

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาชีพกวาดถนน จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นหลักที่ครอบคลุมบริบทการทำงานของอาชีพกวาดถนน สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากอาชีพกวาดถนน ภาวะสุขภาพทั้งความหมายและแนวคิดของภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนของความหมายและแนวคิด การประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### บริบทการทำงานของอาชีพกวาดถนน

การทำงานกวาดถนนในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้แรงงานคนในการกวาดและทำความสะอาดถนน พนักงานที่ทำหน้าที่ในการกวาดถนนเป็นพนักงานลูกจ้างของเทศบาล ส่วนหนึ่งเป็นพนักงานลูกจ้างประจำและอีกส่วนหนึ่งเป็นพนักงานลูกจ้างชั่วคราว ลักษณะการทำงานของพนักงานกวาดถนน พนักงานกวาดถนน 1 คนจะได้รับมอบหมายเขตพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลด้านการทำความสะอาด ซึ่งเป็นการเดินกวาดขยะและทำความสะอาดภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นระยะทางประมาณ 6 - 9 กิโลเมตรต่อ 8 ชั่วโมงการทำงาน (กองสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่, 2548; เทศบาลนครเชียงใหม่, 2549) การปฏิบัติงานของพนักงานกวาดถนนเริ่มตั้งแต่เวลา 05.00 น. พนักงานกวาดถนนจะทำการกวาดขยะบริเวณถนนและพื้นที่สาธารณะ ได้แก่ ลานจอดรถสาธารณะ สวนสาธารณะ และบาทวิถี ขยะที่รวบรวมได้ประกอบด้วยใบไม้ กระดาษ ก้นบุหรี่ ถุงพลาสติก ขวดพลาสติก ภาชนะบรรจุอาหาร (นิรุช ศรีบุรี, 2541; เสาวภาคย์ มาแสงชัย, 2542) เศษแก้ว ตะปู กระจัง เข็มจากคลินิกรักษาโรค ซากสัตว์ที่เสียชีวิต และเศษอาหารจากร้านจำหน่ายอาหารและตลาดสด (ชลลดา แสงมณี, 2546) พนักงานกวาดถนนจะทำการกวาดขยะรวมไว้ ณ จุดหนึ่ง แล้วทำการแยกขยะเป็น 3 ประเภท คือ ขยะเปียก ได้แก่ ภาชนะบรรจุอาหาร เศษอาหาร และซากสัตว์ที่เสียชีวิต ขยะแห้ง ได้แก่ ใบไม้ กระดาษ ก้นบุหรี่ ถุงพลาสติก กระจัง ตะปู เข็มจากคลินิกรักษาโรค และขยะรีไซเคิล

ได้แก่ เศษแก้ว ขวดพลาสติก รวบรวมใส่ถุงดำหรือเข่ง จากนั้นขนย้ายนำไปกองรวมกันในบริเวณที่รถขนขยะจะมาเก็บรวบรวมอีกครั้งหนึ่ง (เสาวภาคย์ มาแสงชัย, 2542) เวลาประมาณ 07.45 น. พนักงานกวาดถนนต้องไปยังที่ทำการสำนักงานเทศบาล เพื่อทำการเคารพธงชาติ รายงานตัวและรับมอบหมายงานประจำวันจากหัวหน้างานรักษาความสะอาด (นิรุช ศรีบุรี, 2541) ภายหลังจากรับมอบหมายงานประจำวัน พนักงานกวาดถนนจะเดินทางกลับไปยังเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อดูแลและรดน้ำต้นไม้ บริเวณริมถนนและเกาะกลางถนน ทำความสะอาดถังรองรับขยะมูลฝอย เสาไฟฟ้า ตู้โทรศัพท์ ตู้ไปรษณีย์ ที่พักผู้โดยสาร และป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆ จนกระทั่งเวลา 12.00 น. หยุดพักรับประทานอาหารกลางวัน และเริ่มปฏิบัติงานอีกครั้งในช่วงบ่ายเวลา 13.00 น. โดยพนักงานกวาดถนนจะทำการกวาดขยะภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบอีกครั้งหนึ่งและตรวจสอบความเรียบร้อยของการทำงาน สิ้นสุดระยะเวลาการทำงานเวลา 16.00 น. นอกจากภาระงานประจำวันดังกล่าว พนักงานกวาดถนนยังมีงานพิเศษในบางวัน ได้แก่ การร่วมพัฒนาโรงเรียนหรือวัด การทำความสะอาดสะพานลอยและทางเดินข้ามสะพาน การรายงานข้อบกพร่องของสาธารณสมบัติภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบและการแจ้งเหตุแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ กรณีพบสิ่งผิดปกติ เช่น สารเสพติด เป็นต้น (เสาวภาคย์ มาแสงชัย, 2542)

พนักงานกวาดถนนโดยทั่วไปปฏิบัติงาน 6 วันต่อสัปดาห์ โดยปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมงต่อรอบการทำงาน (ประมาณ 48 ชั่วโมง/สัปดาห์) พนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเฉพาะในเวลากลางวัน แต่บางหน่วยงานจะมีการปฏิบัติงานที่แตกต่างไป ขึ้นอยู่กับปริมาณขยะในพื้นที่ และการบริหารจัดการของแต่ละเทศบาล (กองสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่, 2548; เทศบาลนครเชียงใหม่, 2549; Stellman, 1998) ดังเช่น พนักงานกวาดถนนของกรุงเทพมหานคร มีการปฏิบัติงานแบบกะ โดยจัดแบ่งเป็น 2 กะ คือ กะเช้าและกะบ่าย กะเช้าปฏิบัติงานเวลา 05.00 น. ถึง 13.00 น. และกะบ่ายปฏิบัติงานเวลา 13.00 น. ถึง 21.00 น. หรือพนักงานกวาดถนนของเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีการปฏิบัติงาน 3 กะ คือ กะเช้า กะบ่ายและกะดึก โดยไม่มีการหมุนเวียนเช่นพนักงานกวาดถนนในเทศบาลอื่นๆ พนักงานที่ปฏิบัติงานกะเช้า ปฏิบัติงานเวลา 07.00 น. ถึง 17.00 น. หยุดพักระหว่างปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 ชั่วโมง คือเวลา 11.00 น. ถึง 13.00 น. รวมระยะเวลาการปฏิบัติงานกะเช้าเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อรอบการทำงาน ส่วนกะบ่ายปฏิบัติงานเวลา 17.00 น. ถึง 24.00 น. และกะดึกปฏิบัติงานเวลา 24.00 น. ถึง 07.00 น. พนักงานที่ปฏิบัติงานในกะบ่ายและกะดึกจะไม่ได้หยุดพักระหว่างการปฏิบัติงาน จึงปฏิบัติงานเพียง 7 ชั่วโมงต่อรอบการทำงาน และจะได้รับมอบหมายให้ดูแลทำความสะอาดเฉพาะเขตพื้นที่ที่เป็นแหล่งการค้าและย่านชุมชน (กองสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่, 2548)

พนักงานกวาดถนนในทุกเทศบาลได้รับค่าตอบแทนในอัตราเดียวกัน คือ 5,880 บาท/เดือน โดยไม่ปรับเปลี่ยนตามประสบการณ์การทำงาน และได้รับสวัสดิการทั้งด้านสุขภาพและด้านการทำงาน โดยสำนักงานเทศบาลซึ่งเป็นหน่วยงานผู้จ้างงานเป็นผู้จัดหาให้ สวัสดิการด้านสุขภาพที่พนักงานกวาดถนนได้รับ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปีละ 1 ครั้ง การรักษาพยาบาลฟรีเมื่อเจ็บป่วยที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดเทศบาล การได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักและการประกันสังคมในพนักงานที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว สำหรับสวัสดิการด้านการทำงานที่สำนักงานเทศบาลจัดหาให้พนักงานกวาดถนน ได้แก่ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ไม้กวาดก้านมะพร้าว ที่ตัดขยะ รถเข็นขยะ จอบ และคราด และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย เสื้อสะท้อนแสง รองเท้าบูท ผ้าปิดปากปิดจมูกเป็นผ้าขาวแบบซ้กได้ หมวกปีกกว้าง และถุงมือผ้า โดยพนักงานกวาดถนนสามารถเบิกใช้ได้ตลอดเวลาหากอุปกรณ์ชุดเดิมชำรุดหรือสูญหาย (กองสาธารณสุข เทศบาลนครเชียงใหม่, 2549; กองสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่, 2548)

จากบริบทการทำงานที่ได้กล่าวมาของพนักงานกวาดถนน สะท้อนให้เห็นว่าในการทำงาน กวาดถนน พนักงานกวาดถนนมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน

### สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากอาชีพกวาดถนน

ในการทำงาน คนทำงานในทุกอาชีพมีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะการทำงาน แต่การที่สัมผัสมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิดและประเภทของงานนั้นๆ (WHO, 1995) การทำงานกวาดถนน พนักงานกวาดถนนต้องเข้าไปเกี่ยวข้องและสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพทั้งจากสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะการทำงาน

### สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานกวาดถนน

จากบริบทในการทำงานของอาชีพกวาดถนน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลให้พนักงานกวาดถนนมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม และด้านการยศาสตร์ (Silva, Fossa, Siqueira, & Kriebel, 2005; Zock, 2005) โดยมีสาระสำคัญของสิ่งคุกคามสุขภาพด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านกายภาพ (physical health hazards) ได้แก่ แสงแดดและเสียงจากการจราจร การสัมผัสแสงแดดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การสัมผัสแสงแดดเป็นระยะเวลา 14 นาที จะทำให้ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเกิดอาการไหม้แดด (sunburn) ถ้ามีการสัมผัสต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ชั่วโมงจะทำให้ผิวหนังถูกทำลายอย่างถาวร และการสัมผัสแสงแดดอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลา 10 ถึง 30 ปีโดยไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันแสงแดด จะทำให้เยื่อตาถูกทำลาย เกิดต้อเนื้อหรือต้อกระจก ผิวหนังเหี่ยวย่น หนาขึ้นและอาจทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังตามมา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2001) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของการเกิดต้อเนื้อหรือต้อกระจก มีสาเหตุมาจากการสัมผัสแสงแดด และจากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า ในระหว่างปี ค.ศ. 1959-1963 และระหว่างปี ค.ศ. 1970-1972 คนงานฟาร์ม คนตกปลา เจ้าหน้าที่ป่าไม้ และคนงานก่อสร้าง เกิดโรคมะเร็งผิวหนังกว่าร้อยละ 10 เนื่องจากขณะทำงานมีการสัมผัสแสงแดด (Lee & Strickland, 1980) นอกจากนี้จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาในประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 1999 พบผู้ประกอบอาชีพที่ทำงานนอกอาคาร เกิดโรคมะเร็งผิวหนังเนื่องจากการสัมผัสแสงแดดประมาณ 9.5 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี (Environmental Epidemiology Unit, 1999)

ส่วนเสียงจากการจราจรซึ่งมีลักษณะเสียงที่ดังเป็นระยะ จะทำให้ผู้ที่สัมผัสเกิดความรำคาญ มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เกิดความเครียด ความถูกต้องและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (วิทยา อยู่สุข, 2544) อีกทั้งยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายเนื่องจากการสัมผัสเสียงดังจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (epinephrine) และนออิพิเนฟริน (norepinephrine) ฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ กล้ามเนื้อและตับ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่บีบตัว ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ (Penny & Earl, 2004; WHO, 2000) ตามมา ดังมีรายงานการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่ทำการศึกษาในพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 21 แห่ง ที่ขณะทำงานมีการสัมผัสเสียงดังที่มีความดังของเสียงตั้งแต่ 80 เดซิเบลเอ เป็นระยะเวลา 2 ถึง 4 ปี พบว่าพนักงานมีความดันโลหิตสูงขึ้น (Malemed, Samuel, Fried, Yitzhak, Froom, & Paul, 2001) นอกจากนี้การสัมผัสเสียงดังที่มีความดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ เป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้เกิดความผิดปกติของการได้ยิน (WHO, 2001) ดังรายงานผลกระทบจากมลพิษทางเสียงต่อสุขภาพของคนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลของกรมควบคุมมลพิษ ในปี 2541 พบว่าพนักงานกวาดถนนของกรุงเทพมหานครที่มีการสัมผัสเสียงดังจากการจราจร ที่มีความ

คังของเสียงที่วัดได้ใน 8 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 72.7-92.7 เดซิเบลเอ มีความผิดปกติของการได้ยินร้อยละ 10.9 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

2. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านเคมี (chemical health hazards) ได้แก่ มลพิษจากไอเสียยานยนต์ และฝุ่นละอองในบรรยากาศ มลพิษจากไอเสียยานยนต์ประกอบด้วยก๊าซและสารพิษที่สำคัญ ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ สารประกอบไฮโดรคาร์บอน สารประกอบของตะกั่ว และเขม่าขนาดเล็กลงกว่า 10 ไมครอน ซึ่งเกิดจากกระบวนการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของน้ำมันเชื้อเพลิงจากเครื่องยนต์ (Froines, 1998; Solomon & Balmes, 2003) การสัมผัสไอเสียยานยนต์จะทำให้ระบบการป้องกันการติดเชื้อของร่างกายผิดปกติ เกิดอาการภูมิแพ้ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ระบายเล็องหรือเกิดอาการผิดปกติในระบบหายใจแบบเฉียบพลัน เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ มีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือเกิดโรคปอดเรื้อรัง (สมชัย บวรกิตติ และ รังสรรค์ ปุษปาคม, 2542; Burr, Karani, Davies, Holmes, & Williams, 2004; Forsberg & Bylin, 2001; WHO, 2000) ดังมีรายงานการศึกษาพบว่า พนักงานกวาดถนนผู้หญิงของกรุงเทพมหานครที่มีการสัมผัสไอเสียยานยนต์ในขณะที่ทำงาน มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ใช้หวัด ภูมิแพ้ หอบหืดและโรคปอด ประมาณร้อยละ 26.67 และพนักงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานกวาดถนนมาแล้ว 2-5 ปี มีอาการปวดศีรษะเป็นประจำร้อยละ 25 เนื่องจากการสูดไอเสียจากยานยนต์ (เสาวภาคย์ มาแสงชัย, 2542) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาวิจัยระบุว่า การสัมผัสไอเสียยานยนต์ในระยะยาวทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดถึงร้อยละ 40 (Forastiere, 2004; Froines, 1998; WHO, 2000) และสารประกอบของตะกั่วที่อยู่ในไอเสียยานยนต์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายมนุษย์จะทำให้มีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์ไม่แจ่มใส เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า โลหิตจาง ไตพิการและเนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย (สุกาญจน์ รัตนเลิศนุสรณ์, 2546) ส่วนฝุ่นละอองในบรรยากาศซึ่งประมาณร้อยละ 60 เป็นฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน จะทำให้อุบัติการณ์การเกิดการอักเสบที่ตา ผิวหนัง และโรคภูมิแพ้บางชนิดมีอัตราสูงขึ้น และการสัมผัสฝุ่นละอองเป็นประจำเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของเซลล์ในบริเวณอวัยวะที่สัมผัสและมีโอกาสกลายเป็นมะเร็ง (สมชัย บวรกิตติ และ คณะ, 2542)

3. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านชีวภาพ (biological health hazards) ได้แก่ เชื้อโรคและละอองของเชื้อโรคที่แฝงอยู่ในขยะ ได้แก่ เชื้อรา ปรสิติ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น (Alberto Human Resource And Employment, 2000; CDC, 2002) ผู้ที่สัมผัสขยะจึงมีโอกาสติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารและระบบผิวหนัง เป็นต้น ปัญหาสุขภาพ

ที่พบบ่อยในผู้ที่สัมผัสขยะ ได้แก่ อาการระคายเคืองบริเวณตา จมูกและลำคอ หรือการ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารและผิวหนัง (Thom, Beijer, & Rylander, 2002) ดังรายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพของพนักงานเก็บขยะจำนวน 99 คนในประเทศโปแลนด์พบว่า พนักงานเก็บขยะซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานเก็บขยะมาแล้วเป็นระยะเวลา 8 เดือน ถึง 28 ปี มีอาการระคายเคืองบริเวณตา จมูกและลำคอ ประมาณร้อยละ 26 มีอาการไอเรื้อรังร้อยละ 17 มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบากร้อยละ 9 กลุ่มอาการผิดปกติของผิวหนังร้อยละ 7 และหายใจมีเสียงวี๊ดร้อยละ 4 (Krajewski, Cyprowski, Szymczak, & Gruchala, 2004) และจากรายงานการศึกษาเรื่องสุขภาพและความต้องการด้านสังคมในพนักงานเก็บขยะในซานออย ประเทศเวียดนาม พบว่าพนักงานเก็บขยะของซานออยมีอาการไอร้อยละ 53 มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง (เกิดอาการระคายเคือง ผื่นแพ้ต่างๆและเป็นหิด) ประมาณร้อยละ 24 มีอาการหายใจลำบากร้อยละ 8 และมีอาการถ่ายเหลวร้อยละ 8 (Nguyen, Chalin, Lam, & Maclaren, 2000) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาพบว่าพนักงานเก็บขยะในประเทศสวีเดน มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการถ่ายเหลวอยู่บ่อยๆร้อยละ 45 มีประวัติป่วยด้วยโรคปอดอักเสบร้อยละ 25 (toxic pneumonitis) มีอาการแน่นจุกร้อยละ 27 ระคายเคืองตาร้อยละ 20 มีอาการไอมีเสมหะร้อยละ 18 และป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบร้อยละ 8 (Thom & Beijer, 2004) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่ามีรายงานการวิจัยสนับสนุนว่า สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านชีวภาพก่อให้เกิดปัญหาการติดเชื้อทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารและผิวหนัง ในพนักงานเก็บขยะจากกลุ่มประเทศในยุโรปและในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

4. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health hazards) ได้แก่ ภาระงานที่หนัก การถูกมองว่าเป็นอาชีพที่ต่ำต้อย ภาระรับผิดชอบในครอบครัว ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากยวดยานเฉี่ยวชนหรือขยะที่มั่วแวม การที่ต้องเผชิญกับมลภาวะในที่ทำงานเป็นประจำทุกวัน และการที่ต้องปฏิบัติงานริมถนนตามลำพังในยามวิกาล (รจนา วรวิทย์สร่างกุลและคณะ, 2548) มีผลให้พนักงานเกิดความเครียดจนเกิดภาวะเครียด ซึ่งความเครียดจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและสมาธิในการทำงานลดลงอาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ (Rogers, 2003; Sathra, 1999) และความเครียดอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง หรืออาจส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพเบี่ยงเบนไป เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติด เป็นต้น (รวมพร คงกำเนิด, 2543) นอกจากนี้ความเครียดยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาในกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น อาการปวดตึงบริเวณคอ เป็นต้น (Walker-Bone, Palmer, Reading, & Cooper, 2003) การปฏิบัติงานริมถนนตามลำพัง

ในยามวิกาล นอกจากจะส่งผลให้พนักงานกวาดถนนเกิดความเครียดแล้ว ยังทำให้พนักงานกวาดถนนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกจี้ ถูกยิง หรือถูกแทง ดังรายงานการสำรวจการก่ออาชญากรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยองค์กรแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Criminal Victimization Surveys[NCVS]) พบว่ามีพนักงานถูกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (workplace violence) เฉลี่ยประมาณ 1.7 ล้านคนต่อปี ลักษณะการกระทำ ความรุนแรงที่พบได้แก่ การถูกจี้ ถูกปล้น ถูกทำร้ายร่างกายด้วยการยิง แทะ และทุบตี พนักงานที่ถูกทำร้ายร่างกายและเสียชีวิตสูงสุด ได้แก่ พนักงานที่ทำงานในเวลากลางคืนหรือเช้ามืด โดยเฉพาะที่ต้องทำงานคนเดียวตามลำพังเช่นเดียวกับพนักงานขับรถรับจ้าง พนักงานประจำร้านสะดวกซื้อ พนักงานในร้านขายปลีก พนักงานในร้านจำหน่ายสุรา (Richardson & Windau, 2003) โดยช่วงเวลาพบว่าพนักงานถูกทำร้ายร่างกายสูงสุด คือ ในช่วงเวลา 24.00 น. ถึง 03.59 น. รองลงมา คือ ช่วงเวลา 18.00 น. ถึง 23.59 น. และช่วงเวลา 04.00 น. ถึง 07.59 น. ตามลำดับ โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายร่างกายสูงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการถูกทำร้ายร่างกายสูงกว่าเพศชาย (Peek-Asa & Jenkins, 2003)

5. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านการยศาสตร์ (ergonomics health hazards) ได้แก่ ลักษณะท่าทางในการทำงานที่ต้องใช้ข้อมือ ข้อไหล่และแขนซ้ำๆ ในการกวาดขยะ การที่ต้องเดินเป็นระยะทางถึง 6-9 กิโลเมตรต่อ 8 ชั่วโมงการทำงาน การที่ต้องใช้แรงในการแยกและขนย้ายขยะไปยังจุดรวบรวมขยะ ลักษณะท่าทางในการทำงานดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกติของกลุ่มอาการทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อาการปวดหลัง ไหล่ คอ ตะโพก แขน ข้อมือและเท้า (รจนา วรวิทย์ศรางกูร และคณะ, 2548; Kuijer & Frings-Dresen, 2005; Zock, 2005) จากการศึกษาในประเทศบราซิลพบว่าพนักงานกวาดถนนและเก็บขยะของประเทศบราซิล มีอาการปวดบริเวณคอ ไหล่ หลัง ข้อศอก ข้อมือ เท้า เข่า น่องและตาตุ่ม ร้อยละ 49.2 (Silva, Fassa, Siqueira, & Kriebel, 2005) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบในพนักงานกวาดถนนในประเทศไทยและประเทศบราซิล จะเกิดในตำแหน่งของร่างกายที่คล้ายคลึงกัน แต่ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอาจมีความแตกต่างกันเนื่องจากลักษณะการทำงาน หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานมีความแตกต่างกัน

## สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากลักษณะการทำงานกวาดถนน

ลักษณะการทำงานของพนักงานกวาดถนนที่ต้องปฏิบัติงานบนท้องถนนและการสัมผัสขยะมีคม เป็นสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุจากรถเฉี่ยวชนหรือถูกขยะมีคม บาด ทิ่มแทง (Stellman, 1998) ดังมีรายงานว่าพนักงานกวาดถนนของกรุงเทพมหานคร เคยถูกรถเมล์ รถแท็กซี่และรถมอเตอร์ไซด์เฉี่ยวชนขณะปฏิบัติงานร้อยละ 20 (เสาวภาคย์ มาแสงชัย, 2542) หรือจากข้อมูลในประเทศบราซิลพบว่า พนักงานกวาดถนนและเก็บขยะของประเทศบราซิล ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานในอัตราสูงถึงร้อยละ 20 ต่อปี โดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเนื่องจาก เศษแก้วหรือกระเบื้องบาด (ร้อยละ 59) กิ่งไม้หรือวัสดุแหลมคม ครูด ชีดข่วน (ร้อยละ 15) ถูกหนีบหรือกระแทกขณะกวาดและขนย้ายขยะ (ร้อยละ 10) และวัสดุมีคม เช่น เข็มจากคลินิกรักษาโรคทิ่มแทง (ร้อยละ 9) ส่วนของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุด ได้แก่ มือ รองลงมาคือ ระบายครึ่งล่าง และเท้า (Silva, Fassa, Siqueira, & Kriebel, 2005) นอกจากนี้ลักษณะการทำงานที่ต้องปฏิบัติงานกะ ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติงานซึ่งต้องหมุนเวียนการทำงานทุก 2-3 วัน ตามตารางการทำงานที่ได้กำหนดไว้ อาจแบ่งเป็น 3 กะ คือ กะเช้า กะบ่าย และกะกลางคืน หรือ 2 กะ คือ กะกลางวัน และกะกลางคืน (สสิธร เทพตระการพร, 2548) ยังเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือภาวะการเจ็บป่วยจากการทำงานได้ การศึกษาของโจสลิงค์ (Josling, 1999) พบว่าคนทำงานที่ปฏิบัติงานในกะดึกเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าคนทำงานที่ปฏิบัติงานในกะเช้าและบ่าย เนื่องจากร่างกายมีความอ่อนล้า สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าคนทำงานที่ปฏิบัติงานกะกลางคืน ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานถึงร้อยละ 80 ต่อปี (Morshead, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานที่ต้องมีการเปลี่ยนกะบ่อยๆ จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติของการดำเนินชีวิต เช่น แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ความอยากอาหารลดลง มีอาการท้องผูก และเกิดความเครียด (Occupational Health Clinics for Ontario Workers Inc., 2004) การปฏิบัติงานกะยังทำให้ระบบประสาทซิมพาธิกทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งกระตุ้นให้แรงดันโลหิตในร่างกายและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การเผาผลาญอาหารในร่างกายไม่เป็นไปตามปกติ เป็นผลให้ความเข้มข้นของไตรอะซิลไกรเซอร์อล (triacylglycerol) และระดับอินซูลินในเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้คนที่ปฏิบัติงานกะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าคนที่ไม่ปฏิบัติงานกะ (Lui, Tanaka & The Fukuoka Heart Study Group, 2002) มีรายงานการศึกษาพบว่าการทำงานกะเป็นระยะเวลา 1 ถึง 2 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน

อัตราร้อยละ 25 และหากปฏิบัติงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ถึง 14 ปี อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าวจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 66 (Dorevitch & Forst, 2000) และจากรายงานการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า คนงานโรงงานกระดาษในประเทศญี่ปุ่นที่ปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนกะเช้า บ่าย ดึก เป็นระยะเวลา 30 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 85 (Inoue, Moritn, Inagaki, & Harada, 2004)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในสภาพแวดล้อมการทำงานของอาชีพกวาดถนนมีความโดดเด่นในทุกด้านทั้งด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม ด้านการยศาสตร์ รวมทั้งลักษณะการทำงาน และการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพดังกล่าวของพนักงานกวาดถนน ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (adverse health effects) จากการศึกษาปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานกวาดถนนผู้หญิงของกรุงเทพมหานคร โดยเสาวภาคย์ มาแสงชัย (2542) พบว่า พนักงานกวาดถนนร้อยละ 75 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่โรคในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากมลภาวะและการทำงานหนัก ดังนั้นพนักงานกวาดถนน จึงจัดเป็นกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเบี่ยงเบนของสุขภาพ ซึ่งให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาภาวะสุขภาพของพนักงานกวาดถนน ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ความมีศักยภาพของร่างกายแต่ละบุคคลและเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่สำคัญอันดับแรกของปัจเจกบุคคล และเป็นฐานข้อมูลสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### สุขภาพ : ความหมายและแนวคิด

#### ความหมาย

สุขภาพ เป็นคำที่เป็นนามธรรม การให้ความหมายของสุขภาพมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ปรัชญา และทัศนะของแต่ละสังคม (Wilkinson, 2001) มีผู้ให้นิยามสุขภาพไว้หลากหลายโดยจะมี "ภาวะ" นำหน้าสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ความเป็นหรือความปรากฏ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ส่วนคำว่า "สุขภาพ" มาจากภาษาอังกฤษ "health" มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า "hoelth" มีความหมาย 3 ประการ คือ ความปลอดภัย (safe) การปราศจากโรค (sound) และองค์ประกอบทั้งหมดของร่างกาย (whole) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงหมายถึง สภาพการณ์ที่ปรากฏของสถานะสุขภาพหรือระดับสุขภาพของบุคคล นักวิชาการได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก นิยามสุขภาพว่า หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (WHO, 2000) ในความหมายนี้ นักวิชาการให้ความเห็นว่าเป็นความหมายในอุดมคติ (idealistic definition) โดยเฉพาะสภาวะความสมบูรณ์เป็นสภาวะที่ยากบรรลุ (Wilkinson, 2001)

โอเรียม (Orem, 2001) นิยาม สุขภาพว่าหมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งทางร่างกาย จิต สังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่ร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ การมีสุขภาพดี บุคคลต้องการการดูแลในระดับที่ดีเพียงพอและต่อเนื่อง แนวคิดนี้มองว่าสุขภาพ คือ การอยู่อย่างมีความสุข หรือ สุขภาวะ (wellness) ของบุคคล เป็นแนวคิดที่นักวิชาการส่วนใหญ่ให้การยอมรับ (Pender, Murdaugh & Parson, 2002)

คิง (King, 1990) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงบทบาทต่างๆ ตามที่ตนเองและสังคมคาดหวัง ซึ่งนักวิชาการให้ความเห็นว่าเป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายทางด้านสุขภาพที่แคบ แต่สามารถสะท้อนความสามารถในการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันของบุคคลภายใต้สภาวะแวดล้อมรอบตัว (Pender, Murdaugh & Parson, 2002)

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้นิยามสุขภาพว่า เป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2548) เป็นแนวคิดที่มองสุขภาพในลักษณะการเป็นองค์รวมของบุคคล

โอโดเนล (O'Donnell, 2002) พิจารณาแนวคิดสุขภาพในความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าในกรณีสุขภาพของคนทำงานจะได้รับผลกระทบจากหลายปัจจัย ทั้งที่ปรับเปลี่ยนได้และไม่ได้ และได้ระบุอย่างชัดเจนว่าสุขภาพประกอบด้วย 5 มิติที่มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันและก่อให้เกิดดุลยภาพ คือ 1) สุขภาพด้านร่างกาย (physical health) เป็นสภาวะทางสรีระและวิถีชีวิต 2) สุขภาพทางด้านอารมณ์ (emotional health) เป็นภาวะทางด้านจิตใจ การผ่อนคลาย 3) สุขภาพทางด้านสังคม (social health) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว 4) สุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) คือ การมีเป้าหมายในชีวิต และ 5) สุขภาพทางด้านปัญญา (intellectual health) เป็นความสำเร็จในชีวิต ทั้ง 5 มิติ จะต้องมีความสมดุลและเชื่อมโยงกันจึงจะบรรลุ “สุขภาวะ”

จากความหลากหลายของนิยามสุขภาพ สมิท (Smith as cited in Edelman & Mandel 2002) ได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดสุขภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงปรัชญา และเสนอแนวคิดสุขภาพไว้ 4 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบด้านคลินิก (clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค หรือความพิการ รูปแบบนี้สะท้อนการบริการสุขภาพเชิงรับ คือ รอให้ประชาชนเกิดภาวะเจ็บป่วย แล้วมุ่งรักษาอาการและอาการแสดงของโรคและความพิการ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและปกป้องสุขภาพน้อยมาก ดังแนวคิดสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ที่ส่วนหนึ่งให้ความหมายโดยยึดลักษณะทางด้านคลินิก คือ พิจารณาการปราศจากโรคและความพิการของบุคคลเป็นหลัก บุคคลที่ปราศจากโรคและความพิการ ถือว่ามีสุขภาพดี (healthy) ส่วนบุคคลที่เจ็บป่วยหรือมีโรค ถือว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพ (unhealthy)

2. รูปแบบด้านการปฏิบัติตามบทบาท (role performance model) ให้ความหมายสุขภาพว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระดับที่คาดหวัง เช่น ความสามารถในการทำงาน การเดิน การเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วย หมายถึง ความล้มเหลวในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำตามบทบาทหน้าที่ได้ เช่น การหยุดงาน เป็นต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ ได้เพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทสังคมของบุคคล ดังสุขภาพตามความหมายของคิง (King, 1990)

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (adaptation model) ความหมายของสุขภาพ ในแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมด้านสังคมและด้านกายภาพ สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่นในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล การเกิดโรค/ความเจ็บป่วย จะหมายถึง ความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้นักวิชาการส่วนใหญ่ให้การยอมรับ ดังแนวคิดสุขภาพของโอเร็ม (Edelman & Mandel, 2002)

4. รูปแบบทางด้านความสมบูรณ์สูงสุด (eudaimonistic model) คำว่า eudaimonistic มาจากภาษากรีก แปลว่า "สุขนิยม" หมายถึง ความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) เป็นภาวะที่บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิตของตน (self actualization) และเป็นจุดสูงสุดของการพัฒนาบุคลิกภาพของคน ในแนวคิดนี้ สุขภาพ หมายถึงการพัฒนาและบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ป้องกันหรือหนี้ยว้งไม่ให้บุคคลพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดในชีวิต

ตามที่ไฝฝืน สุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2548) และ โอโดเนล (O'Donnell, 2002) เป็นการให้ความหมายสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความหมายตามรูปแบบนี้ คือ มุ่งเน้นให้บุคคลบรรลุถึงสภาวะที่สมบูรณ์สูงสุดและมีความผาสุก (well-being) ในชีวิต

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการนิยามสุขภาพมีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดปรัชญาพื้นฐานความเชื่อของแต่ละบุคคล การศึกษาภาวะสุขภาพจะเลือกใช้นิยามใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการศึกษา และลักษณะของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993) ในการศึกษาภาวะสุขภาพพนักงานกวาดถนน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มอาชีพดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามสุขภาพของพนักงานกวาดถนนโดยอิงรูปแบบด้านคลินิก (clinical model) ซึ่งเป็นทัศนแบบชีวภาพ พิจารณาสุขภาพในลักษณะการปราศจากโรค/ความเจ็บป่วย ดังนั้นภาวะสุขภาพพนักงานกวาดถนนในการศึกษานี้ จึงหมายถึง สภาวะที่ปราศจากอาการเจ็บป่วยและไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจของพนักงานกวาดถนน อันเนื่องมาจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ ได้แก่ แสงแดด และเสียงจากการจราจร ด้านเคมี ได้แก่ ไอเสียยานยนต์ และฝุ่นจากการจราจร ด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคจากขยะ/สิ่งปฏิกูลต่างๆ รวมถึงกลิ่นจากขยะ การรบกวนจากเสียง ด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียดจากการทำงาน ด้านการยศาสตร์ ได้แก่ ลักษณะการทำงานที่ซ้ำๆ และจากลักษณะการทำงาน ได้แก่ การทำงานกะ การทำงานตามลำพังยามวิกาล และการใช้มือสัมผัสขยะ แต่การจะระบุสภาวะสุขภาพของพนักงานกวาดถนนได้นั้น จำเป็นต้องประเมินภาวะสุขภาพของพนักงานกวาดถนน

## การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญของการสร้างเสริมและปกป้องสุขภาพ กล่าวคือ เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล (Alfaro-Lefere, 1998) ผลการประเมินสามารถนำมาวางแผนและเลือกกลยุทธ์ต่างๆเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลสามารถปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและเกิดความผาสุกในชีวิต หรือเป็นฐานข้อมูลสำหรับภาวะสุขภาพบุคคล (Bowling, 1997)

การประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป สามารถประเมินได้ 2 วิธี คือ การประเมินทางด้านปรนัย (objective measures) และการประเมินทางด้านอัตนัย (subjective measures) (Fuller & Schaller, 2000)

1. การประเมินทางปรนัย (objective measures) เป็นการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยวิธีการตรวจร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ/อุจจาระ การตรวจทางรังสี เป็นต้น หรือใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพทางปรนัย ข้อดีของการประเมินด้วยวิธีนี้ คือ จะเน้นที่พยาธิสภาพ (pathology) และกลุ่มอาการของโรคหรือความผิดปกติที่ตรวจพบ (Sheridan & Radmacher, 1992) ซึ่งเป็นการประเมินตามทัศนศาสตร์หรือทางการแพทย์ ข้อจำกัดของการประเมินทางปรนัย คือ ความแม่นยำของบุคลากรที่ทำการตรวจวินิจฉัย (จิตร สิริธอมร และ วัฒนา ส.จันเจริญ, 2541; Weber & Kelly, 2003) อีกทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นต้องอาศัยเครื่องมือ เทคโนโลยีที่มีค่าใช้จ่ายสูง ถ้าอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ไม่มีมาตรฐานเพียงพอจะทำให้การแปลผลภาวะสุขภาพเกิดความคลาดเคลื่อนได้ (Ware, Brook, Davies, & Lohr, 1981) แบบประเมินภาวะสุขภาพทางปรนัยที่พบว่ามีกรนำมาใช้ประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพทางปรนัยของคาลส์ และคณะ (Katz et al, 1963) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (physical activity of daily living: ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่พื้นฐานของร่างกายที่ใช้ในผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (Katz et al, 1963)

2. การประเมินทางอัตนัย (subjective measures) เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคล โดยเจ้าของสุขภาพเป็นผู้ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง ต้องใช้เครื่องมือ/แบบสำรวจที่มีมาตรฐาน ข้อดีของการประเมินโดยวิธีนี้คือ สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย (Downie & Tannahil, 1996) และผู้ถูกประเมินมีส่วนร่วมในการประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง (Cunningham, Sibthorpe & Anderson, 1997)

ข้อจำกัดของการประเมินวิธีนี้ คือ มีความลำเอียงในการตอบของผู้ตอบ เนื่องจากการประเมินแบบนี้ผู้ตอบจะตอบตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อที่อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Edelman & Mandle, 2002) อย่างไรก็ตามการประเมินโดยวิธีนี้ได้รับการยอมรับและให้ความสำคัญในการนำมาใช้ในการวิจัยของนักวิจัยอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสะดวกและเสียค่าใช้จ่ายน้อย (Cunningham, Sibthorpe, & Anderson, 1997)

เครื่องมือประเมินสุขภาพแบบอัตนัย ที่พบว่ามีนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มคนทำงาน ได้แก่ แบบสำรวจ 36 (the Short form 36 (SF-36)) แบบสอบถามภาวะสุขภาพและการทำงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-Health and Work Performance Questionnaire (WHO-HPQ)) (Mills, 2005)

1. แบบสำรวจ 36 ( Short form 36 (The SF-36)) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life ) ของหน่วยงานระบบประกันสุขภาพประเทศสหรัฐอเมริกา (the Rand Medical Outcomes Study) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ทำการประเมินสุขภาพใน 8 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย (role limitation due to physical problems) ความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain) การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) ความมีพลังในตนเอง (energy/vitality) บทบาททางสังคม (social function) บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems) และสุขภาพจิต (mental health) (Saito et al, 2005) แบบสำรวจ 36 ถูกนำไปพัฒนาและปรับใช้ในการประเมินสุขภาพพนักงานของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติอังกฤษ และพนักงานบริษัทจำนวน 12 แห่งในประเทศญี่ปุ่น แบบสำรวจนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทดสอบกับประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปี ถึง 40 ปี รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ใน 40 ประเทศที่อยู่ในโครงการประเมินคุณภาพชีวิตในระดับชาติ พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) อยู่ระหว่าง .70-.88 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในอยู่ระหว่าง .72-.93 (Ware, 2000)

2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (WHO-HPQ)) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพคนทำงานและการปฏิบัติงานที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 90 ข้อ ทำการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติงาน การบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน การจ้างพนักงานมาปฏิบัติงานแทน และความผิดพลาดในการทำงาน เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในวัยทำงานจำนวน 250,000 ราย ในประเทศต่างๆกว่า 30 ประเทศ

ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ประเทศเม็กซิโก ทุกประเทศในแถบยุโรปตะวันตก และประเทศญี่ปุ่น การประเมินความเสี่ยงของสุขภาพประจำปี (annual health risk appraisal) ในพนักงานบริษัท ประเทศสหรัฐอเมริกา การประเมินผลการทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม และการประเมินสุขภาพพนักงานในบริษัทต่างๆ พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีเลิศ (excellence) โดยทั้ง 2 ค่ามีค่าสูงกว่า 0.83 (Kessler, 2002)

จากที่กล่าวมา การประเมินภาวะสุขภาพคนทำงานสามารถกระทำได้ทั้งทางปรนัย (objective measures) โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นผู้ประเมินและการประเมินทางอัตนัย (subjective measures) ซึ่งเจ้าของสุขภาพเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ทั้งสองวิธีมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด การเลือกใช้วิธีประเมินแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และรูปแบบของการศึกษาวิจัย สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพคนทำงานโรเจอร์ (Rogers, 2003) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินและวิธีการประเมิน ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาหรือผลกระทบทางสุขภาพ ที่สืบเนื่องมาจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะการทำงานของคนทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการคาดการณ์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว หรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน และการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับคนทำงาน นอกจากนี้ โพลเวล (Powell as cited in Rogers, 2003) ได้ให้แนวทางการประเมินสุขภาพคนทำงานไว้ว่า ควรทำการประเมินสุขภาพตามความเสี่ยง (health risk appraisal) ของคนทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการทำนายปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยงของคนทำงาน เช่น การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น และเครื่องมือที่ โพลเวล (Powell as cited in Rogers, 2003) เสนอให้ใช้ในการประเมินนั้นครอบคลุมการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ถูกประเมินหรือคนทำงานใน 8 ด้าน ได้แก่ การทำงานของร่างกาย (physical function) บทบาททางด้านร่างกาย (role physical) ความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain) สุขภาพทั่วไป (general health) ความมีพลังในตนเอง (vitality) การทำหน้าที่ด้านสังคม (social function) บทบาททางอารมณ์ (role emotional) และสุขภาพด้านจิตใจ (mental health) ซึ่งข้อมูลการประเมินการรับรู้ใน 8 ด้านที่ โพลเวล ได้เสนอแนะ เป็นการประเมินทางอัตนัยและมีความคล้ายคลึงกับข้อมูลที่ได้จากการประเมิน โดยแบบสำรวจ 36 ข้อมูลดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นสถานะสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล แต่ยังไม่สามารถสะท้อนปัญหาสุขภาพที่สืบเนื่องมาจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานได้ ดังนั้นเพื่อให้ผลการประเมินสุขภาพพนักงานกวาดลอนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการคาดการณ์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และทราบถึงการรับรู้ปัญหาสุขภาพของพนักงานกวาดลอนต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานกวาดลอน การ

ประเมินภาวะสุขภาพพนักงานกวาดถนนในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินโดยวิธีการประเมินทางอัตนัย (subjective measures) ร่วมกับแนวคิดการประเมินสุขภาพตามความเสี่ยง โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของพนักงานกวาดถนนในแต่ละบุคคลยังขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังจะได้อธิบายในสารสังเขปต่อไป

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีววิทยา สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป บริการสุขภาพ และวิถีชีวิต (Diane & Wilson, 2005; Pickett & Hanlon, 1990) ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีววิทยา ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ ลักษณะเชื้อชาติที่แตกต่างกัน และพันธุกรรม มีผลต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น คนผิวดำมีโอกาสดเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งมากกว่าเชื้อชาติอื่นๆ ในส่วนของเพศนั้นพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (WHO, 2006) และพบว่าเพศชายจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง การเกิดอุบัติเหตุต่างๆและการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่โรคที่พบบ่อยในเพศหญิง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า เครียด โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคข้ออักเสบ โรคภูมิแพ้และปัญหาสุขภาพเนื่องจากความรุนแรงในครอบครัว (Public Health Agency of Canada, 2004) ในส่วนของอายุ เด็กและผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ความสามารถในการเผชิญกับความเครียดต่างๆทั้งทางกายภาพและทางสังคมมีจำกัดร่วมกับความเสี่ยงตามวัยในผู้สูงอายุ จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว ดังพบว่าผู้สูงอายุสูงที่มีโรคเรื้อรังมีอัตราสูงเป็นสี่เท่าของวัยหนุ่มสาว (Edelman & Mandle, 2002) มีรายงานการศึกษาวิจัยระบุว่าบุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากปัจจัยทางด้านชีวภาพร้อยละ 27 (Lee & Ester, 1997)

2. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ได้แก่ อากาศ แสง เสียง น้ำ ระบบสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัย สารพิษต่างๆ และมลพิษทางอากาศ ปัจจุบันปัญหาสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆตามมา เช่น โรคมะเร็ง โรคในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (Murray & Zentner, 1993) นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเมือง

เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา รายได้ ความยากจน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเสมอภาคและทิศทางการพัฒนาประเทศ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ มีการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างของภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มคนที่ฐานะยากจนและฐานะร่ำรวย (Public Health Agency of Canada, 2004) และมีรายงานการศึกษาวิจัยระบุว่าบุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 16 (Lee & Ester, 1997) สำหรับในคนทำงาน สภาพแวดล้อมหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ได้แก่ แสงสว่าง ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน เสียง รังสี ความกดดันบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมทางด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่างๆ และสัตว์หรือสิ่งมีชีวิตที่มีอันตราย สิ่งแวดล้อมทางด้านเคมี ได้แก่ ฝุ่น พุ่ม ละออง ไอระเหย ของสารเคมี ตัวทำละลาย โลหะ หรือก๊าซพิษต่างๆ และยา สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สภาพการทำงาน ภาระงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสถานที่ทำงาน รายได้หรือค่าจ้างแรงงานและความก้าวหน้าในงาน และสิ่งแวดล้อมด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การจัดสภาพการทำงาน ท่าทางในการทำงาน การออกแบบงาน อุปกรณ์และเครื่องมือการทำงาน มีรายงานพบว่าคนทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น แสงสว่างน้อยเกินไป ความร้อนสูง เสียงดัง ฝุ่นละออง ก๊าซพิษ การสั่นสะเทือน เครื่องจักรหรือเครื่องมือที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานเฉลี่ยประมาณ 9,000 คนต่อวัน และเสียชีวิตจากการทำงานประมาณ 173 คนต่อวัน (Rogers, 2003)

3. ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ เป็นบริการที่จัดทำขึ้นในหลายรูปแบบโดยหน่วยงานของรัฐและเอกชน คุณภาพบริการทางสุขภาพจะเป็นปัจจัยในการกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลด้วย เนื่องจากหากมีแหล่งบริการสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ จะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ (จินดา บุญช่วยเกื้อ, 2543; Lusk, 2002) บริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นบริการด้านสุขภาพที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพให้กับคนทำงาน และยกระดับสุขภาพของคนทำงานให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพที่ดี (Rogers, 2003) แต่พบว่าการเข้าถึงบริการส่วนนี้ของคนทำงานยังไม่ทั่วถึง โดยพบว่าคนทำงานในประเทศกำลังพัฒนาที่เข้าถึงบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีเพียงร้อยละ 5-10 และคนทำงานในประเทศอุตสาหกรรมเข้าถึงบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยร้อยละ 20-50 (WHO, 1995) และมีรายงานการศึกษาวิจัยระบุว่าบุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากปัจจัยด้านบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอร้อยละ 10 (Lee & Ester, 1997)

4. วิถีชีวิต หมายถึง การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคล แสดงออกในลักษณะของการกระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพ วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมที่นิยมนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย เช่น การฉีดวัคซีน การยกของหนักด้วยท่าทางที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและเพิ่มความผาสุกทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีโภชนาการที่เหมาะสม การมีกิจกรรมเพื่อลดความเครียด ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วย และการเข้ารับบริการสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (O' Donnell, 2002) มีรายงานการศึกษาวิจัยพบว่าบุคคลเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 47 (Lee & Ester, 1997)

จากข้อมูลข้างต้น ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการกำหนดสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพบุคคลในอัตราที่สูง (Rogres, 2003) แต่ทั้งนี้หากบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก็จะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและช่วยให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ดังเช่น พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย นานครั้งละ 30 นาที จะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 40 หรือการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือคอเลสเตอรอลสูง จะช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้มากกว่าร้อยละ 10 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) สำหรับในกลุ่มคนทำงาน พบว่าช่วยให้คนงานร้อยละ 80 มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และลดอัตราการขาดงานของคนงานเนื่องจากการเจ็บป่วยได้ร้อยละ 87 (O' Donnell, 2002)

### พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

#### ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพมีผลต่อสุขภาพและการลดความเสี่ยงทางสุขภาพให้กับบุคคล (Krai as cited in Johnson, 2005) โดยคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในชีวิต (Pender,

Murdaugh, & Parsons 2006) หากพนักงานควาดถนนมีการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ก็จะช่วยป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพและก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นักวิชาการได้ให้ความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

โรเจอร์ (Rogers, 2003) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมต่างๆที่บุคคลหรือพนักงานกระทำ เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพ และการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีโภชนาการที่เหมาะสม การมีกิจกรรมต่างๆเพื่อลดความเครียด

ลัสค (Lusk, 2002) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นการกระทำที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยยกระดับสุขภาพให้สูงขึ้นและมีความสุข หรือเพื่อปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือจัดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือความผาสุกของตนเอง

เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นกิจกรรมที่มุ่งเพิ่มระดับความผาสุก เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเน้นการปฏิบัติไปในทางบวกหรือสร้างเสริมเพื่อให้ตนเองมีความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2544) นิยามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมหรือการกระทำใดๆของบุคคล ซึ่งคาดว่าทำให้ตนเองมีความสุขดีและกระทำพฤติกรรมเหล่านั้นเพื่อยกระดับสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น

โดยสรุปพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีความสุขที่ดีและช่วยเพิ่มระดับความผาสุก พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับพนักงานควาดถนนซึ่งเป็นบุคคลในวัยทำงาน ประกอบด้วยการกระทำใน 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน การจัดการกับความเครียด และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีรายละเอียด ดังนี้ (O'Donnell, 2002; Rogers, 2003)

1. การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย (Jones & Jones, 1997) ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเบา เช่น เดิน กิจกรรมปานกลาง เช่น รดน้ำต้นไม้ หรือกิจกรรมหนัก เช่น วิ่ง เป็นต้น อาจเป็นกิจกรรมที่มีการวางแผนหรือเป็นกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมยามว่าง การทำงาน

ของคนที่มีการเคลื่อนไหวทางกาย ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับหนึ่งเนื่องจากการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย แต่อาจจะได้ประโยชน์ต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2547) การออกกำลังกายจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ลดความอ้วน เพิ่มความแข็งแรงทนทานและลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เพิ่มการเผาผลาญของร่างกาย ลดความเครียด ช่วยให้ปอดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (O'Donnell, 2002) อีกทั้งยังช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และช่วยให้กระดูกข้อต่อและกล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ทนทาน เกิดความเสื่อมช้าลง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ที่ออกกำลังกายมีสุขภาพทางจิตสังคมดี (U.S.Department of Health and Human Services, 2002; Canadian Centre for Occupational Health and Safety [CCHS], 2004) การ ออกกำลังกายจะต้องดูตามความเหมาะสมกับอายุ ภาวะของสุขภาพ วิถีชีวิต พันธุกรรม และ โครงสร้างของร่างกาย โดยทั่วไปข้อปฏิบัติในการออกกำลังกาย มีดังต่อไปนี้ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

1.1. ความถี่ในการทำกิจกรรม (frequency) คนทำงานสามารถทำกิจกรรมการออกกำลังกายได้ดังนี้

1.1.1 กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ทุกวัน ได้แก่ การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การเดินหลังรับประทานอาหาร การใช้จักรยานแทนการใช้รถหรือรถจักรยานยนต์ การมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การลุกนั่ง การรับประทานอาหาร การไปจ่ายตลาด การประกอบอาหาร

1.1.2 กิจกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมที่เพิ่มความทนทานของระบบไหลเวียนเลือด เช่น การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เดินระยะทางไกล กิจกรรมสันทนาการ เช่น การเล่นกีฬาต่างๆที่ต่อเนื่อง เช่น เทนนิส วอลเลย์บอล

1.1.3 กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ งานอดิเรก หรือกิจกรรมยามว่าง เช่น การปลูกต้นไม้ และกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การทำโยคะ การบริหารแบบไทชิจั้ง เป็นต้น

1.2. ความหนักเบา (intensity) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ควรมีความหนักเบาของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ สามารถประเมินได้จากการสังเกตว่า ร่างกายมีเหงื่อหรือไม่ ซึ่งจะแสดงถึงการเผาผลาญพลังงานร่างกาย หรือประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) ซึ่งสามารถคำนวณได้จากการนำตัวเลข 220 ลบด้วยอายุของบุคคลนั้น (ปี) หรือ

ใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร หากรู้สึกเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป แต่หากไม่รู้สึกเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2541) สำหรับความหนักเบาในการออกกำลังกายของวัยแรงงานนั้นควรอยู่ในระดับปานกลาง หรือหนัก

1.3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (duration) เป็นช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยในแต่ละครั้งไม่ควรต่ำกว่า 20 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนควรใช้เวลา 20-30 นาที จึงจะเกิดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย เป็นต้น

ดังนั้นนอกจากการทำกิจกรรมในการทำงาน พนักงานกวาดถนนควรมีกิจกรรมทางกาย เช่น การปลูกหรือรดน้ำต้นไม้ การเดินหลังรับประทานอาหารและการออกกำลังกายร่วมด้วย เพื่อให้หัวใจและหลอดเลือดต่างทำงานในส่วนหนึ่งของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ หัวใจ ปอด และหลอดเลือด ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคต่างๆและความเครียดจากการทำงาน แต่จากการศึกษาของเสาวภาคย์ มาแสงชัย (2542) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานกวาดถนนผู้หญิงของกรุงเทพมหานคร พบว่าพนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายเนื่องจากมีภาระต้องปฏิบัติงานบ้านและบางคนรับรู้ว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย จึงไม่ได้ออกกำลังกายแบบอื่นร่วมด้วย

2. ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ รวมทั้งควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ (กรมอนามัย, 2548) โภชนาการที่ดีจะเป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพ ช่วยเพิ่มความต้านทานโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพิ่มความต้านทานต่อความเครียด ป้องกันการเสื่อมก่อนวัย ช่วยรักษารูปร่างและสุขภาพและช่วยให้มีพลังงานเพียงพอในการทำงาน ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้องอาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและเกิดโรคได้เช่นกัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดสูง เป็นต้น (Edelman & Mandie, 2002) สำหรับบุคคลในวัยทำงาน ความต้องการสารอาหารหรือพลังงานจะขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่กระทำในแต่ละวัน ปกติอัตราการเผาผลาญของร่างกายจะลดลงประมาณร้อยละ 20 หลังจากอายุ 30 ปีไปแล้ว (นัยนา หนูนิล, 2543) ดังนั้นบุคคลจะต้องบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารหลากหลายชนิดให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารเป็นหลักสลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ รับประทานอาหารปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ คีมนมให้เหมาะสมกับวัย รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร หลีกเลี่ยงการรับประทาน

อาหารรสหวานจัดและเค็ม และรับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน และงดหรือลด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้การบริโภคอาหารตาม แนวทางดังกล่าวแล้ว บุคคลจะต้องดูแลสุขภาพน้ำหนักตัวเพื่อให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อ ป้องกันการเกิดโรคต่างๆดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กก/ม<sup>2</sup>) ถ้าน้อยกว่า 18.5 กก/ม<sup>2</sup> แสดงว่าต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด หรือถ้ามี ค่าอยู่ระหว่าง 25-29.9 กก/ม<sup>2</sup> แสดงว่ามีดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์กำหนด และถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 กก/ม<sup>2</sup> ขึ้นไป แสดงว่าเป็น โรคอ้วน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

พนักงานกวาดถนนจึงต้องมีโภชนาการที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร หลากหลายชนิดให้ครบ 5 หมู่ รับประทานข้าวเป็นหลักสลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ รับประทานพืชผักและผลไม้ ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ดื่มนมให้ เหมาะสมกับวัย รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และเค็ม รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ ควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ป้องกัน การเสื่อมก่อนวัย และช่วยให้มีพลังงานเพียงพอในการทำงาน แต่จากการศึกษาของเสาวภาคย์ มาแสง ชัย (2542) พบว่า พนักงานกวาดถนนของกรุงเทพมหานคร รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาร้อยละ 50 เนื่องจากต้องทำงานแต่เช้ามืดและทำงานกะ และขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการรับประทาน อาหารไม่เป็นเวลาร้อยละ 40 ซึ่งให้เห็นว่าพนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาได้

3. การหลีกเลี่ยงสารเสพติด คือการที่บุคคลงด อด หรือไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการเสพสาร เสพติดต่างๆ ได้แก่ บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งยาบ้า กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาแก้ปวด (WHO, 2000) เป็นต้น เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นโทษต่อร่างกาย ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ขาด สติ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ตลอดจนชีวิต เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหารจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โรคมะเร็งปอด อุจลุมไปงพอง จากการสูบบุหรี่ โรคกระดูกพรุนเนื่องจากการสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ เป็นต้น (รวมพร คงกำเนิด, 2543; WHO, 2000)

ดังนั้นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี พนักงานกวาดถนนจะต้องหลีกเลี่ยงสารเสพติดต่างๆ บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับหรือยาแก้ปวด แต่จากรายงานการศึกษาไม่ พบข้อมูลหลักฐานที่สะท้อนให้เห็นปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มพนักงานกวาดถนน แต่มีรายงานว่า

คนทำงานที่ต้องทำงานเกี่ยวกับการใช้แรงงาน ส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดจำพวกยานอนหลับหรือยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน และคนทำงานที่ปฏิบัติงานกะเช่นเดียวกับพนักงานกวาดถนนใช้ยานอนหลับ เพื่อแก้ปัญหาการนอนไม่หลับเนื่องจากการทำงานกะ (รวมพร คงกำเนิด, 2543; ILO, 2003)

4. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อให้มีความปลอดภัยจากการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต เนื่องจากการเผชิญกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน และลักษณะการทำงาน โดยการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับลักษณะงาน รวมถึงมีการดูแลและรักษาที่ดี การตรวจสุขภาพเป็นประจำทั้ง ก่อนเข้าทำงาน ระหว่างการทำงาน การตรวจตามความเสี่ยงของการทำงาน ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพปอดกรณีทำงานที่สัมผัสฝุ่น การตรวจสมรรถภาพการได้ยินกรณีทำงานที่มีการสัมผัสเสียงดัง หรือสมรรถภาพการมองเห็นกรณีทำงานที่ทำเป็นงานละเอียดต้องใช้สายตาเป็นส่วนใหญ่ และตรวจภายหลังการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บพิการ มีการเก็บบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ดีพร้อมใช้งาน การไม่ดื่มสุรา หรือหยอกล้อกันเล่นขณะปฏิบัติงาน และการดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยในบริเวณสถานที่ทำงาน (วิทยา อยู่สุข, 2544; Rogers, 2003) ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน พนักงานกวาดถนนควรสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ จากสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะการทำงานกวาดถนน เช่น หมวกปีกกว้าง เสื้อแขนยาว กางเกง ขายาว แวนกันแดด เพื่อป้องกันอันตรายจากแสงแดด (CDC, 2001) ที่ครอบหูหรือปลั๊กอุดหู หน้ากากป้องกันฝุ่นละอองหรือผ้าปิดปาก-จมูก ผ้าหรือสายรัดข้อมือ ถุงมือ รองเท้าบูท ในการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ฝุ่นละออง และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน (Kuijer, Frings-Dresen, 2004) เสื้อสะท้อนแสง เพื่อป้องกันอันตรายจากรถเฉี่ยวชน (กองสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่, 2548; เทศบาลนครเชียงใหม่, 2549) การตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงในการทำงาน (Alberto Human Resource And Employment, 2000) การไม่ดื่มสุราหรือหยอกล้อเล่นกันขณะปฏิบัติงาน การจัดเก็บบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ดีพร้อมใช้งานและการใช้เครื่องทุ่นแรง เช่น รถเข็นในการขนย้ายขยะ (Kuijer, Frings-Dresen, 2004) แต่จากรายงานการศึกษาต่างๆ พบว่าพนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่ไม่สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น เนื่องจากรู้สึกอึดอัด อยา ร้อน เหงื่อออก พุดคุยกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง ไม่สวมรองเท้าบูท โดยจะสวมเฉพาะในช่วงฤดูฝนเท่านั้น ไม่สวมถุงมือขณะปฏิบัติงานและพนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่ใช้มือสัมผัสขยะโดยตรง และพนักงานกวาดถนนมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการถูกรถ

เกี่ยวข้องกับคาร์บอนไดออกไซด์ของถนนขณะทำงาน (นิรุฒ ศรีบุรี, 2541; รจนา วรวิทย์ศรางกุล และคณะ, 2548; เสาวภาคย์ มาแสงชัย, 2542)

5. การจัดการกับความเครียด (stress management) การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคล เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด โดยการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) หากเกิดความเครียดแล้วบุคคลไม่สามารถจัดการแก้ไขได้ จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะต้องมีการจัดการความเครียดเหล่านั้น เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคจากความเครียด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้ดีขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข เพนเดอร์และคณะ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) ได้เสนอแนวทางในการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

1. การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด ได้แก่ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมการทำงาน เพื่อลดการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ การกระจายงานหรือทำงานร่วมกับผู้อื่น การจัดการตารางงาน หรือมอบหมายภาระงานอย่างเหมาะสม เป็นต้น (O'Donnell, 2002)

2. การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด เป็นการเพิ่มความต้านทาน สามารถกระทำได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย มุ่งที่การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ และลดความวิตกกังวล เกิดผลดีต่อจิตใจ ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหา และค้นหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002)

3. การสร้างเงื่อนไขในการหลีกเลี่ยงสิ่งตอบสนองทางร่างกาย ที่เกิดจากความเครียด ได้แก่ การฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างจินตภาพ การฝึกการหายใจ เป็นต้น

จากรายงานการศึกษาของรจนา วรวิทย์ศรางกุลและคณะ (2548) พบว่าเมื่อเกิดความเครียด พนักงานกวาดถนนผ่อนคลายความเครียดด้วยการร้องเพลง ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับคนอื่นและหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด สะท้อนให้เห็นว่าพนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่สามารถจัดการกับความเครียด

6. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้ได้รับประโยชน์หรือการสนับสนุนทางสังคมที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบาย การช่วยเหลือส่งเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสาร และความช่วยเหลือต่างๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคล การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้การแก้ปัญหาสำเร็จลงได้ ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจ และช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข (Carpinello, Knight, Markowitz & Pease, 2000) นำไปสู่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) ดังนั้นหากพนักงานกวาดถนนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้าง รวมถึงองค์กรต่างๆ ในชุมชนและสังคม จะช่วยให้ได้รับประโยชน์ การสนับสนุนต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อพนักงานกวาดถนน และอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานกวาดถนนและบุคคลรอบข้าง ซึ่งให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาเนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Carpinello, Knight, Markowitz & Pease, 2000)

จากข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งหมดที่กล่าวมา ซึ่งให้เห็นว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิถีสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่ง ที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพให้กับคนทำงาน และนำไปสู่การบรรลุสุขภาพ ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต ดังนั้นหากพนักงานกวาดถนนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การกระทำที่พนักงานกวาดถนนปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การจัดการกับความเครียดและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะช่วยให้มีการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต เป็นแรงงานสุขภาพดี (healthy worker) จึงควรส่งเสริมให้พนักงานกวาดถนนปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่จากข้อมูลการศึกษาบางส่วนสะท้อนให้เห็นว่า พนักงานกวาดถนนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย ขาดความรู้ด้านโภชนาการและไม่รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ เช่น ไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นต้น อีกทั้งข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานกวาดถนนในบางส่วนยังไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพของพนักงานกวาดถนน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพให้กับพนักงานกวาดถนน

### การประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่นักวิชาการพัฒนาขึ้นมา สำหรับประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล มีดังนี้

1. แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ II (Health-Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II]) เป็นแบบประเมินที่ วอล์คเกอร์ ซีคริสและเพนเดอร์ (Walker, Sechirst & Pender, 1995) ได้พัฒนามาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habit Assessment, LHHA) ซึ่งแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ II ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่อายุ 18-92 ปี จำนวน 712 ราย หาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .94 และมีค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเท่ากับ .86 ด้านกิจกรรมทางกายเท่ากับ .85 ด้านโภชนาการเท่ากับ .80 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่ากับ .87 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณเท่ากับ .86 และการจัดการกับความเครียดเท่ากับ .79 หาค่าความคงที่ (stability) ของเครื่องมือโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) เว้นระยะห่างกัน 3 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .89 (Walker, 1995)

ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้นำแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ II (Health-Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II]) ของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et.al., 1995) มาแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบการแปล (back translation) นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .85 จากงานวิจัยในอดีตพบว่า แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ II (Health-Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II]) เหมาะสำหรับการประเมินพฤติกรรมในผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ แต่การ

นำมาใช้กับคนงานที่มีการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ อาจจะยังไม่เหมาะสม เพราะกลุ่มคนงานเหล่านี้จะต้องมีพฤติกรรมที่ปกป้องจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน

2. แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่สร้างโดยสุกัญญา ไพทไทย โสภณ (2540) คัดแปลงมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et.al., 1987) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ประกอบด้วยค่านิยมตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี การสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัด โดยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 ซึ่งแบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นมาด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะกับกลุ่มเฉพาะ คือ บุคลากรสาธารณสุข

3. แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ที่วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541) คัดแปลงมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et al., 1978) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายซึ่งรวมการพักผ่อนและการสันทนาการ โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิต แบบประเมินดังกล่าวนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 30-40 ปี ที่ปฏิบัติงานในสถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลรามาริษีแห่งละ 16 คน รวมจำนวน 32 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 แบบประเมินนี้มีข้อคำถามที่เฉพาะเจาะจงกลุ่มพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

แบบประเมินที่นักวิชาการได้พัฒนาขึ้นดังได้กล่าวนั้น ยังไม่มีความเหมาะสมที่จะประเมินได้ครอบคลุมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานใน 6 ด้านที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น การประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพนักงานกวาดถนน จึงมีความจำเป็นที่ผู้วิจัยต้องพัฒนาเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มพนักงานกวาดถนน โดยการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานกวาดถนนแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังจะได้กล่าวในสาระสังเขปต่อไป

## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน เป็นผลเนื่องมาจากมีความแตกต่างในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (McDade-Montez, Cvengros, & Christensen, 2005)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ และอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า

1.1 เพศ แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและสังคมซึ่งมีผลทำให้เกิดความแตกต่างของสุขภาพ โดยเพนเดอร์พบว่าผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแตกต่างของยีนหรือฮอโมนเพศ โดยเพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรง มีลักษณะของความแข็งแรง มั่นคง ในขณะที่เพศหญิงมีโครงสร้างที่บอบบางกว่าในการศึกษาพฤติกรรมของเพศหญิงและชาย พบว่า เพศชายจะมีพฤติกรรมในด้านของการใช้กำลังและการแข่งขัน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับตนเองและบุคคลในบ้าน เช่น การดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว การทำกิจกรรมภายในบ้าน (Ross & Bird, 1994) ดังนั้นโดยธรรมชาติของเพศหญิงจะให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว และมีแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย (Edelman & Mandel, 2002)

1.2 อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิด การวินิจฉัย การไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (Orem, 2001) จากการศึกษาของแบกเวลและบิช (Bagwell & Bush, 1999) ซึ่งทำการศึกษาแนวคิดสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในคนงานที่มีอายุ 18-65 ปี พบว่าคนงานที่มีอายุในช่วง 45-65 ปีจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าคนงานที่มีอายุในช่วง 24-44 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของปิเยนันท์ ลิมเรืองรอง และ ยาวลักษ์ณ์ เสรีเสถียร (2547) ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือ พนักงานที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่ดีกว่าพนักงานที่มีอายุน้อยกว่า

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (socio-economic factors) ได้แก่ เศรษฐฐานะ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและวัฒนธรรม ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนี้

2.1 เศรษฐฐานะ ประกอบด้วยรายได้ ระดับการศึกษา แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ รวมทั้งความสามารถในการดูแลและการสร้างความปลอดภัยด้านสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) โดยแหล่งสนับสนุนด้านเศรษฐฐานะไม่ดีพอ จะส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้มีความสนใจต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่เศรษฐฐานะดีกว่า (Bartley, 2005) จากการศึกษาของศิริมาวรงค์ แผลมทอง (2542) และการศึกษาของไพจิตร ลือสกุลทอง (2545) ซึ่งทำการศึกษาดูพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ (2547) ที่พบว่าพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่มีรายได้สูง (30,000-50,000 บาท/เดือน) จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่มีรายได้ต่ำกว่า

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ สิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวบุคคล เช่น ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน และมลภาวะต่างๆ เป็นต้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ดังเช่นพบว่า ปัจจัยอันตรายภายในที่อยู่อาศัย เช่น พื้นทางเดินที่ลื่น แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ทางลาดเอียง จะมีผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือพบว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีอัตราการสูบบุหรี่สูง และการบริโภคผัก ผลไม้และการออกกำลังกายในระดับต่ำกว่าบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Smith & Bauman, 2005)

2.3 วัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นข้อตกลงที่คนในสังคม ชุมชน ร่วมกันกำหนดขึ้นมาจากความคิด ความเชื่อ ทศนคติ พื้นเพและการรับรู้ เพื่อใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตหรือการอยู่ร่วมกันในชุมชน สังคม และมีการปฏิบัติสืบต่อกันมา ดังนั้นการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของชุมชนหรือสังคมที่ตนเองอยู่และวัฒนธรรมที่ต่างกันมีผลให้มีพฤติกรรมต่างกันได้ (Edelman & Mandle, 2002) ดังเช่น ในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนเชื่อว่า การรับประทานผลไม้ สลัดและน้ำมันมะกอกเป็นประจำทุกวัน จะทำให้มีสุขภาพดี สมบูรณ์แข็งแรง ขณะที่สังคม

ประเทศกรีกเชื่อว่ากรับประทานน้ำมันมะกอกหรือมะเขือเทศตากแห้ง ไม่ได้ช่วยสร้างเสริมสุขภาพดี (Bartley, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในแต่ละภาค โดยพบว่ากลุ่มคนในภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง ขณะที่กลุ่มคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่นิยมบริโภคอาหารประเภทดังกล่าว (พิมพ์ร วัชรพงศ์กุล และ ภัทธิรา หัทยานนท์, 2544) นอกจากวัฒนธรรมชุมชน สังคมแล้ว วัฒนธรรมองค์กรทั้งในส่วนของโครงสร้างองค์กร นโยบาย กฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติ รวมถึงแหล่งสนับสนุนในองค์กร เช่น การสร้างต้นแบบ (modeling) การให้รางวัลตอบแทน (reward) หรือการให้ความรู้ และการฝึกอบรมยังเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลในการกำหนดและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในคนงาน (O'Donnell, 2002)

โดยสรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลหรือภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และปัจจัยภายนอกบุคคลหรือเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล ได้แก่ เศรษฐฐานะ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและวัฒนธรรม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษากาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พนักงานกวาดถนน จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดภาวะสุขภาพพนักงานกวาดถนนตามแนวคิดรูปแบบด้านคลินิก (clinical model) ซึ่งเป็นทักษะแบบชีวภาพ พิจารณาสุขภาพในลักษณะการปราศจากโรค/ความเจ็บป่วย โดยภาวะสุขภาพในที่นี้ หมายถึง สภาพที่ปราศจากอาการเจ็บป่วยและไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจของพนักงานกวาดถนน ทั้งในส่วนของภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม ด้านการยศาสตร์ และลักษณะการทำงาน ทำการประเมินภาวะสุขภาพของพนักงานกวาดถนนตามความเสี่ยงของการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน โดยเครื่องมือที่พัฒนาจากแนวคิดการประเมินสุขภาพตามความเสี่ยงและการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้สุขภาพของบุคคลมีตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และช่วยเพิ่มระดับความผาสุก หากพนักงานกวาดถนนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามข้อเสนอแนะของโรเจอร์ (Rogers, 2003) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การจัดการกับความเครียด และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงจะนำมาซึ่งการคงไว้ของภาวะสุขภาพและอยู่อย่างสุขภาวะ