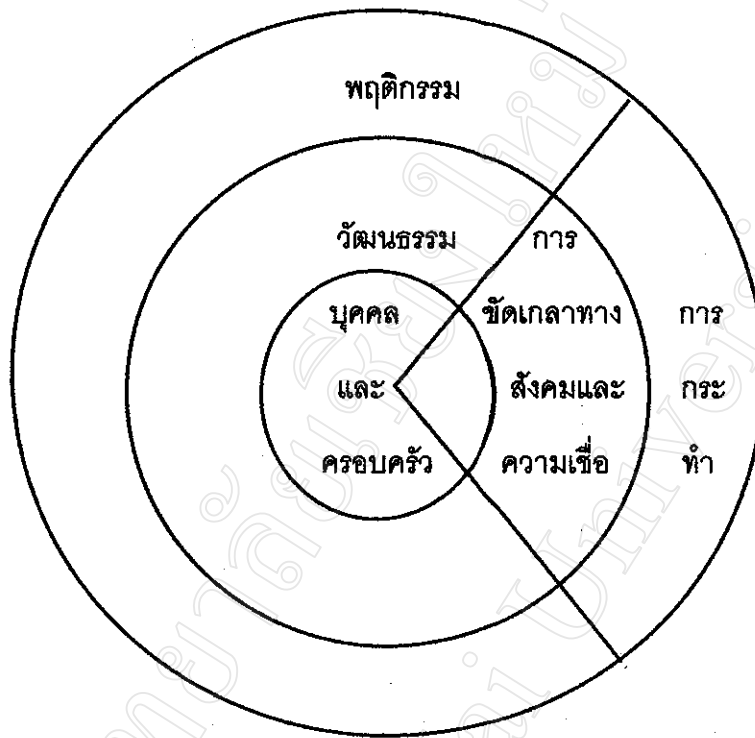
หากพิจารณาระบบความเชื่อในระดับมหภาคแล้ว นักมนุษยวิทยาได้แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ประการ คือ

1. ความเชื่อที่เป็นระบบวัฒนธรรมในแง่อุดมคติ จะหมายถึงความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ซึ่งจะทำให้มีการจัดระเบียบทางสังคมและเกิดการสื่อสารภายในระบบวัฒนธรรมนั้นๆ
2. ความเชื่อที่เป็นหน่วยโครงสร้างส่วนย่อยที่เน้นคุณค่า หรือค่านิยมที่เนื่องมาจากประสบการณ์ ความรู้สึกต่อโลกที่เป็นจริงที่บุคคลสามารถสังเกตเห็นได้
3. ความเชื่อที่เป็นผลรวมของวัฒนธรรมทั้งหมด

ความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรม

เมื่อบุคคลได้รับการเรียนรู้ทางสังคม บุคคลจะรับเอาสิ่งที่เรียกว่า “ความเชื่อ” เข้าไว้ในสมอง ความเชื่อของคนในสังคมมักจะสอดคล้องไปในทางเดียวกัน ซึ่งสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในสังคมกับสภาพแวดล้อมที่จะทำหน้าที่ให้เกิดความมีระเบียบ ความเชื่อเป็นทั้งตัวกำหนดให้หมดสิ้นความสงสัยในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลไม่สามารถอธิบายด้วยหลักของเหตุผลได้ ความเชื่อจะช่วยลดความตึงเครียดที่อาจเกิดขึ้นในจิตใจ หากบุคคลมีความลังเลในการแสดงออกของพฤติกรรม

นอกจากนี้ความเชื่อยังมีลักษณะที่เป็นตัวบังคับหรือข้อห้ามซึ่งกำหนดโดยบรรพบุรุษมานานแล้ว บุคคลที่เป็นสมาชิกใหม่ไม่จำเป็นต้องตั้งคำถามว่าเพราะอะไรจึงต้องทำเช่นนี้ ความเชื่อจึงอาจเป็นตัวกำหนดที่อยู่เหนือเหตุผล และการกระทำทั้งหลายทั้งปวงจะมีความเชื่อเป็นตัวกำหนดอยู่เสมอ และสามารถอธิบายเชิงเหตุผลระหว่างความเชื่อและการกระทำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงอิทธิพลของความเชื่อจนแสดงออกเป็นพฤติกรรม

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของความเชื่อที่บุคคลได้รับจนกระทั่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เป็นการกระทำ บุคคลจะรับรู้เรื่องต่างๆ ตั้งแต่เป็นสมาชิกในกลุ่มสังคมกลุ่มแรก คือ ครอบครัว และครอบครัวก็ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมเช่นเดียวกัน

ความเชื่อและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพจะแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นตามแต่สังคมจะถ่ายทอดกันมา ความเชื่อในแต่ละวัฒนธรรมย่อยก็อาจแตกต่างกันได้ เพราะต่างมีขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม โลกทัศน์ที่แตกต่างกัน เช่น คนภาคเหนือเชื่อว่าโรคลมเป็นโรคที่ร้ายแรงและเป็นสาเหตุสำคัญต่อสุขภาพ โดยวิธีเกี่ยวกับสาเหตุอย่างเป็นระบบ เช่นเป็นเฉพาะผู้หญิงที่มีลูกแล้ว ผู้หญิงที่ยังไม่มีประจำเดือนหรือหมดประจำเดือนแล้ว โรคลมมีหลายสาเหตุ แต่ทุกสาเหตุสามารถอธิบายได้เมื่อเชื่อมโยงกับลักษณะสังคม วัฒนธรรม ซึ่งก็ยังคงเชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ด้วย หรือความเชื่อที่ปรากฏในภาคอีสานอย่างหนึ่งคือ โรคกำเริบ อากาหรือหยาใจไม่สะดวก หอบ บางครั้งตัวเขียว และร้องไห้ไม่หยุด ส่วนใหญ่จะเกิดกับเด็ก ชาวบ้านเชื่อว่าการที่เด็กเป็นโรคนี้เพราะเวลาดคลอดกับหมอตำแยๆ ไม่ล้างปากเอาเสมหะออกจากคอเด็ก ทำให้เด็กหายใจไม่ออก บางคนก็เชื่อในเรื่องวิญญาณ

หรือผีต้องการมาเอาชีวิตเด็กแรกเกิด มีเพียงส่วนน้อยที่เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงนั้นเพราะเด็กป่วยเป็นโรคบาดทะยัก เป็นต้น หรือความเชื่อบางอย่างที่คล้ายๆ กันในสังคมไทย เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอด คือ จะต้องดื่มน้ำต้ม ห้ามตากผ้าอ้อมเมื่อมีศพผ่านหน้าบ้าน และจะต้องกินข้าวกับเกลือเท่านั้นเพราะถ้ากินอาหารทั่วๆ ไปอาจแผลงและมีผลต่อเด็ก โดยเฉพาะอาหารที่มีรสจัด ซึ่งเชื่อว่าเป็นของร้อนจะทำให้เลือดลมเดินไม่สะดวก ส่วนผักที่เชื่อว่ากินแล้วอาจทำให้เพี้ยนได้ เช่น ผักตำลึง ผักใบเขียว ผักชี เป็นต้น ยังพบอยู่เสมอว่าความเชื่อที่ผิดๆ บางอย่างยังคงมีอิทธิพลค่อนข้างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ความเชื่อและการปฏิบัติเหล่านี้ย่อมนำมาซึ่งอันตรายและภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมาสู่ประชาชนเป็นอย่างมาก ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จึงจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ใหม่ให้แทรกเข้าไปในพื้นฐานความเชื่อเดิมของประชาชนให้มากที่สุด (ปรีชา อุปโยธิน, 2528, หน้า 301-310, เบญจวรรณ อธิจารกุล และคนอื่นๆ, 2535, หน้า 11)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ. 1950 - 1960 โดยนักจิตวิทยา สังคม 4 ท่านคือ 1) Godfrey M.Hochbaum 2) S. Stephen Kegeles 3) Howard Levental และ 4) Irwin M.Rosenstock เพื่อค้นหาสาเหตุของการล้มเหลวของการมารับบริการทางสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดไว้ให้เพื่อให้บริการทั้งในด้านป้องกันโรค และการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก (Rosenstock, 1974, 328-335)

กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีสนามพลังของเลวิน (Lawinon field Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนแต่ละบุคคลมีขอบเขตหรืออาณาบริเวณแห่งตน (Life space) และภายในอาณาบริเวณนี้จะประกอบด้วยอาณาบริเวณที่มีการให้คุณค่าทางบวก (Positive valence) และอาณาบริเวณการให้คุณค่าทางลบ (Negative valence) นอกจากนั้นยังอาจมีอาณาเขตที่ค่อนข้างจะเป็นกลาง (Neutral valence) อีกด้วยเมื่อนำแนวคิดของเลวินมาประยุกต์ใช้ในปัญหาสุขภาพ โดยคาดว่า โรคภัยไข้เจ็บเป็นส่วนประกอบอาณาบริเวณทางลบ และคาดหวังว่าคุณคนจะเคลื่อนตัวเองออกจากบริเวณนี้ และพฤติกรรมการป้องกันหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะกระทำเพื่อดึงบุคคลกลับมาสู่อาณาบริเวณบวก (Rosenstock, 1974, p. 330)

Main & Becker (1974 อ้างในมัลลิกา มติโก, 2534, หน้า 74) กล่าวว่า การที่คุณคนจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมที่จะปฏิบัติอันสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพนั้น ๆ จะถูกกำหนดโดย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึงการที่บุคคลจะประเมินพฤติกรรมที่พึงกระทำในแง่ของความเป็นไปได้และผลที่คาดว่าจะได้รับ คือเป็นการประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก การเสียเวลา ตามที่บุคคลคาดการณ์หรือรับรู้ว่าจะเกิดขึ้น

ต่อมาเบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker et al., 1977, 1979 อ้างในมัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 83) ได้ทำการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น โดยเพิ่มปัจจัยขึ้นอีกตัวหนึ่งเรียกว่า ปัจจัยการจูงใจทางสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่โรเซนสตอกศึกษาไว้ เพื่อจะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมบุคคลทั้งที่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้เจ็บป่วย

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

บุคคลจะมีรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่า ตนเองมีโอกาสเกิดโรคการที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรค จำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสดังกล่าวจะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น อาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่เคยเจ็บป่วย จะมีการมีการคะเนว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคซ้ำได้อีกและบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้นแล้ว บุคคลย่อมประเมินเช่นกันว่าโรคที่คุกคามสุขภาพนั้น มีความรุนแรงระดับใด โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานของทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อชีวิตครอบครัวและอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลด้วย จึงเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมอนามัยเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ในด้านนี้เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived benefits)

จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยบุคคลมีความเชื่อว่า ทางเลือกที่กระทำนั้นมีประโยชน์สำหรับเขา ในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน (Perceived barriers)

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น บุคคลจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค (Barriers) เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวก ทำให้เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ความอาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่ามีประโยชน์นั้น

5. แรงจูงใจทางสุขภาพ (Health motivation) คือการเฝ้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการให้สิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเป็นปัจจัยในทางบวก (Positive health motivation) การจูงใจที่สัมพันธ์กับสุขภาพก็อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเข้าไปสู่การแสดงพฤติกรรมป้องกันนั้น

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น ชนชั้นทางสังคม, กลุ่มเพื่อน, ความกดดันจากกลุ่มต่าง ๆ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ปัจจัยเกี่ยวกับภูมิหลัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะหรือตัวกระตุ้นให้เกิดการแสดงการกระทำที่เหมาะสมออกมา ซึ่งอาจแบ่งเป็นตัวชี้แนะภายใน ได้แก่การรับรู้สภาวะร่างกายและตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่ การปะทะสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลกระทบของสิ่งต่าง ๆ ในการสื่อสาร การได้รับบัตรเตือน คำแนะนำเพื่อให้แสดงพฤติกรรม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความหมายและความสำคัญของระบบความเชื่อ คือ การรับรู้ที่บุคคลมีแนวความคิดร่วมต่อความเชื่อประเภทต่างๆ อย่างมีระบบ และมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาช้านาน และเป็นส่วนของวัฒนธรรมที่ปรากฏออกมาภายนอก ความเชื่อคือองค์ประกอบส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ความเชื่อเป็นบ่อเกิดแห่งพฤติกรรม บุคคลทุกคนในสังคมจะมีระบบความเชื่อ แต่ความเชื่อของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ส่วนตัว ระดับความรู้และการเรียนรู้ ความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น แต่ละสังคม โดยเฉพาะสังคมปัจจุบันระบบความเชื่อแบบดั้งเดิมกำลังจะลดความสำคัญลงไป และกำลังจะถูกแทนที่โดยระบบความเชื่อแบบใหม่ที่มีเหตุผลและ

สามารถพิสูจน์ได้ บุคคลจึงมีทางเลือกที่จะยอมรับความเชื่อที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น แต่ในสังคมหรือชุมชนที่ประชาชนยังขาดคุณภาพ ระบบความเชื่อยังมีอิทธิพลค่อนข้างสูง อิทธิพลดังกล่าวก็คืออิทธิพลของระบบสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อตัวปัจเจกบุคคล

ปัจจัยลักษณะบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยลักษณะบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บอกความแตกต่างด้านสรีระวิทยา ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แตกต่างกัน โอเรม (Orem, 1985, p. 86) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อมรรัตน์ ประดิษฐ์สาร (2535, หน้า 73) ศึกษาการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียนพบว่า เพศหญิงดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537, หน้า 87) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ในจังหวัดราชบุรี พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปริยดา จิรกุลพัฒนา (2536, หน้า 60) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น คือเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงจึงเป็นผลให้ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะสนใจกับสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Yarcheski & Mahan, 1989, p. 89) Becker & Maiman (1975, อ้างในรุ่งศรี ศศิธร, 2536, หน้า 99) กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค และอายุจะมีอิทธิพลต่อด้านสุขภาพของบุคคล บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะสูงย่อมมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ปัทมา กาญจนวงศ์ (2536, หน้า 57) ศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและสามารถทำนายการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมได้ และจากการศึกษาของ Josephn Tiffin (1961 อ้างในวิฑูรย์ สิมะโชคดีและคนอื่นๆ, 2537, หน้า 95) พบว่า คนงานที่มีอายุระหว่าง 18-23 ปีมีแนวโน้มที่จะได้รับอันตรายเพิ่มมากขึ้น และจะมีอัตราการเข้าโรงพยาบาลสูงสุดประมาณ 1.25 ครั้งต่อปีในช่วงอายุ 23-25 ปี และคนงานที่มีอายุเกิน 25 ปี (เบญจเพศ) ไปแล้วมีแนวโน้มที่จะได้รับอันตรายจนเข้าโรงพยาบาลน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ระดับการศึกษาและฐานะเศรษฐกิจ

ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2530, หน้า 182) โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าคนมีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงขึ้นและมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่าจะมีความรู้ การศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982, pp. 161-162) Pender (1982, p.15) กล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย จะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา ที่อยู่อาศัย จะสนใจในการหาเลี้ยงชีพ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพย่อมมีน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้แรงงานในโรงงาน บัทยา กาญจนวงศ์ (2536, หน้า 57) ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองของเยาวชนในโรงงานอุตสาหกรรม

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยลักษณะบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ายังพบทั้งมีความสัมพันธ์กันและไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละปัจจัยเหล่านี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาในปัจจัยลักษณะบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราว่า จะมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรรณี ปานเทวัญ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัย และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานที่พักอาศัย และระบบการทำงานกับ

แบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 ราย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.64 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ควรปรับปรุงและแก้ไข ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง 2) ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ 3) การออกกำลังกายเพื่อการพักผ่อนและเสริมสร้างสมรรถนะของร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี คือต่ำกว่าร้อยละ 55 ลงมา ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตโดยส่วนรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .194$, $p < .001$) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตโดยส่วนรวม ($r = .146$, $p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา กับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม ($r = .020$, $p > .05$)

สมฤดี ฉายแสงมงคล (2535) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของลดไข้แก้ปวดชนิดผงของผู้ใช้แรงงานภายหลังมีคำสั่งตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำหรับ กรณีศึกษาชุมชนฟ้าสวดใส เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบรูปแบบและวิธีการใช้ยาของลดไข้แก้ปวดชนิดผงภายหลังมีคำสั่งตัดคาเฟอีนออกจากสูตรตำหรับตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือผู้ใช้แรงงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนฟ้าสวดใส จำนวน 8 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง ศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสังเกตสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเริ่มใช้ยาของของเพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้ยาของเพื่อกระตุ้นให้มีแรงในการทำงาน ในขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยและปวดศีรษะ นอกจากนั้นผู้ใช้ยาทุกรายเคยประกอบอาชีพที่ต้องทำงานหนัก อาชีพที่ต้องใช้แรงงานมากกว่าปกติ หรืออาชีพที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งในอดีตและปัจจุบัน บุญเจริญ อินติ (2537) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของผู้ใช้แรงงานในชนบท พบว่ามูลเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ใช้แรงงานใช้ยาแก้ปวดส่วนใหญ่มาจากอาการผิดปกติ ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการทำงานหนักผู้ใช้แรงงานเรียนรู้การใช้ยาจากการแนะนำ การสังเกต การชักชวนให้ทดลองใช้ และการเห็นแบบ คือ บิดา มารดา ญาติ เพื่อนบ้าน กลุ่มอาชีพ เป็นผู้ใช้ยาและการรับรู้ผ่านทางร้านขายยา โทรทัศน์ วิทยุ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะตัดสินใจอมรับยาก็ได้มีการทดลองใช้แล้วประเมินประสิทธิภาพตามระบบความคิดเห็น ความเชื่อของวัฒนธรรมชุมชนที่อาศัยอยู่ และศศิธร วงศ์หิรัญมาศ (2539, หน้า 13-15) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดสิ่งเสพติดของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมการผลิต พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดสิ่งเสพติดจากการดื่มเหล้ามากที่สุด รองลงมาเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงการติดสิ่งเสพติดที่เนื่อง

จากการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมี การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดสิ่งเสพติดจากการใช้ยาเพิ่มกำลังตามลำดับ การรับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลผลักดันให้ผู้ให้แรงงานหันไปพึ่งยาเสพติดเพื่อการคลายเครียดหรือเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงานให้ได้ผลงานมากขึ้น

อรอนงค์ ภาคพิขเจริญ (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังของผู้ให้แรงงาน ในโรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์คอนเดนเซอร์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังของผู้ให้แรงงาน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเร่งด่วนอันตรายและการป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดัง ตัวชี้แนะการกระทำได้แก่ การได้รับคำแนะนำและกระตุ้นเตือน ระยะเวลาที่ทำงานสัมผัสกับเสียงดัง ความคิดเห็นและประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และปัจจัยด้านประชากรได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับการใช้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 45 คน กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ใช้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังอย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มที่ 2 ใช้ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ใช้ จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 34.1 จากผู้ให้แรงงานที่ สัมผัสเสียงดังทั้งหมด 132 ราย ในด้านความรู้เกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 74.4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ค่อนข้างดี และพบว่าผู้ให้แรงงานที่มีความรู้สูงในเรื่องอันตรายและการป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังการเคยได้รับคำแนะนำและการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง ความคิดเห็นประสบการณ์ในการใช้ และอายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธารีวรรณ ไชยบุญเรือง (2535) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในผู้ให้แรงงานชาย โรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์คอนเดนเซอร์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในผู้ให้แรงงานชาย จำนวน 183 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้แรงงานชายมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้นเป็นเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือคนรัก แต่มีจำนวนน้อยใช้ถุงยางทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบ

ว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายรักร่วมเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

ปัทมา กาญจนวงศ์ (2536) ศึกษาการรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ กับการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมเครื่องแก้ว อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองปานกลางค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างต้องทำงานเป็นกะ และมีการทำงานล่วงเวลาบ่อยเพื่อให้มีรายได้เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีเวลาสำหรับพักผ่อนน้อย การใช้เวลาร่วมส่วนตัวจึงน้อยลงไปด้วย ในการป้องกันอันตรายจากการทำงานนั้น พนักงานส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้เครื่องป้องกันเสี่ยงดังขณะทำงานรวมทั้งไม่ใช้เครื่องป้องกันฝุ่น เนื่องจากโรงงานจัดอุปกรณ์เหล่านี้ไว้ไม่เพียงพอ อีกทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสี่ยงดังและอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นขณะทำงานทำให้เกิดความอึดอัดรำคาญ พนักงานจึงไม่นิยมใช้ ทำให้คะแนนของการปฏิบัติดูแลตนเองในด้านนี้ต่ำ ส่วนปัจจัยพื้นฐานในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพ การรับรู้ปัญหาสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

เยาวลักษณ์ บรรจงปรุ, บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล และวนิดา ไชยารกิจอนันต์ (2537) ศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมภาคตะวันออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมภาคตะวันออก ตลอดจนศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ตัวอย่างจำนวน 300 ราย ในจังหวัดระยอง ชลบุรี และฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมภาคตะวันออกโดยส่วนรวมมีความรู้ และเจตคติในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.12 และร้อยละ 86.60 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.24)

2. เมื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมทั้ง 3 จังหวัด ในภาพรวมพบว่าแตกต่างกัน ($P < .05$) เมื่อทดสอบรายคู่พบว่าผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ

ภาพดีกว่าจังหวัดชลบุรีและระยอง แต่การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรีและจังหวัดระยองไม่แตกต่างกัน ($P < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความรู้และเจตคติในด้านการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ดีกว่าจังหวัดชลบุรีและระยอง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพทั้ง 3 จังหวัดนั้นไม่พบความแตกต่างกัน ($P < .05$)

3. การศึกษาปัจจัยคัดสรรพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมภาคตะวันออกมีเพียงตัวแปรเดียวคือ จำนวนปีที่ศึกษาเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำให้การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น 0.61 คะแนน

ลัดดา ดวงนภา (2538) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคณงานก่อสร้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงสวัสดิการที่ได้รับจากนายจ้างของคณงานก่อสร้าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 ราย เลือกโดยเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของคณงานก่อสร้างทั้งหญิงและชายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันยังไม่ดีนัก เช่น ชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ไม่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา คณงานดื่มสุราหลังเลิกงาน ฯลฯ พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเองหรือเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยมักปล่อยให้หายเอง เป็นต้น ซึ่งภาวะการณเช่นนี้จะเห็นวาคณงานอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกนั้นไม่มีความสัมพันธ์กันด้านสวัสดิการที่ได้รับจากนายจ้าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านสถานที่และอุปกรณ์เพื่อการออกกำลังกายและเล่นกีฬา ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้หรือบริการด้านสุขภาพ ไม่มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอ และครึ่งหนึ่งของคณงานระบุว่ามิลิทธิลาป่วยโดยได้รับเงินเดือน

วิบูลย์ สุพทุธิธาดา, จันทรทิพย์ อินทวงศ์, เกสร แซ่ก้วย และประไพ รัตนพงศ์. (2540) ศึกษาความรู้และเจตคติกับโรคหุที่เกิดจากกเสียงดังและการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังที่ครอบหุและปลั๊กอุดหุ ในโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์แห่งหนึ่ง จากการศึกษาพบว่า คณงานปฏิบัติงานในแผนกตัดเรื้อยถึงร้อยละ 56.7 ผลการตรวจสภาพการได้ยินผิดปกติร้อยละ 53.3 โดยมีระดับความผิดปกติในระดับหุตึงร้อยละ 15.8 และระดับประสาทหุเสื่อมร้อยละ 37.5 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคประสาทหุเสื่อมจากเสียงดังและอุปกรณ์ป้องกันเสียงดังที่ครอบหุและปลั๊กอุดหุ เฉลี่ย = 9.49 (จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน)

คะแนนเจตคติต่อโรคประสาทรูเลียมจากเสียงดังและการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเฉลี่ย = 3.46
คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน)

นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งปัจจัยที่ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรคและลักษณะของโรค ตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดที่เป็นมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือนและมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย เป็นชาย 72 ราย หญิง 27 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพกับปัจจัยร่วมที่ความต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะของโรค พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา สถานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$ และ $P < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมมือในการรักษา

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยทางประชากรกับการดูแลตนเองตั้งครบก ในกลุ่มหญิงตั้งครบกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-40 สัปดาห์ ที่มารับการบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลของรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 252 ราย พบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ส่วนในเรื่องการรับรู้ถึงโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางลบ หมายความว่าอุปสรรคในการดูแลตนเองมากก็จะทำให้การดูแลตนเองไม่ดี ส่วนในเรื่องของปัจจัยร่วมอื่น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการได้รับคำแนะนำต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

นิตยา เียนจำ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรภายในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่มีจำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผลการวิจัยพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อลดการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $r = 0.20$)

รุ่งศรี ศศิธร (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง ในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานกลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยสิ่งชักนำภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เรณู กาวีละ (2537) ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่แต่งงานแล้ว อายุ 25-60 ปี จำนวน 400 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า อัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอยู่ในช่วงร้อยละ 14.47-22.03 ส่วนอัตราการมารับบริการเป็นบางครั้งอยู่ในช่วงร้อยละ 30.57-39.93 และอัตราการไม่มารับบริการตรวจอยู่ในช่วงร้อยละ 41.61-51.39 ความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

บัญชา มณีคำ (2538) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการขับชีรดจักรยานยนต์ของผู้ขับชีรดจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากทุกอำเภอ จำนวน 447 คน ผลการวิจัยพบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการขับชีรด

จักรยานยนต์อยู่ในระดับดี ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการขับซิ่งจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความเชื่อด้านสุขภาพกับเพศ และอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการขับซิ่งจักรยานยนต์ของผู้ขับที่มีความสัมพันธ์กับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ประวัติการได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในอดีตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการขับซิ่งจักรยานยนต์ของผู้ขับซิ่งที่เคยได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการได้รับอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระดับการได้รับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับซิ่งจักรยานยนต์ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ขับซิ่งจักรยานยนต์ระหว่างกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระหว่างเพศ รายได้เฉลี่ย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกนั้นไม่มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมการขับซิ่งจักรยานยนต์มีความแตกต่างกันทางด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และประวัติการได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในอดีตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Steele & McBroom (1972, pp. 382-392) ได้ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ ของพฤติกรรมสุขภาพ ในรัฐมอนทานา สหรัฐอเมริกา ในกลุ่มตัวอย่าง 3,243 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ