

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนในชนบท จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ในครั้งนี้คือ

- 2.1 แนวคิดการดูแลตนเอง
- 2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.4 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่
- 2.5 ทฤษฎีการขัดเกลาทางสังคม
- 2.6 ทฤษฎีพัฒนาการ
- 2.7 ทฤษฎีการเรียนรู้
- 2.8 แนวคิดความรู้
- 2.9 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ
- 2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.11 กรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัย

2.1 แนวคิดการดูแลตนเอง

ในสภาพการณ์ปัจจุบันแนวความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ได้เป็นประเด็นที่นัก สังคมวิทยา และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ให้ความสนใจและพยายามที่จะผลักดันแนวคิด เรื่องดังกล่าวให้กว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ทั้งนี้โดยมีที่มาจากแนวความคิดพื้นฐานต่าง ๆ ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530 : 4) ได้สรุปว่า

1. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม ฉะนั้น การดูแลสุขภาพด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรมบุคคลแต่ละคนย่อมมี วิธีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้ แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย แตกต่างกันไป

3. ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้ แล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและ ควรรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชนและบุคคลมากกว่า

4. บริการการแพทย์และสาธารณสุข ยังกระจายไปไม่ถึงถึงประชาชนในชนบท เป็นบริการที่มีราคาแพง และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ พื้นฐานของตนเองดังกล่าว

5. การส่งเสริมการดูแลตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเองและรับผิดชอบตนเอง ตลอดจนการอยู่ในอำนาจวินิจฉัยของแพทย์ ให้ให้น้อยลง

เลวิน (Lewin, 1976 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2530 : 9) ผู้นำในการเคลื่อนไหวเรื่องการดูแลตนเองด้านการแพทย์ที่สำคัญแห่งสหรัฐอเมริกา ได้เสนอลักษณะสำคัญ ๆ ของการดูแลตนเองโดยทั่วไป ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่มีขอบเขตจำกัดภายในตัวของมันเอง เป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่ต้องมีการจัดองค์กร เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาทางสังคม กระบวนการหล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ของสังคม

2. การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์พื้นฐาน ซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางแพทย์ และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ หากแต่การดูแลตนเองจะอยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของสถาบันทางสังคม ตามบริบทของโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองนั้น ๆ

3. การดูแลตนเอง เป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิม ที่เกี่ยวข้องกับชนบทประเพณี และเป็นวิถีการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง

4. การขบวนการประเมินผลด้านสุขภาพอนามัย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่ตามธรรมชาติ และขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลที่อาจจะปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพก็ได้

5. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง

เลวิน (Lewin, 1978. อ้างใน สมจิต ทนเจริญกุล, 2536 : 4) ได้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการดูแลตนเองกับการให้สุขศึกษา ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาวิธีการที่เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยมักจะใช้ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเอง คือ การให้สุขศึกษาดังตารางที่ 2.2 ดังนี้

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบแนวคิดของการดูแลตนเองกับการให้สุขศึกษา

การดูแลตนเอง	การให้สุขศึกษา
1. เป็นความรับผิดชอบส่วนตัวของบุคคล ในการจัดการเกี่ยวกับโรคและการมีสุขภาพที่ดี	1. เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการศึกษา หรือให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี
2. ผู้รับบริการวางแผนหมายของการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรมตามความต้องการของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นที่ปรึกษา	2. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นผู้ริเริ่มวางแผนหมายและจัดการให้ความรู้ตามโรคที่ผู้ป่วยประสบ

การดูแลตนเอง	การให้สุขศึกษา
3. ผู้รับบริการมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง	3. ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้รับคำแนะนำ และปฏิบัติตาม (Passive role)
4. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการควบคุมกระบวนการตัดสินใจ	4. บุคคลในวิชาชีพเป็นผู้ควบคุมการตัดสินใจทำให้เกิดปัญหาการไม่ปฏิบัติตาม (Poor compliance)
5. พิจารณาถึงความเป็นปัจเจกบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง	5. แสวงหาและใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐานในการปรับพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือ ผู้รับบริการจะต้องปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ
6. สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งพาตนเองโดยเรียนรู้และฝึกทักษะทางด้านการแพทย์บางอย่าง	6. สนับสนุนให้ประชาชนต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพมากขึ้น มองเห็นทักษะด้านการแพทย์ว่าจะต้องกระทำ โดยผู้เชี่ยวชาญ

แหล่งที่มา : เลวิน (Lewin, 1978 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 5)

เอ็ดมุนด์ ทองกระจาย (2533) ให้แนวคิดว่ามีอิทธิพลขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะกิจกรรมการดูแลที่ทำด้วยตนเองอย่างเดียว หากแต่ครอบคลุมถึงบริการหรือกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ในลักษณะต่าง ๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง องค์การทางศาสนา อาสาสมัครหมอพื้นบ้าน กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนในเผ่าพันธุ์หรือในหมู่บ้านนั้น ๆ กล่าวโดยง่าย ๆ ก็คือ เป็นกิจกรรมการดูแลซึ่งเกิดจากบุคคลอื่นใดก็ตามที่นอกเหนือไปจากบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยที่กิจกรรมการดูแลสุขภาพดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ให้โดยตรงไม่จำกัดเฉพาะการดูแลทางร่างกาย หากครอบคลุมถึงการดูแลระดับจิตใจทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2530) ให้แนวคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นปรัชญาของงานสาธารณสุข ที่ตระหนักไว้ว่า "การปรับปรุงที่สำคัญในทางร่างกาย จิตใจและสังคมให้ดีขึ้นนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและเจตนารมณ์ของสังคมที่จะรักษาเพื่อตัวเอง โดยใช้ต้นทุนที่ชุมชนนั้น ๆ สามารถจัดหาได้ เพื่อการบำรุงรักษาในทุกขั้นตอนของการพัฒนา จิตใจของการพึ่งตนเอง และการตัดสินใจด้วยตัวของเขาเองเป็นหลัก" และการรักษาสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่เกิดมาพร้อม ๆ กับประวัติศาสตร์ของมนุษย์ เป็นปรากฏการณ์ของวัฒนธรรม การต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ อีกทั้งเป็นกระบวนการของการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันวินิจฉัยและรักษาโรค ในระดับของทรัพยากรทางสาธารณสุขพื้นฐานในระบบสาธารณสุข

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้นก็เสมือนกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้มากมาย(อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2530) เช่น

โอเร็ม (Orem, 1980) ได้เสนอความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไปในเชิงการป้องกันสุขภาพเพียงด้านเดียว โดยกล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นปฏิบัติ และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจัง มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลได้

เพ็นเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

เลวิน (Lewin, 1876) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับ ฟราย (Fry, 1973) ที่ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. การดูแลรักษาไว้ซึ่งสุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. การป้องกันโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การฝากครรภ์
3. การวินิจฉัยโรค เช่น การให้ยาและรักษาเบื้องต้น
4. การไปหาแพทย์ เพื่อการรักษาขอคำแนะนำการปฏิบัติตน

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง ก็คือส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข ซึ่งบุคคลทำกิจกรรมเพื่อตนเอง และผู้อื่นในการป้องกัน ค้นหา และรักษาโรค ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมบริการสุขภาพอื่น ๆ

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533) ให้คำนิยามการดูแลตนเองว่า

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ปลูกรักษาสภาพสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self Treatment) ซึ่งรวมความไปถึง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นลำดับสูงสุด หรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขทำให้โดยรัฐหรือโดยวิชาชีพทุกระดับขึ้น จำเป็นต้องสอดคล้องกับสภาพการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุข

ภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร และสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ไปตามประสบการณ์และการขัดเกลาทางสังคม ฉะนั้นการใช้ความหมายของการดูแลตนเองจึงหมายรวมถึง การดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดีด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่จะมีต่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว และการรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง ด้วยความเต็มใจเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง โดยสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่า ควรเลือกปฏิบัติอย่างไร ทั้งในขณะปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

ส่วนในเด็กนั้นมิใช่จำกัดในเรื่องความรู้ความสามารถที่จะรู้ ที่จะตัดสินใจ และที่จะกระทำ หากมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงมีความจำเป็นจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองเด็ก โดยทำหน้าที่เป็นผู้ให้สนับสนุน สอน และชี้แนะรวมทั้งการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมของเด็ก ซึ่งได้แก่ โรงเรียน สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน การเลียนแบบเพื่อน เป็นต้น ซึ่งแพคโท (Pacteau, 1980) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ เด็กสามารถเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้ในบางประการ

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

เมอเรย์และเซนต์เนอร์ (Murray & Zentner, 1985) ให้ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องปฏิบัติและลงมือกระทำ เพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นคำที่ใช้แทนกันได้

มัลลิกา มัติโก (2534) ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

คาสล และคอบบ (Kasl & Cobb, 1966) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะคือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) พฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior, อ้างถึงใน นัลลิกา นิตโก, 2534) ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของอาการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะ สำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การเช็ฟกัญจราจร และการปฏิบัติตามกฎและระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การตรวจมะเร็ง การตรวจคลื่นหัวใจ หรือตรวจฟัน เป็นระยะ ๆ อาจจะไม่ป้องกันอาการเจ็บป่วย แต่จะช่วยให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้รวดเร็วขึ้น จะได้ทำการรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ ทำให้บุคคลนั้นได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยลดน้อยลง

นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพอาจรวมไปถึงการสวมหมวก การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้น้ำอยู่ การรับประทานยาหมาย วิตามิน และการอ่านหนังสือ เป็นต้น ฉะนั้นพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับพฤติกรรมสุขภาพคือ พฤติกรรมเสี่ยงนั่นเอง

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไปก่อนที่บุคคลนั้นจะมาหาแพทย์

อย่างเช่นการศึกษาของ วิทัศน์ จันทร์โพธิศรี และคณะ (2533) ที่ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยอายุ 0-5 ปี พบว่า มารดาเด็กจะทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยสังเกตว่าทุกครั้งที่เกิดโรคตนเองเจ็บป่วยไม่สบาย มักจะเกิดจากเด็กเล่นสกปรก ไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หรือการที่เด็กกินผลไม้เปรี้ยว ๆ ซื้อมะม่วง หรือผลไม้ที่พ่อค้าขายนอกนามาจำหน่ายในหมู่บ้าน จึงทำให้เกิดความเชื่อว่า สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคท้องเสีย และเป็นโรคบิด นอกจากนี้ยังเป็นการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และญาติอาวุโส เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตายาย เป็นผู้แนะนำ

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะต้องเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติไว้ชั่วคราว การซื้อหังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย จึงเป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviance) ไปจากปกติ ฉะนั้นเมื่อบุคคลใดได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด หรือวิชาชีพแพทย์ว่า "ป่วย" บุคคลนั้นจะต้องรับบทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด 4 ประการ คือ

- 3.1 ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา
- 3.2 ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่เป็นการชั่วคราว
- 3.3 ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ
- 3.4 ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์ เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาวะเจ็บป่วย ที่มุ่งเน้นกระบวนการตัดสินใจที่จะกระทำใด ๆ ของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การรับวัคซีนป้องกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับคือการป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ตนเองเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network) และการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการพิจารณาตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของ

สิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องการกระทำจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ และการกระทำจะต้องมีเป้าหมาย เพราะจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และจะเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง

โอเร็ม กำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนี้

1. เป็นไปเพื่อระดับประคองกระบวนการชีวิต (Life Process) และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

2. เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และลูกวัยที่เหมาะสม

3. เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับบาดเจ็บร้ายต่าง ๆ

4. เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ (Disability)

โอเร็ม จึงจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อระดับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ขั้นตอนพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาพการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการนั้น ๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม และบาดเจ็บ ภูมิต้านทานต่าง ๆ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม มัลลิกา มัติโก (2534) ให้ทรรศนะว่า ตามความเห็นของนักสังคมศาสตร์ในการนิยามความหมายคำว่าพฤติกรรมสุขภาพยังไม่มีข้อยุติ ในความเห็นของนักมานุษยวิทยา มองว่าไม่จำเป็นต้องแยกเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมความเจ็บป่วย

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพก็น่าจะครอบคลุมทั้งหมดอยู่แล้ว ทั้งในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการรักษา พฤติกรรมการใช้บริการและพฤติกรรมของผู้ป่วยในสถานบริการ

จากแนวความคิดของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กนักเรียน สรุปได้ว่า เด็กนักเรียนมีการกระทำหรือปฏิบัติในการระวังรักษาหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์ดี การเรียนรู้สุขภาพจะช่วยให้เด็กได้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องและนำเอาสุขนิสัยเหล่านี้ไปใช้ได้ตลอดไปจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่

2.4 ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่

ทัลคอตต์ พาร์สันส์ (Talcott Parsons) ได้เสนอแนวความคิดการที่มนุษย์เข้าไปอยู่ในสังคม และสังคมมีการจัดระเบียบขึ้น เนื่องจากสมาชิกในสังคมมีความสมัครใจที่จะเข้าไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมนั้น การกระทำ (Action) จะมีความสำคัญยิ่งต่อระบบสังคม การกระทำคือ การกระทำระหว่างกัน (Interaction) ระหว่าง

ผู้กระทำ (Actor) หมายถึง บุคคลที่มีประสบการณ์ต่าง ๆ และรู้จักควบคุมสถานการณ์วิถีการต่าง ๆ เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายต่าง ๆ ที่ตั้งไว้

สถานการณ์ (Situation) หมายถึง เงื่อนไขต่าง ๆ ที่ผู้กระทำรู้จักและมีอิทธิพลต่อการเลือกจุดมุ่งหมาย และจะดำเนินการต่าง ๆ ไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น ๆ

แนวคิดของผู้กระทำ (Actors Orientation) หมายถึง ค่านิยม บรรทัดฐาน และความคิดอื่น ๆ ที่ผู้กระทำได้รับอิทธิพล ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้กระทำดำเนินการต่าง ๆ ไปสู่จุดมุ่งหมายภายใต้สถานการณ์นั้น (สนธยา พลศรี, 2533 : 141)

ในระบบสังคมนั้นมีการขบวนการที่สำคัญที่ทำให้ระบบสังคมเกิดขึ้นอย่างมีระเบียบ คือ "สภาวะการเปลี่ยนเป็นสถาบัน (Institutionalization) หรือการที่บุคคลมีบทบาทต่าง ๆ เนื่องจากบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เป็นค่านิยม และความเชื่อของวัฒนธรรม วัฒนธรรมเหล่านี้ได้แทรกซึมอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคลได้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบ

กระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นระบบสังคม เพราะมีระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. ระบบการติดต่อ มีภาษาเป็นสื่อสำคัญในการเกิดการกระทำการระหว่างกันขึ้น
2. ระบบการรักษาขอบเขตทางสังคม โดยการควบคุมการรักษาความสมดุลในสังคมเพื่อให้สมาชิกในระบบสังคมมีส่วนร่วมในบรรทัดฐาน ค่านิยม ความเชื่อ ฯลฯ
3. ระบบบุคลิกภาพ วัฒนธรรม และสังคม เป็นระบบที่เกื้อกูลสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
4. ระบบการควบคุมทางสังคม เพื่อมิให้สมาชิกผิดบรรทัดฐานทางสังคม
5. ระบบการอบรมขัดเกลา มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะถ่ายทอดเจตนารมณ์ของสมาชิกในสังคมไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป
6. ระบบสภาวะเปลี่ยนเป็นสถาบัน กระบวนการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับ ค่านิยม ความเชื่อ และซึมซับในบุคลิกภาพ ทำให้มีการบูรณาการรวมหน่วยระหว่างบุคลิกภาพและวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ และเป็นระยะเวลาจนเป็นสถาบันขึ้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2525 : 28)

จากสภาวะการเป็นสถาบันนี้เองที่พาร์สันส์ ถือว่าโครงสร้างของสังคมประกอบด้วย สถาบันของความสัมพันธ์หลัก เช่น ครอบครัวเป็นกลุ่มแรกที่กำหนดบุคลิกภาพของบุคคล และอบรมสั่งสอนบทบาท ตลอดจนเป็นหลักฐานของการเริ่มฐานทางสังคม กลุ่มสถาบันที่สอง ได้แก่ สถาบันที่กำหนดสาระความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถาบันเศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายและวิธีเฉพาะอย่าง กลุ่มสถาบันที่สามคือ สถาบันทางวัฒนธรรม ที่เกี่ยวกับความเชื่อ สัญลักษณ์ต่าง ๆ หรือ จริยธรรมต่าง ๆ รวมทั้งสถาบันต่าง ๆ ทางความคิด ปรัชญา วิทยาศาสตร์ ศิลปะ และศาสนา

พาร์สันส์ กล่าวว่า บทบาทต่าง ๆ ที่บุคคลสวมอยู่ในสังคมปัจจุบันมักทำให้บุคคลเกิดความเครียด และความกดดัน ความวิตกกังวลและไม่พอใจ เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ ตามทฤษฎีของพาร์สันส์ ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม มิใช่ปรากฏการณ์ทางชีวภาพแต่อย่างใด บทบาทผู้ป่วยเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐาน (Norm) ปกติ ซึ่งเป็นผลทำให้สังคมต้องหาหนทางและแก้ไขปัญหามารักษา ซึ่งยังผลให้เกิดการควบคุมทางสังคมขึ้น สถาบันแพทย์ถือกำเนิดขึ้นเพื่อเป็นสถาบันการควบคุมทางสังคมต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนนี้ นั่นคือแพทย์เป็นผู้คอยกลั่นกรองให้เข้าสู่บทบาทผู้ป่วย เมื่อบุคคลป่วยและมาหาแพทย์ แพทย์จะทำหน้าที่วินิจฉัยโรคและตัดสินใจ

ใจว่าผู้เป็นป่วยจริงหรือไม่ และควรเข้าสู่บทบาทคนป่วยหรือไม่ แพทย์จึงทำหน้าที่แก้ไขให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งก็เปรียบได้กับการทำหน้าที่ของตำรวจหรือผู้พิพากษาซึ่งกลั่นกรองอาชญากรรมและวินิจฉัยว่าควรได้รับการลงโทษอย่างไรหรือพระราชทานหน้าที่วินิจฉัยความผิดคดี หรือความเปี่ยงเบนทางศีลธรรมหรือศาสนา (พิมพ์ลย์ ปริดาสวัสดิ์, 2530 : 46)

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาเชื่อมโยงกับเด็กวัยเรียนได้ว่า เด็กวัยเรียนได้เติบโตขึ้นในสถาบันครอบครัวเป็นแห่งแรก เด็กได้รับการอบรมสั่งสอนบทบาทหน้าที่ตั้งแต่เล็กจนเติบโตเข้าโรงเรียน โรงเรียนจึงเป็นสถาบันแห่งที่สองที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่เด็ก เด็กวัยนี้ถือเป็นวัยที่มีร่างกายสุขภาพแข็งแรง แต่เมื่อเจ็บป่วยขึ้นจึงไม่ใช่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือโรคที่สังคมรังเกียจ เช่น โรคเรื้อน วัณโรค เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็น "ตราสังคม" (Social stigma) เด็กมักป่วยแบบเฉียบพลัน เช่น ตกบันไดขาหัก ก้างปลาติดคอ เป็นไข้สูง หรือเด็กเป็นโรคตาแดง อาการเจ็บป่วยเหล่านี้ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาให้หายกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะรักษาได้ ซึ่งครูจะเป็นผู้ส่งให้เด็กหยุดเรียนเพื่อรักษาตัวที่บ้าน

ความเจ็บป่วยของเด็กจึงไม่ใช่เป็นเรื่องของกระบวนการทางชีววิทยาและสรีรวิทยาเท่านั้น หากยังเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วย เมื่อเด็กเจ็บป่วยเด็กจะหล่นจากบทบาททางสังคมซึ่งประกอบด้วยบทบาทที่คาดหวังได้ทั่ว ๆ ไป 4 ลักษณะโดยแบ่งเป็นสิทธิและหน้าที่อย่างละ 2 ประการ กล่าวคือ

- 1) เด็กไม่ได้รับผิดชอบในการเจ็บป่วย และการด้อยความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา
- 2) เด็กได้รับการยกเว้นจากให้หยุดเรียนหนังสือตามปกติของเขา
- 3) เด็กมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ เพราะการเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่ไม่พึงปรารถนา
- 4) เด็กมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์และร่วมมือกับแพทย์เพื่อให้หายป่วยเร็วที่สุด

แต่อย่างไรก็ตาม ในแนวคิดของพาร์สันส์ ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยไม่ได้อธิบายครอบคลุมถึงพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองของบุคคล

อีกทั้งเป็นการให้ความสำคัญกับค่านิยมทางการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ และเข้าข้างแพทย์มากเกินไป ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ไม่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงหรือสนับสนุนให้เกิดระบบพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเองของประชาชนอีกด้วย กระนั้นก็ดีสมมติฐานทางความคิดของพาร์สันส์ที่มีการยอมรับและเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดทฤษฎีที่กว้างขวาง ในการมองพฤติกรรม การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม

2.5 ทฤษฎีการขัดเกลทางสังคม (Socialization Theory)

การขัดเกลทางสังคมเป็นกระบวนการที่มนุษย์เรียนรู้ยอมรับค่านิยมกฎเกณฑ์ต่าง ๆ จากการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อจะได้มีสภาพและปฏิบัติตามบทบาทต่าง ๆ ที่สังคมต้องการ (Joseph S. Rovock and Roland L. Warren, 1965 : 24 อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2535 : 48) ฉะนั้นการขัดเกลทางสังคมจึงเป็นกระบวนการทั้งทางตรงและทางอ้อมที่มนุษย์ในสังคมหนึ่ง ๆ ได้เรียนรู้คุณค่า กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของกลุ่มหนึ่ง ๆ กำหนดหรือวางไว้เพื่อเป็นแบบแผนของการปฏิบัติต่อกัน และทำให้บุคคลได้พัฒนาบุคลิกภาพของตนเอง ดังนั้นการขัดเกลจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์จะต้องประสบตลอดชีวิต โดยสังคมจะหล่อหลอมมนุษย์โดยผ่านทางสถาบันพื้นฐาน คือ ครอบครัว เป็นอันดับแรก โดยจะหล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็กตามที่สังคมมุ่งหวังที่เรียกว่า ความเป็นตัวตนในสังคม (Self) และทำให้บุคคลมีคุณสมบัติแห่งความเป็นสมาชิกของสังคม โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมิได้เป็นไปโดยอิทธิพลของธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ เช่น สัตว์อื่น ๆ แต่พฤติกรรมของมนุษย์จะเป็นผลมาจากการที่ได้รับปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการรับรู้ความหมายต่าง ๆ ร่วมกันซึ่งได้แก่วัฒนธรรมของสังคมนั่นเอง

Cooley (James W. Vander Zanden, 1979 : 92 อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2535 : 54) ใช้หลัก Looking glass-self อธิบายแนวความคิดเรื่องกระบวนการขัดเกลว่า ความสำนึกของตัวตนเป็นผลสะท้อนจากการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และจากการที่คนอื่นดูเรา ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจ หรือเป็นการมองตัวเองโดยอาศัยสายตาของคนอื่นเหมือนมองตัวเองจากกระจกเงา จึงเป็นการให้ข้อคิดว่าบุคคลจะรู้ว่าตัวเองเป็นอย่างไรเมื่อเอาความคิดของผู้อื่นมาเป็นกระจกเงาสะท้อนให้เราเห็นนั่นเอง

Mead (Kingsley Davis, 1969 อ้างใน สุพัตรา สุภาพ, 2535 : 54) อาศัยทฤษฎีของ Cooley เน้นความรู้จักเกี่ยวกับตนเองและจิตใจ และความรู้จักทั่ว ๆ ไปอันเป็นผลมาจากการขบวนการขัดเกลาทางสังคมจนสร้างความเป็นตัวตนขึ้น "ตน" ตามความคิดของ Mead แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ I กับ Me I คือ ส่วนที่เป็นความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง เป็นส่วนที่บุคคลแสดงออก ไม่ใช่ความต้องการของสังคม Me คือ ส่วนที่รับเอาทัศนคติ ความคิดอ่าน กฎระเบียบประเพณี ที่มีอยู่มาเป็นของตนเองโดยไม่คัดค้าน เป็นการยอมรับความต้องการของสังคม

อาจกล่าวได้ว่าทั้ง Cooley และ Mead เน้นแหล่งที่หล่อหลอม หรือสร้างสรรค์บุคลิกภาพของมนุษย์ว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction)

โดยทั่วไปในสังคมต่าง ๆ จะถือว่าครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงต่อการขัดเกลาทางสังคมแก่สมาชิกใหม่ ซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดบรรทัดฐานทางสังคมไปสู่บุคลิกภาพของสมาชิกอย่างฝังแน่นตลอดชีวิตของบุคคล และโดยทั่วไปกลุ่มเพื่อนจะทำหน้าที่ในการขัดเกลาทางสังคมโดยอ้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มบุคคล จึงมีหน้าที่ปฏิสัมพันธ์และร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกของกลุ่ม และเรียนรู้บรรทัดฐานทางสังคมโดยการถ่ายทอดระหว่างกันของสมาชิก นอกจากนี้โรงเรียนเป็นผู้ทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคมโดยตรงแก่สมาชิกของสังคมทั้งที่อยู่ในวัยเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การถ่ายทอดค่านิยม และทักษะอันจำเป็นแก่การเป็นสมาชิกของสังคม (วัชรรา คลายนาคร, 2530 : 115) แต่ปัญหาก็คือโรงเรียนอาจจะอบรม ไม่ตรงกับทางบ้าน ทำให้เด็กสับสนไม่รู้ว่าระหว่างครูกับพ่อแม่ใครจะถูกกว่ากัน และโรงเรียนจะสอนในสิ่งที่เป็นทฤษฎีและอุดมคติจนเกินไป อาจไม่ตรงกับการปฏิบัติจริงในชีวิต เด็กเลยไม่แน่ใจว่าจะเชื่อดีหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาชีพ ตัวแทนศาสนาและสื่อมวลชนเป็นแหล่งสำคัญที่ให้ความคิดกับบุคคล และสร้างพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลเลือกที่จะเชื่อหรือไม่เชื่อสิ่งต่าง ๆ ในช่วงชีวิตระยะต่อมารวมทั้งขัดเกลาให้บุคคลมีบุคลิกภาพต่าง ๆ ตามที่สังคมต้องการ (สุพัตรา สุภาพ, 2535)

นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในชีวิตของมนุษย์ในระยะเวลาอันพอสมควรจะทำให้บุคคลนั้นรู้จักเลือกแบบหรือยึดถือแบบฉบับที่ตนคิดว่ามีส่วนคล้ายคลึงตน ความรู้สึกลักษณะนี้จะเป็นแนวทางให้บุคคลรู้จักทำในสิ่งที่สังคมต้องการ หากมนุษย์ไม่มีการเรียนรู้หรือไม่ได้รับ



การอบรมขัดเกลา มนุษย์ก็ยากที่จะมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ หากมนุษย์คนใดถูกตัดขาดจากสังคม ไม่เป็นปฏิสัมพันธ์หรือการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ไม่ได้รับการเอาใจใส่อย่างเพียงพอตั้งแต่ในวัยทารกหรือเด็ก จะทำให้เด็กคนนั้นเติบโตขึ้นอย่างมีปัญหา เพราะพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากชีวภาพบวกวัฒนธรรมบวกประสบการณ์ของตน แต่เกิดจากการมีความสัมพันธ์กันระหว่างมนุษย์

การขัดเกลาจึงขึ้นอยู่กับสภาพของสังคม เช่นในสังคมชนบทที่มีคนเป็นจำนวนน้อยคนรู้จักกันดี มีสภาพความเป็นอยู่ที่เหมือน ๆ กัน ประพฤติปฏิบัติคล้าย ๆ กัน กลุ่มตัวแทนก็สอนระเบียบเดียวกัน ส่งเสริมกัน แต่ในสังคมเมืองที่ซับซ้อนมีคนอยู่เป็นจำนวนมากมีความเป็นอยู่ต่างกัน ยึดคุณค่าต่าง ๆ กัน กลุ่มตัวแทนมีการอบรมตามแบบฉบับของตนเอง ซึ่งอาจจะขัดกับกลุ่มอื่นได้ อาจทำให้สับสนและไม่ทราบว่าอะไรดี อะไรไม่ดี บางครั้งอาจทำให้เลือกตัดสินใจระหว่างสิ่งที่ขัดกัน

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมของมนุษย์ก็มีได้เป็นผลมาจากกระบวนการขัดเกลา ของสังคมเสมอไป มนุษย์เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติสัมพันธ์ไปตามประสบการณ์ที่ยอมรับและตกลงร่วมกันในสังคม ทั้งนี้เพราะบรรทัดฐานทางสังคม และวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นโดยมนุษย์ และมนุษย์ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน การขัดเกลาทางสังคมจึงเป็นเพียงกระบวนการถ่ายทอดสิ่งที่สมาชิกยอมรับและตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดระเบียบและแบบแผนในการปฏิบัติของสมาชิกในสังคม (วีระา คลานนทร, 2535)

จากแนวความคิดดังกล่าวมาอธิบายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ครอบครัวเป็นองค์กรสำคัญในการปลูกฝังเจตคติของเด็ก โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เด็กจะเรียนรู้ประสบการณ์ในครอบครัว ความเคยชิน ตั้งแต่การรักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า บ้านเรือน อาหาร ฟ้าดิน การกำจัดสิ่งปฏิกูล การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และความเชื่อหรือค่านิยมเกี่ยวกับปฏิบัติตัวตามปกติและเจ็บป่วยที่ถือปฏิบัติกันมา เด็กจะเริ่มพัฒนาความนึกคิดว่าอะไรถูก อะไรผิดโดยยึด "บุคคลอื่น" เป็นเกณฑ์พื้นฐาน นั่นคือเด็กเริ่มเข้าใจว่าสังคมต้องการให้ "เขา" ปฏิบัติอย่างไร และจากผลสะท้อนที่บุคคลอื่นมีต่อตน เด็กจะเริ่มรู้ว่าตนเองดีหรือไม่ดี มีเอกลักษณ์อย่างไร เกิดบุคลิกภาพเป็นของตนเอง

เองซึ่งเกิดจากประสบการณ์ในการขัดเกลาจากวัฒนธรรมนั่นเอง จะเห็นว่าความเป็นตัวตน ไม่ได้มีมาแต่เกิด แต่ต้องมาสร้างโดยผ่านทางครอบครัวในภายหลัง พ่อแม่จึงมีความสำคัญต่อการอบรมสั่งสอนเด็ก เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวเด็กมากที่สุด ถ้าพ่อแม่เป็นสิ่งแวดล้อมที่ดี เด็กก็จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในวันข้างหน้า

2.6 ทฤษฎีพัฒนาการ

ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงลักษณะสำคัญของพฤติกรรมในเด็กแต่ละวัยหรือในเด็กแต่ละกลุ่ม รวมทั้งได้พยายามอธิบายถึงอิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งข้อสรุปต่าง ๆ ก็มีความแตกต่างกันในรูปของแนวความคิดของนักจิตวิทยาที่มีต่อพัฒนาการ และความแตกต่างของความเชื่อเกี่ยวกับอิทธิพลต่าง ๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการวัยเด็ก และแนวคิดที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มแนวคิดทฤษฎีความคิด ความเข้าใจ (ประไพพรรณ ภูมิวิสิฐาร, 2536)

กลุ่มทฤษฎีความคิดความเข้าใจ (Cognitive Theory)

ผู้นำของกลุ่มนี้คือ พียาเจต์ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความคิดความเข้าใจของเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงระยะวัยรุ่น พียาเจต์ เชื่อว่า พัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจของเด็กนี้เกิดขึ้นเป็นขั้นเป็นตอนต่อเนื่องกัน โดยสรุปว่าพัฒนาการทางด้านเข้าใจของเด็กรวมแล้วจะเกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก การค้นหาในสภาพแวดล้อมจะนำมาสู่การค้นพบใหม่ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการ ทำให้ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวเด็กได้ดีขึ้น พียาเจต์ กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่พร้อมและมีเครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้ จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจดีขึ้น อย่างไรก็ตามพียาเจต์ก็ไม่ได้ละเลยถึงความสำคัญของวุฒิภาวะที่เดียว เขาให้ความสำคัญของวุฒิภาวะว่า เป็นพื้นฐานของการพัฒนาการที่จะเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจเป็นขั้นตอนต่อเนื่องแก่สภาพแวดล้อม จะช่วยทำให้เด็กค้นพบความรู้ใหม่ ๆ ที่เจนนาคำให้ไปสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์

พียาเจต์ ได้อธิบายถึงลักษณะความคิดความเข้าใจของเด็กที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอน (มัญญ ชัยพันธ์, 2537) ดังนี้

1. พัฒนาการทางสติปัญญาจะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องไม่กระโดดข้ามขั้น
2. อายุในแต่ละขั้นไม่ตายตัว เป็นเครื่องบ่งชี้คร่าว ๆ เช่น เด็กอายุ 12 ปี 2 คน คนหนึ่งอาจมีขั้นพัฒนาการทางสติปัญญาในขั้นปฏิบัติการรูปธรรม อีกคนหนึ่งอาจมีขั้นพัฒนาการในขั้นปฏิบัติการนามธรรม
3. การเรียนรู้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการพัฒนาการ และความรู้เรื่องพัฒนาการจะช่วยให้ช่วยอธิบายการเรียนรู้ได้
4. การจัดและนำเสนอประสบการณ์ที่เหมาะสมกับสติปัญญาของผู้เรียน จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างฉับไว และมีส่วนช่วยเสริมให้ผู้เรียนมีพัฒนาการทางสติปัญญาเพิ่มพูน
5. แม้ผู้เรียนจะมีสติปัญญาการคิดแบบนามธรรมแล้ว แต่การเรียนรู้ในคดีอาจช้าหรือเร็วต่างกัน

ตามทฤษฎีของฟิอาเจต์ (Phillips Jr. อ้างถึงใน มนุษย, 2537) ถือว่าสติปัญญาของมนุษย์ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือส่วนที่หนึ่งเป็นคุณสมบัติที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ได้แก่ ความสามารถในการจัดระบบของการกระทำ ให้ต่อเนื่องกันอย่างมีระบบและความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ความสามารถทั้งสองประการนี้ก่อให้เกิดสติปัญญาในส่วนที่สองที่เป็นส่วนที่ค่อย ๆ พัฒนาตั้งแต่แรกเกิดเป็นต้นไป พัฒนาการดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นและเจริญต่อไปก็ต่อเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้บุคคลต้องปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุล ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลนั่นเอง อย่างไรก็ตามสภาวะสมดุลจะอยู่เพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และเมื่อบุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมใหม่ หรือได้รับประสบการณ์ใหม่ สภาวะไม่สมดุลก็จะเกิดขึ้น อันทำให้บุคคลจะต้องปรับตัวอีก การเคลื่อนจากสภาวะไม่สมดุลไปสู่สภาวะสมดุล จะมีอยู่เป็นระยะ ๆ และจะทำให้เกิดพัฒนาการทางสติปัญญาเป็นขั้น ๆ

ฟิอาเจต์(ประไพพรรณ ภูมิวิสาร, 2536) สรุปว่าพัฒนาการทางด้านเชาวน์ปัญญาของเด็กจะเกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็ก และสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเด็ก ซึ่งจะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจ และวุฒิภาวะเป็นพื้นฐานที่จะเสริมให้เด็กมีการพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง แต่สภาพแวดล้อมจะช่วยทำให้เด็กค้นพบความรู้ใหม่ ๆ ที่จะทำให้เด็กนำไปสู่ขั้น

ตอนต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์

ขั้นตอนการพัฒนาการแบ่งออกได้ 4 ระยะ คือ

1. ระยะการแก้ไขปัญหาดูด้วยการกระทำเป็นระยะอยู่ในวัยทารก - 2 ขวบ ระยะนี้เด็กจะมีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสาทสัมผัสที่ 5 นั่นคือ หู ตา จมูก ปาก และผิวหนัง เด็ก จะมีความคิด ความเข้าใจ ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากความสามารถใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้น เช่น ความสามารถในการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อ มือ และสายตา ความสามารถในการรับรู้ สสารไม่หายไปไหนในโลก ความสามารถในการค้นหาวัตถุที่เปลี่ยนที่ไป ตลอดจนความสามารถที่จะสื่อสารโดยใช้ภาษาได้ ซึ่งความสามารถนี้จะมีความก้าวหน้าขึ้นตามลำดับแต่ความสามารถในการคิดวางแผนของเด็กยังอยู่ในขีดที่จำกัด

2. ระยะของการแก้ไขปัญหาดูด้วยการรับรู้ และยังไม่รู้จักใช้เหตุผล ระยะนี้อยู่ในช่วงอายุประมาณ 2-7 ขวบ ซึ่งในระยะแรก 2-4 ขวบ เด็กเริ่มมีความคิดที่มีเหตุผลเบื้องต้น โดยสามารถโยงความเกี่ยวพันระหว่างเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์หรือมากกว่ามาเป็นเหตุผลของคณาส์เดียว ซึ่งเหตุผลอาจจะไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงนัก และด้านมโนคติยังมีความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ อยู่ในระดับเบื้องต้น เช่น การที่เด็กเห็นของ 2 สิ่ง เรียกชื่อเหมือนกัน แต่เด็กยังไม่เข้าใจว่าของ 2 สิ่งนี้อาจเหมือนกันในลักษณะหนึ่งแต่อาจแตกต่างกันอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งระยะหลังอายุ 4-7 ขวบ เด็กมีความคิดรวบยอดกับสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวดีขึ้น เริ่มรู้จักแยกประเภท เข้าใจความหมายของจำนวนตัวเลข

3. ระยะแก้ไขปัญหาดูด้วยเหตุผลและสิ่งที่เป็นรูปธรรม เป็นช่วงอายุ 7-11 ขวบ ซึ่งจะเป็นระยะที่เด็กเข้าใจความคิดของผู้อื่นได้ดีขึ้น รู้จักหาเหตุผลรอบ ๆ ตัวมาคิดประกอบในการตัดสินใจ หรือช่วยในการแก้ไขปัญาในชีวิตประจำวัน มีความสามารถคิดย้อนทวนกลับ ได้มีความสามารถในการจำมากขึ้น สามารถจัดกลุ่ม จัดพวกได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งมีความสามารถในการพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น ๆ โดยรู้จักการฟังผู้อื่น และสามารถเข้าใจความคิดของผู้อื่นได้

4. ระยะแก้ไขปัญหาดูด้วยเหตุผลกับสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นช่วงอายุ 11 ขวบขึ้นไปจะเป็นขั้นสุดท้ายของการพัฒนาการความคิด ความเข้าใจของเด็ก พือาเจต์ เชื่อว่าความคิด ความเข้าใจของเด็กในขั้นนี้จะเป็นขั้นที่สมบูรณ์ นั่นก็คือพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจ

อาจจะเป็นอย่างเต็มที่ ระยะนี้ได้ก็จะมีความสามารถเพิ่มขึ้น เช่น ความสามารถในการคิดได้งานเชิงนามธรรม สามารถตั้งสมมติฐานและพิสูจน์สมมติฐาน สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยการคิดก่อนแก้ ระยะนี้ได้ก็สามารถเข้าใจสูตรต่าง ๆ และกฎเกณฑ์ได้อย่างดี พัฒนาการด้านความคิดความเข้าใจของเด็กจะเจริญเติบโตเต็มที่เหมือนของผู้ใหญ่แต่ต่างกันว่าผู้ใหญ่จะตัดสินใจรอบคอบมากกว่าเพราะมีประสบการณ์มากกว่า

จากแนวความคิดของพือาเจต์ เมื่อนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนจะพบว่า เด็กวัยประถมศึกษาอยู่ในระหว่างช่วงอายุ 6-12 ขวบ ในภาษาไทยเรียกวัยนี้ว่า "เด็กวัยเรียน" บางแห่งเรียกว่า "วัยของการตั้งแค้น" (Gang age) เพราะมีการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น หรือบางคนอาจเรียกว่า "วัยกลาง" (Middle year's of childhood) เพราะเป็นวัยที่อยู่ระหว่างช่วงต่อของวัยเด็กและวัยรุ่น หรือ "วัยฟันหลอ" (Age of the loose tooth) เพราะเป็นวัยที่ฟันน้ำนมหลุดไปและฟันแท้ขึ้นแทนที่ นักจิตวิทยาเรียกวัยนี้ว่า "ขึ้นแค้น" เพราะเป็นระยะของพฤติกรรมทางเพศจะถูกเก็บกดโดยเด็กจะหันไปแสดงออกทางอื่น เช่น แข่งขันทางด้านกีฬา หรือด้านการเรียน ส่วนอิริคสัน เรียกวัยนี้ว่า "ขึ้นการพัฒนาคความขยันขันแข็งหรือความรู้สึกดี้อย" เพราะเป็นระยะของการแข่งขันเพื่อให้ได้มาซึ่งชื่อเสียง ความยกย่องนับถือในกลุ่ม ถ้าเด็กประสบความล้มเหลวในการแข่งขันบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดปมด้อย ซึ่งจะมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็กในที่สุด พือาเจต์ เรียกวัยนี้ว่า "ระยะแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และสิ่งที่เป็นรูปธรรม" เพราะเด็กจะมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด รู้จักมองสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวได้กว้างขึ้น มีความคิด ความเข้าใจดีขึ้น รู้จักการย้อนกลับไปกลับของตัวเลข การที่เด็กวัยนี้มีการเรียกชื่อเฉพาะวัยก็แสดงให้เห็นว่า วัยนี้เป็นวัยหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะตัว ว่าจะเป็นการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เชื้อชาติ ศาสนา ตลอดจนจริยธรรม (ประไพพรรณ ภูมิฉัตร, 2536)

พัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพและสังคมของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนจะได้รับอิทธิพลจากโรงเรียน กลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมทั่วไป เด็กได้ปะทะกับกลุ่มเพื่อน ครูและบุคคลในโรงเรียนอย่างใกล้ชิด เวลาส่วนใหญ่ของเด็กจะอยู่ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนดังนั้นโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนจึงนับว่ามีอิทธิพลสำคัญต่อบุคลิกภาพของเด็กวัยนี้เป็นอย่างยิ่ง และพ่อแม่จะมีอิทธิพลต่อเด็กในวัยนี้น้อยลงกว่า เมื่อเด็กอยู่ใน

ปฐมวัย บุคลิกลักษณะของเด็กวัยประถมศึกษา เป็นลักษณะเฉพาะตัวแตกต่างจากเด็กวัยอื่นๆ เช่น การมีลักษณะของการชอบแข่งขัน มีการเปรียบเทียบกันในเรื่องรวมทั้งมีการจับกลุ่มของเด็กเพศเดียวกัน เพื่อพัฒนาการเรียนรู้หน้าที่ที่เหมาะสมกับเพศของตนในอนาคต ผลของการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนทำให้เด็กมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือความสามารถของตนเอง รวมทั้งระยะนี้ก็จะรับรู้ลักษณะความสามารถหรือบุคลิกลักษณะของเพื่อนอีกด้วย เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อความคิดและทัศนคติของเด็กมากในช่วงอายุ 11-13 ปี และจะลดลง

พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียน

ลักษณะพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กนี้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น เด็กจะมีความก้าวหน้าทางด้านความคิดความเข้าใจ การหาเหตุผลเพื่อมาอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่ถูกต้องมากขึ้น ระยะนี้เป็นระยะที่ พิก้าเจต์ เรียกว่าระยะของการแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและสิ่งที่เป็นรูปธรรม ซึ่งอยู่ในช่วงอายุประมาณ 6-7-12 ขวบ ส่วนบรูเนอร์เรียกระยะนี้ว่าระยะของการแก้ปัญหาโดยการใช้สัญลักษณ์ ซึ่งทั้งพิก้าเจต์และบรูเนอร์มีความคิดเห็นร่วมกันว่าเด็กวัยนี้จะเปลี่ยนความคิดจากความคิดที่เฉพาะเจาะจงไปสู่ความคิดที่กว้างขึ้น และเด็กสามารถจะฝึกการแก้ปัญหาโดยมีความคิดเกิดขึ้นในใจ และนำความคิดนั้นออกมาใช้แก้ปัญหาได้ นอกจากนี้พิก้าเจต์ยังมีความเชื่อว่าเด็กในวัยนี้จะแสดงความสามารถของสติปัญญาใหม่ ๆ หลายอย่าง การจัดกลุ่มที่สลับซับซ้อน การเรียงลำดับ รวมทั้งการรู้ถึงความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งต่ออีกสิ่งหนึ่ง ความสามารถต่าง ๆ ที่เด็กสามารถที่จะฝึกทวนกลับได้ แต่อย่างไรก็ตามความสามารถต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใหม่นี้ยังถูกยึดอยู่กับประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของเด็ก นั่นก็คือเด็กยังไม่สามารถคิดแก้ปัญหาสิ่งใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นกับเด็กได้ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เด็กวัยประถมศึกษา มีความสามารถอยู่ในขอบเขตที่จำกัด ยังไม่สามารถใช้ความสามารถในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนกับวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ (ประไพพรรณ ภูมิวิสูตร, 2536 : 109-114)

พัฒนาการด้านสติปัญญาทั่วไปของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย อายุ 10-12 ขวบ กล่าวได้ว่าเป็นวัยที่พัฒนาการด้านสติปัญญาค่อนข้างสมบูรณ์ทั้งในด้านความสามารถด้านภาษา ทั้งฟัง พูด อ่าน เขียน และที่เห็นเด่นชัดคือ เด็กเริ่มมีแนวคิดของตนเองสามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจเองได้ รู้จักวิจารณ์ รู้จักอภิปรายปัญหาร่วมกับผู้อื่น รู้จักรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น รู้จักวางแผนและมีความริเริ่มมากขึ้น ลักษณะหุ่นหันพละเคลื่อนน้อยลง (กิติกร มีทรัพย์, 2536 : 316)

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาหรือพฤติกรรมของบุคคลจนกลายเป็นลักษณะบุคลิกภาพเฉพาะตัวเป็นสิ่งที่มิได้เกิดขึ้นในเวลาเพียงวันเดียว เดือนเดียว หรือปีเดียว แต่เป็นสิ่งที่สะสมทีละเล็กละน้อยและผสมผสานกันอยู่ระหว่างลักษณะพื้นฐานกับการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมรอบตัว ดังนั้นเมื่อเด็กพัฒนาบุคลิกภาพในลักษณะใดลักษณะหนึ่งมาแล้ว จึงค่อนข้างยากที่จะเปลี่ยนแปลงให้เป็นลักษณะใหม่ได้ในเวลาอันรวดเร็ว และต้องใช้เวลาพอสมควรในการที่จะฝึกให้ตนเองมีลักษณะตรงข้าม แต่ก็สามารถสร้างเสริม ปรับแต่ง หรือเปลี่ยนให้เหมาะสมหรือเป็นที่พึงประสงค์ได้ (ประดิษฐ์ อุปรมย์, 2536 : 790)

สรุปได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน พัฒนาการนี้จะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้าหากผู้ใหญ่กำหนดหน้าที่ต่าง ๆ แทนเด็กมากกว่าการปลูกฝังนิสัยให้เด็กช่วยเหลือตนเอง (วินา จีรแพทย์, 2533) การเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย เป็นการวางรากฐานด้วยสุขนิสัยที่ถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี การดูแลตนเองเริ่มพัฒมาตั้งแต่แรกเกิดโดยเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ความสามารถในการเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและมีความพร้อมในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยเป็นการกระทำอย่างตั้งใจ ใช้ความรู้และมีเหตุผล ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

2.7 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

ความหมายของการเรียนรู้

"การเรียนรู้" เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะโดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจจะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนอง อาจเกิดจากการขบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้

เหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรมและการแก้ปัญหา (ปรากฏาเพีย สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2534)

กระบวนการเรียนรู้ ตามแนวคิดของ J.C.Coleman (Coleman, 1969 อ้างใน ปรากฏาเพีย สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2534) เกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบคือ ผู้เรียน สิ่งที่จะเรียน กระบวนการ และสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้

ความตั้งใจที่จะเรียนรู้ ประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จะเป็นผลหรือมีอิทธิพลมาจากสิ่งที่ผู้เรียนคาดหวังมาสู่สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ นั้น ๆ เพราะว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

- 1) การเรียนรู้เดิมของผู้เรียน
- 2) แรงจูงใจพื้นฐานของผู้เรียน ซึ่งจะรวมถึงแนวโน้มที่บุคคลจะเกิดความเข้าใจว่าอะไรมีความสัมพันธ์โดยตรง กับเป้าหมายของตนเอง และเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน ซึ่งเป็นรางวัลทางใจที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน
- 3) ประสบการณ์ของผู้เรียน ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้หรือกำหนดว่าผู้เรียนได้เกิดการรับรู้หรือเรียนรู้หรือไม่
- 4) ภูมิกายและความสามารถในการปรับตัวของผู้เรียน ซึ่งองค์ประกอบนี้จะส่งผลต่อความอดทน ความมีสมาธิ และความตั้งใจที่แน่นอนของผู้เรียน

โดยทั่วไปแล้ว การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่าย ถ้าสิ่งที่เรียนนั้นสั้นและง่ายและถ้าผู้เรียนเคยรู้จักเนื้อหานั้น ๆ มาก่อน และงานหรือสิ่งที่เรียนได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่าย ถ้าได้ใช้ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่

ตามแนวคิดของ คอลบ์ (Kolb, 1975 อ้างใน ปรากฏาเพีย สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2534) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง สถานการณ์การเรียนรู้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล (Learning Style) และสิ่งแวดล้อมจะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นไปในลักษณะดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์การค้นพบ และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้พบปัญหา
- 2) ให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีทันใดเกี่ยวกับผลสืบเนื่องของพฤติกรรมปฏิบัติของผู้เรียน

- 3) ผู้เรียนสามารถเรียนตามความสามารถของตนเอง
- 4) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ที่จะค้นพบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันหลายอย่าง
- 5) ได้ถูกวางโครงร่างไว้ ในลักษณะที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้ค้นพบสิ่งที่เป็นผลของการผสมผสานกัน ระหว่างองค์ประกอบทางกายภาพ วัฒนธรรม และสังคม

ชัยพร วิชาวุธ (2536) กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากตัวอย่าง และการเรียนรู้จากคำบอกมีความแตกต่างกันที่ระดับความเชื่อในความรู้ คนเราเชื่อความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเองมากที่สุด เชื่อความรู้ที่เกิดจากตัวอย่างที่พบเห็นในระดับที่รองลงมา เพราะตัวอย่างที่เห็นอาจเป็นการแสวงหา หรืออาจเป็นการเล่นกลของใครก็ได้ ส่วนความรู้ที่ได้จากการบอกเล่าของผู้อื่น จะเชื่อหรือไม่ขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือของผู้บอก ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ ความน่าเชื่อถือของผู้บอกสอดคล้องกับประสบการณ์ตรงของผู้เรียนมากน้อยเพียงใด หากผู้บอกกล่าวการเล่นกลแสดตนาหน ๆ ทำให้เป็นใช้แล้วลูกลองไปเล่นกลแสดตนาหน ๆ ปรากฏว่าเป็นใช้จริง คำบอกของผู้ก็ได้รับคำยืนยันจากประสบการณ์ของลูก หากการทดสอบเช่นนี้เป็นจริงเสมอ ลูกก็จะเกิดความเชื่อในตัวพ่อ เชื่อในทุกสิ่งที่พ่อบอกแม้ว่าบางสิ่งยังไม่ได้ผ่านการทดสอบ และบางสิ่งทดสอบไม่ได้แต่ลูกก็เชื่อ และถ้าคำบอกของพ่อไม่ตรงกับคำบอกของครู ลูกจะเชื่อพ่อกว่าเชื่อครู ในโรงเรียนครูก็พยายามทำให้คำบอกของตนตรงกับประสบการณ์ของผู้เรียน เช่น จัดให้ผู้เรียนทดสอบคำบอกของครู ดังนั้น ในธรรมชาติของเด็กจำนวนมากครูเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือสูง และอาจจะสูงกว่าความน่าเชื่อถือของพ่อแม่สำหรับเด็กจำนวนไม่ใช่น้อย

จากทฤษฎีนี้ สามารถนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนได้ (ชัยพร วิชาวุธ, 2536) ดังนี้

บทบาทของคำสอน

เด็กวัยเรียน ได้เรียนรู้ที่จะใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อเรียนรู้ทักษะการอ่านเพิ่มขึ้นอีก บทบาทของการเรียนรู้จากคำสอนของผู้อื่นก็มีมาก

ขึ้นเป็นเท่าทวี เนื่องจากเด็กมีประสบการณ์น้อย โอกาสประสบกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคม น้อยมาก ดังนั้น ความรู้สึกนึกคิดของเด็กจึงถูกหล่อหลอมด้วยคำสอนอย่างค่อนข้างง่ายยิ่งได้ พบว่าครูสอนเรื่องเกี่ยวกับภูมิศาสตร์ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ฯลฯ บางครั้งมีการทดลอง ให้ดูก็ปรากฏว่าได้ผลสมจริง บางครั้งอาจให้ทดลองดูที่บ้านก็ปรากฏว่าได้ผลสมจริงอีก ประสบการณ์เช่นนี้ได้สร้างความน่าเชื่อถือให้เกิดขึ้นทั้งในตัวครู และในหนังสือแบบเรียน มาก ความน่าเชื่อถือนี้จึงได้แพร่ขยายไปสู่เรื่องสังคมศึกษาด้วย การสอนเด็กด้วยคำพูดจึง ประสบผลสำเร็จมากในด้านความรู้ทางสังคมในระดับประถมศึกษาที่ เด็กยังเรียนรู้เกี่ยวกับ กฎเกณฑ์การตัดสินความถูกต้องของการกระทำ และกฎเกณฑ์ที่เด็กเรียนรู้ก็ได้แก่ กฎเกณฑ์ การทำตามที่คนส่วนใหญ่ในสังคมคิดว่าดี

บทบาทของประสบการณ์ตรง

คำสอนที่ไม่มีการสนับสนุนด้วยประสบการณ์ตรงย่อมไม่ได้ผลเต็มที่ และถ้า หากได้ผลก็จะเป็นความถาวร เพราะเมื่อเด็กมีโอกาสประสบกับสิ่งที่ไม่ตรงกับคำสอน เด็ก ก็จะเชื่อประสบการณ์ของตนเองมากกว่า

อย่างไรก็ตาม จากรายงานการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา แห่งชาติ (2531) พบว่า กิจกรรมการเรียนรู้มีความไม่สอดคล้องกัน คือ กระบวนการ ศึกษาวิชาการต้องการให้เด็กมีกิจกรรมในการเรียนรู้ คือ ไม่ใช่เรียนรู้โดยครูบอก แต่รู้โดย การปฏิบัติ จึงสนับสนุนให้ครูจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ผู้มีความรู้แนะนำไว้ แต่ในโรงเรียนครู พยายามจัดกิจกรรมเท่าที่จำเป็น หรือบางทีไม่จัดเลย เพราะการจัดกิจกรรมทำให้ภารกิจ ของครูเพิ่มขึ้น และยังกระทบกระเทือนต่อภาวะการเงินของผู้ปกครองอีกด้วย ทางฝ่าย ผู้ปกครองมีความเห็นว่าทางโรงเรียนควรมีกิจกรรมให้น้อยที่สุด ถ้ากิจกรรมนั้นทำให้มีราย จ่ายเพิ่ม และคิดว่าเด็กสามารถเรียนรู้ได้เอง

2.8 แนวคิดความรู้

2.8.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (The Lexicon Webster Dictionary, 1977 : 537) หมายถึง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือการค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่

เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคลซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน และอาศัยเวลา

ประกาศาเพ็ญ สุวรรณ (2526:16) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นตอน ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้ อาจโดยการศึกษาหรือโดยการมองเห็น ได้บันทึกจำได้ ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง และวิธีแก้ปัญหาเหล่านี้ เป็นต้น

อนันต์ ศรีโสภา (2525 : 153) กล่าวว่าความรู้ หมายถึง ความสามารถทางพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ซึ่งจะประกอบด้วยความสามารถ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

ไพศาล หวังพานิช (2526:96) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราว การกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่สะสมและถ่ายทอดสืบต่อไป

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2536:2) ได้อธิบายถึงความหมายของความรู้ไว้ว่า เมื่อมนุษย์เกิดขึ้นมาจะต้องพึ่งพาสิ่งแวดล้อมทั้งธรรมชาติและสังคม ซึ่งจะมีบทบาทที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ มนุษย์จะต้องเข้าใจสิ่งแวดล้อมและสังคม และรู้จักการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งที่มาจากสิ่งแวดล้อมและสังคม กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ มนุษย์จะต้องหาความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสาเหตุและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ต่อปรากฏการณ์ทางธรรมชาติและสังคม ซึ่งความรู้ของมนุษย์ได้มีการพัฒนามากมาย และมีหลายระดับของความรู้ตามความสามารถและพื้นฐานของมนุษย์ ดังต่อไปนี้

1) ความรู้ในธรรมชาติของบุคคลทั่วไป จะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามพื้นฐานและความสามารถของแต่ละบุคคล บุคคลทั่วไปในที่นี้หมายถึง ประชาชนทั่วไปที่ประกอบอาชีพที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน เช่น ชาวนา ชาวไร่ พ่อค้า นักธุรกิจ ชาวบ้านทั่วไป และอื่น ๆ บุคคลทั่วไปเหล่านี้มีทัศนคติต่อความหมายของความรู้ที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ การถ่ายทอดสืบต่อมาจากประเพณี แต่จะไม่รู้ถึงความหมายที่แท้จริงไม่สามารถที่จะเรียบเรียงเป็นความคิดรวบยอดได้ และอาจมีความรู้แต่ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดให้ผู้อื่นรับรู้ได้

2) ความรู้ในธรรมชาติของนักวิชาการ มีลักษณะที่สามารถกล่าวเป็นความคิดรวบยอด มีลักษณะของนามธรรมเป็นส่วนมาก ความรู้ของนักวิชาการจึงต้องเป็นวิทยาศาสตร์ มีเหตุและผล สามารถพิสูจน์ได้ มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ นักวิชาการมักมีความสนใจที่จะค้นคว้าหาความรู้ว่ามีระบบตามแขนงวิชาการของตน เพื่อกำหนดความรู้ที่สร้างขึ้นเป็นหลักทฤษฎีต่อไป

3) ความรู้ในธรรมชาติของนักปฏิบัติ ความหมายของความรู้ในธรรมชาติของนักปฏิบัติจะเกี่ยวข้องกับความรู้ที่เข้าใจในเหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ทั้งทางธรรมชาติและสังคม ที่อธิบายได้ในลักษณะที่สามารถนำไปใช้ได้ และอาจกล่าวได้ว่านักปฏิบัติเป็นบุคคลที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้ของนักวิชาการ และบุคคลทั่วไป เพื่อกำหนดความรู้ที่ลงไปทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม ระดับของความคิด ความลึกซึ้งของความรู้ อาจจะอยู่ระหว่างนามธรรม และรูปธรรมตามความเข้าใจของธรรมชาติบุคคลทั่วไป

จากความหมายของความรู้ดังกล่าวเบื้องต้น อาจสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความพยายามของมนุษย์ที่จะพยายามหาทางอธิบาย และคาดการณ์ต่าง ๆ จากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ และสังคมนั้น เป็นความรู้ ความเข้าใจที่มนุษย์ได้รับจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และการศึกษา และจะมีความแตกต่างกันในความรู้ที่ ตามพื้นฐานหรือภูมิหลังของแต่ละบุคคลสามารถแบ่งระดับของความรู้ได้ 6 ระดับ คือ ความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2.8.2 ประเภทของความรู้

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2536:11) กล่าวว่า นักวิชาการโดยทั่วไป มักจะแบ่งประเภทความรู้ออกเป็น 3 สาขาใหญ่ ๆ คือ

1) วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ (Natural sciences) เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นอย่างมีกำหนดกฎเกณฑ์และมีระเบียบ เช่น ฟิสิกส์ ชีววิทยา เคมี สรีรวิทยา และอื่น ๆ และยังแยกออกเป็นวิชาแกนหรือวิชาหลัก กับวิชาประยุกต์ ได้แก่ การเกษตร ที่ต้องอาศัยความรู้วิชาแกนจากชีววิทยา และเคมี วิชาทางด้านสาธารณสุข ก็ต้องอาศัยวิชาการแพทย์ การพยาบาล และวิชาทางด้านสังคมวิทยา เป็นต้น

2) สังคมศาสตร์ (Social Sciences) เป็นวิชาที่ศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคม จะศึกษามนุษย์ในแง่ที่มนุษย์เป็นหน่วยหนึ่งของสังคม วิชาต่าง ๆ ในแขนง

วิทยาศาสตร์สังคม หรือสังคมศาสตร์ แยกออกเป็นวิชาแกนและวิชาประยุกต์ สำหรับวิชาแกน ได้แก่ สังคมวิทยา มานุษยวิทยา รัฐศาสตร์ และเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น ส่วนวิชาประยุกต์ ต้องใช้หลายวิชามาประสมประสานกัน เช่น วิชาการพัฒนาชุมชน ต้องอาศัยความรู้จาก สังคมวิทยา รัฐศาสตร์ มานุษยวิทยา เข้าด้วยกัน

3) มนุษยศาสตร์ (humanities) เป็นวิชาที่ศึกษาเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปรากฏการณ์ภายในความรู้สึกริक्तคิดของบุคคล อารมณ์ ทัศนคติของมนุษย์ที่มีต่อโลก และต่อตัวมนุษย์สิ่งเหล่านี้มนุษย์ได้แสดงออกมาในรูปของศิลปะ วรรณคดี และปรัชญา โดยไม่จำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ตายตัว เนื่องจากผลผลิตต่าง ๆ จะออกมาในรูปของอารมณ์ ความนึกคิด และทัศนคติ วิชาต่าง ๆ ทางมนุษยศาสตร์ แยกออกเป็นวิชาแกน ได้แก่ วิชาศิลปะ วรรณคดี ปรัชญา และวิชาประยุกต์ ได้แก่ บรรณารักษศาสตร์ นิเทศศาสตร์ ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานจากสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา เป็นต้น

2.8.3 แหล่งที่มาของความรู้

ความรู้ต่าง ๆ ที่มนุษย์มีอยู่นั้น มีที่มาจากวิธีการต่างๆ (บรรชัย สืบสังข์ ,2535:24) ดังนี้

1) แหล่งความรู้ (authority) มนุษย์เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็ต้องอาศัยแหล่งความรู้ หรือผู้รู้ เพื่อจะได้แก้ปัญหาดตนเองให้กระจ่างขึ้น แหล่งความรู้เหล่านี้มีหลายอย่าง เช่น เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็ไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำว่า อาการป่วยนั้นเกิดขึ้นเพราะอะไร จาโรคประเพณีก็เป็นแหล่งความรู้อย่างหนึ่ง รวมทั้งความเห็นของนักปราชญ์ หรือนักบวช หรือคำสั่งสอนทางศาสนา เป็นต้น

2) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (personal experience) มนุษย์มักจะใช้ประสบการณ์ของตนเองแก้ปัญหา ทั้งนี้เพราะประสบการณ์เป็นแนวทางช่วยให้เกิดความคิด

3) เหตุผลจากการอนุมาน (deductive reasoning) บุคคลามนุษย์มีความคิดพัฒนาขึ้น แทนที่จะอาศัยจากแหล่งอื่นที่หาความแน่นอนไม่ได้ ก็มาอาศัยการใช้เหตุผลของตนเองโดยแยกปัญหาเป็นวงกว้าง และวงแคบแล้วลงสรุปวิธีการนี้เรียกว่า วิธีอนุมาน การอนุมาน จึงเป็นการเริ่มจากเหตุหรือข้อเท็จจริงใหญ่ (major premise) ก่อนแล้วมีเหตุหรือข้อเท็จจริงย่อย (minor premise) ทั้งสองเหตุหรือข้อเท็จจริงนี้ จะต้องเป็นจริงด้วย จึงจะลงสรุป (conclusion) ได้

4) เหตุผลจากการอุปมา (inductive reasoning) วิธีอุปมาเป็นวิธีย้อนกลับวิธีอนุมาน คือ พยายามหาเหตุผลจากส่วนย่อย ๆ มาลงสรุปเป็นส่วนใหญ่ โดยเริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลย่อยๆ มาโดยการสอบ วัด การสังเกต และอื่น ๆ แล้วแต่วิธีการ อาจจะนำมาจัดประเภทตามลักษณะเหมือนกันหรือต่างกันตามชนิด หากความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับของข้อมูล ฯลฯ เมื่อสรุปแล้วจึงขยายความ (generalized) ไปยังกลุ่มใหญ่

5) วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (scientific method) วิธีการนี้ถือว่าเป็นวิธีสืบแสวงหาความรู้ของมนุษย์สมัยใหม่ ซึ่งมีการคิดสรุป ได้ 5 ขั้นตอน คือ

- ก. ขั้นตอนปัญหา (problem)
- ข. ขั้นตอนสมมติฐาน (hypotheses)
- ค. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล (gathering data)
- ง. ขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูล (analysis)
- จ. ขั้นตอนสรุป (conclusion)

วิธีการทางวิทยาศาสตร์ การค้นคว้าหาความจริง (fact) เป็นวิธีการที่เป็นระบบ ข้อเท็จจริงทั้งหลายต้องมีการทดสอบว่าเป็นจริงหรือเท็จ ไม่ใช่ว่าเชื่อเองว่าเป็นจริงเสมอไป

2.8.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้

จิราวรรณ ดีศรี (2526:21) ได้กล่าวถึงผลการศึกษาของ Anastasi 1966 และการศึกษาของ Ashwart, 1963 ตลอดจนการศึกษาของ Worthington and Grant 1971 เกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ในการเรียนหรือระดับการเรียนของนักเรียนที่มีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ พบว่ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบ 2 ประการคือ องค์ประกอบทางด้านสติปัญญา และองค์ประกอบด้านที่ไม่ใช่สติปัญญา องค์ประกอบที่ไม่ใช่ด้านสติปัญญา ได้แก่ องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ครอบครัว และการจูงใจ

2.8.5 การวัดความรู้

กาเบ (Robert M.Gagne) และบริกส์ (Leslie J.Briggs) กล่าวว่าแนวทางการเขียนวัดข้อสอบ โดยมีจุดประสงค์ที่เป็นผลที่คาดหวังจากการสอน (อ้างอิงในบุญชม ศรีสะอาด, 2536:53) คือ ทักษะทางปัญญา (Intellectual Skills) ซึ่งเป็น

ความสามารถในการใช้สมองในการเรียนรู้ และการคิดในด้านต่าง ๆ เป็นหัวใจ ของการเรียนรู้ ในโรงเรียน ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

- 1) การจำแนก คือ ความสามารถในการจำแนกความเหมือน และความแตกต่างของสิ่งต่าง ๆ
- 2) มโนทัศน์รูปธรรม คือ ความสามารถในการจัดพวกสิ่งต่าง ๆ ตามคุณสมบัติ ได้แก่ กลม สีแดง รามเรียบ ฯลฯ
- 3) มโนทัศน์นิยาม คือ ความสามารถในการให้นิยาม ประเภทของสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ หรือความสัมพันธ์ต่าง ๆ
- 4) กฎ คือ ความสามารถปฏิบัติตามกฎต่าง ๆ ได้
- 5) การแก้ปัญหา คือ ความสามารถในการใช้กฎต่าง ๆ ที่ได้เรียนมาร่วมกันแก้ปัญหาที่เป็นปัญหาใหญ่

เครื่องมือที่จะวัดความรู้ที่ใช้กันจำนวนมาก เป็นแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ และมักจะ เป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) เนื่องจาก เป็นแบบทดสอบที่มีข้อดี เหมาะสมหลายประการ คือ สามารถตรวจให้คะแนนได้ง่ายและรวดเร็ว ถ้ามได้ครอบคลุมเนื้อหาสาระต่างๆ ภายในเวลาที่จำกัด สามารถวิเคราะห์และปรับปรุงให้มีคุณภาพดีเป็นมาตรฐาน เป็นต้น

จากแนวความคิดดังกล่าว จะเห็นว่าความรู้เป็นผลสัมฤทธิ์ของการศึกษา หรือการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ของมนุษย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสติปัญญาและปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริง เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ของเด็กวัยเรียน ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้ของเด็กวัยเรียน เพื่อที่จะหาให้ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ ของเด็กวัยเรียน

2.9 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ.1950-1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ (1) Godfrey M. Hochbaum (2) S.Stephen Kegeles (3) Howard Levental และ (4) Irwin M.Rosenstock

(Rosenstock, 1974 อ้างใน วัฒนา ดิวิสุข, 2534) ทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรม ป้องกันโรคในระดับบุคคล

กรอบแนวความคิดของแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ มีพื้นฐานมาจากทฤษฎี สนามพลังของ เดวิท เลวิน (Lewinian field theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนแต่ละ บุคคลมีขอบเขตหรืออาณาบริเวณแห่งตน (Life Space) และภายในอาณาบริเวณนี้ จะ ประกอบด้วยอาณาเขตที่มีการให้คุณค่าในทางบวก และอาณาเขตที่มีการให้คุณค่าในทางลบ นอกจากนี้ยังมีอาณาเขตที่ค่อนข้างจะเป็นกลาง (Neutral region) อีกด้วย จึงมีข้อ สมมติฐานว่าคุณคนจะถูกดึงดูดเข้าไปสู่อณาเขตทางบวก และในขณะที่เดียวกันก็จะถูกขับไล่หรือ ผลักดันให้ออกจากอาณาเขตทางลบ ดังนั้น เมื่อนำแนวคิดของ Lewin มาประยุกต์ใช้ใน ปัญหาสุขภาพ จึงทำให้เกิดข้อสมมติฐานที่ว่า โรคภัยไข้เจ็บ เป็นส่วนประกอบหรืออาณาเขต ทางลบ ซึ่งคาดหวังได้ว่าจะพลังให้คุณคนลงระงับการใด ๆ เพื่อเคลื่อนตนเองให้ ออกจากบริเวณนี้ และถ้าหากบุคคลนั้นไม่ประสบผลสำเร็จในการที่เคลื่อนตนเองออกมา ได้แล้ว บุคคลนั้นอาจจะเคลื่อนลึกเข้าไปในอาณาบริเวณทางลบมากยิ่งขึ้น และนั่นเป็นสิ่งที่ เลวร้ายไปกว่าเดิม ดังนั้นพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งเขาได้ให้คุณค่าตามความคาดหวัง (Value expectancy) ว่าจะจะเป็นพฤติกรรมป้องกัน หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงถูก กระตุ้นขึ้นเพื่อดึงบุคคลกลับออกมาสู่อณาเขตทางบวก กล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นส่วนประกอบทางบวก (Rosenstock, 1974)

ไมแมน และเบคเคอร์ (Maiman & Becker, 1974 อ้างใน วัฒนา ดิวิสุข, 2534) ซึ่งนักวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาแบบจำลองนี้ในระยะต่อมา ได้กล่าวว่าทฤษฎีที่พัฒนา มาจากแนวความคิดของเลวิน จะมุ่งไปสู่องค์ประกอบรวมและยังเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงใน ลักษณะที่เกิดขึ้นกับทั้งตัวบุคคล (Whole Organism) และการเปลี่ยนแปลงนี้จะมี ความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของบุคคลด้วย ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดำเนินไปโดยมีเป้าประสงค์เป็นหลัก

หลักการของแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

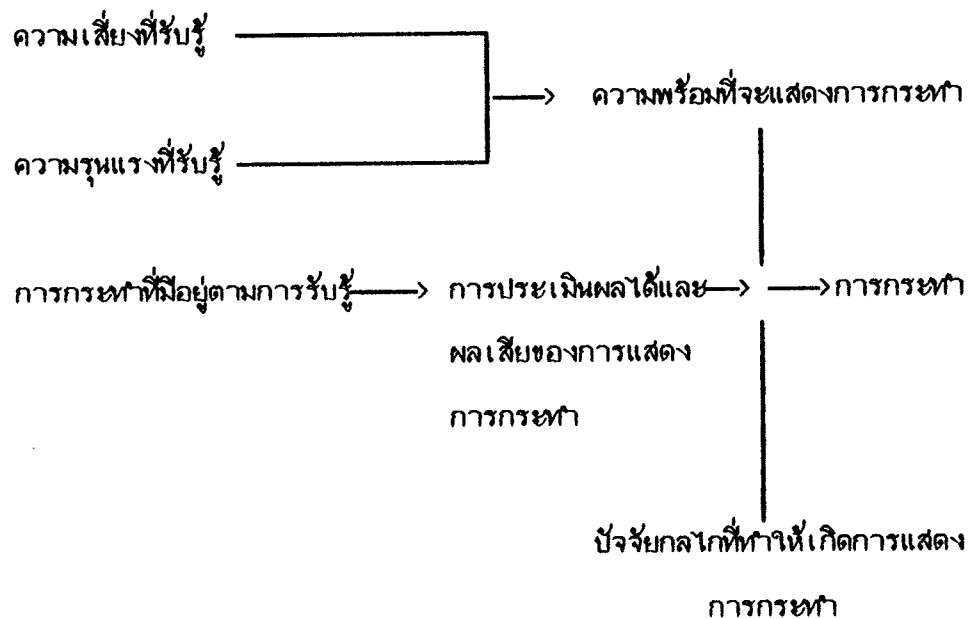
1) บุคคลจะมีภาวะทางจิต ที่แสดงถึงความพร้อมในการที่จะกระทำ พฤติกรรมอันสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพโดยเฉพาะนั้น และเงื่อนไขทางสุขภาพนั้น ๆ ก็

ถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสหรืออันตรายที่จะได้รับจากเงื่อนไขเฉพาะบุคคล นอก
จากนี้ความพร้อมยังถูกกำหนดโดยการรับรู้ ความรุนแรงของผลอันตามมาจากการต้องประ
สพกับเงื่อนไขหรือโรคนั้น

2) บุคคลจะทำการประเมินพฤติกรรมที่พึงปรารถนาในแง่ของความเป็นไปได้
และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมนั้น กล่าวคือเป็นการประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ แล้ว
จึงนำน้ำหนักกลับกับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่บุคคลคาดการณ์ หรือรับรู้ว่าจะเกิดขึ้น

จากหลักการทั้ง 2 นี้ ถือเป็นความพยายามที่จะหาความพร้อมในการแสดง
พฤติกรรมว่ามีอยู่หรือไม่ ในขณะที่ต้องการให้มีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ความ
พร้อมในการแสดงการกระทำในระบบจำลองนี้ จึงเป็นเพียงความพร้อมที่เกิดจากการ
ประเมินการรับรู้ มิใช่ความพร้อมที่เป็นจริง (reality)

อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ได้พิจารณาว่า บุคคลจำเป็นต้องมีความตระหนักใน
ความเชื่อของตนในลักษณะที่รู้ตัวและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ด้วยผู้พัฒนาทฤษฎีเชื่อว่าความ
พร้อม (Readiness) มีทั้งองค์ประกอบในเชิงปัญญา และองค์ประกอบในเชิงอารมณ์
ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ แสดงได้ดังรูปที่ 2.9



รูปที่ 2.9 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ

หนทางที่บุคคลปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บ ก็คือ บุคคลจะต้องมีความเชื่อ (Beliefs) ดังต่อไปนี้

การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility)

บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นโรค หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน เช่น บางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อเลย หรือบางคนก็เชื่อว่าเขามีโอกาสจะเจ็บป่วยแน่นอน ปัจจัยนี้จึงขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ถึงโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั่นเอง

การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Seriousness)

เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคแล้ว บุคคลย่อมมีการประเมินว่าโรคนั้นรุนแรงในระดับใด โดยอาศัยระดับต่าง ๆ กันของการกระตุ้นเร่งทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความทุกข์ทรมานที่จะได้รับจากการเจ็บป่วย ความกังวลจากวิธีการรักษาพยาบาล ความพิการจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความตายได้หรือไม่ อย่างไรก็ตามบุคคลอาจรับรู้ความรุนแรงของโรคใดโรคหนึ่งมากกว่าอีกโรคหนึ่ง แต่อาจจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่ร้ายแรงน้อยกว่าโรคที่ไม่รุนแรงก็ได้ เช่น ระหว่างการเป็นไข้หวัดกับโปลิโอ บุคคลจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโปลิโอมากกว่าไข้หวัด แต่รับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไข้หวัดมากกว่าโปลิโอ

นทมล สิ้นสุพรรณ (2528) กล่าวว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็มีได้ขึ้นกับบุคคลนั้นเพียงคนเดียว อาจเป็นผลมาจากสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม การงาน ครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคมของเขา เช่น บุคคลหนึ่งอาจไม่เชื่อว่า ไข้โรคเป็นโรครุนแรง แต่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ เช่น ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ความรังเกียจของผู้อื่น บุคลิกลักษณะ สถานภาพของบุคคล กลุ่ม เพื่อนฝูง ก็อาจทำให้เกิดความเชื่อและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงได้

การรับรู้ผลได้ผลเสียในการแสดงการกระทำ (Perceived Benefit and Barriers)

การที่บุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไร ขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจ

และการได้รับรู้ถึงผลประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรคลดจนความไม่สะดวกต่าง ๆ (Barriers) ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นคือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสที่เป็นโรคและความรุนแรงของอาการของโรค

นอกจากการรับรู้ถึงปัจจัยทั้ง 3 ประการแล้วยังมีปัจจัยภายนอกหรืออาจมาจากภายในเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งแรงกระตุ้นดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเชื่อ และการยอมรับขึ้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับความยากง่ายของการติดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค และผลประโยชน์ที่จะได้รับหักล้างจากความยากลำบาก และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ถ้าหากบุคคลมีระดับความเชื่อและความพร้อมน้อย ก็จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นมากขึ้น จึงทำให้บุคคลยินยอมที่จะจัดการปัญหาของเขา แต่ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีระดับความเชื่อและความพร้อมสูงแรงกระตุ้นก็ไม่จำเป็นต้องใช้มากนัก เพียงแรงกระตุ้นภายในเท่านั้นก็สามารถทำให้เขายอมรับและปฏิบัติตามอย่างง่ายดาย

ตัวแปรด้านอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ ระดับการศึกษา ความรู้ และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สื่อมวลชนต่าง ๆ การกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่แพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลอื่น ๆ หรือสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน

เมื่อนำมาพิจารณาในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนจะเห็นว่า จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ออกมาฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน เด็กได้เรียนรู้ว่าการฉีดวัคซีนทำให้เจ็บและบางทีเป็นไข้ และมีความเชื่อว่าโรคนี้ ๆ มีอันตราย และภูมิคุ้มกันโรคสามารถป้องกันโรคได้อย่างแน่นอน หากตนเองไม่ฉีดวัคซีนแล้วเชื่อว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค ก็ย่อมมีความต้องการที่จะรับภูมิคุ้มกันโรค เพราะการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล ดังนั้น เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ออกมาฉีดวัคซีนในโรงเรียน เด็กจึงให้ความร่วมมือด้วยดี

2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองในประเทศไทย ได้มีการนำเอาคำว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" หรือ Self Care มาใช้เมื่อปี พ.ศ.2530 โดยศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ที่มีการอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นภาพสะท้อนวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน แต่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้ให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพตนเองเทียบเท่ากับความสำคัญของ อสม./พสส. จวบจนกระทั่งปี พ.ศ.2533 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มงานดูแลสุขภาพตนเองในฐานะเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาใน 9 จังหวัด โดยสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของงานระบบสาธารณสุข แต่ในระดับสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลยังไม่ปรากฏว่ามีความสนใจอย่างจริงจัง หากมีอยู่บ้างก็จำกัดแวดวงเฉพาะพยาบาลบางกลุ่มเท่านั้น เช่นที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และที่ภาควิชาพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

แม้จะมีขอบเขตจำกัด แต่ก็มีส่งผลให้มีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้อย่างเห็นได้ชัดในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2533 อาทิ การดูแลสุขภาพตนเองในการรักษาโรคอุจจาระร่วง ความดันโลหิตสูง คนไข้เบาหวาน ในอนามัยแม่และเด็ก ในหญิงหลังคลอดในเรื่องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน เป็นต้น ประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเห็นในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหลักและเข้ารับการรักษาสถานบริการ แต่กล่าวได้ว่าในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความตื่นตัวในการวิจัยการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพิเศษ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533)

วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี และคณะ (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่องศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชนบทอีสาน ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของทวิคูณิครรภ์ หญิงหลังคลอด และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ มีลักษณะของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการแพทย์แผนใหม่ผสมผสานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยวิถีแห่งวัฒนธรรมที่ได้บอกกล่าวสั่งสมกันมาในอดีต พฤติกรรมดังกล่าวบ่งบอกว่าชาวบ้านในชุมชนมีความรู้ในการแพทย์แผนใหม่อยู่ในระดับหนึ่ง และมีความพร้อมที่จะยอมรับความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น ถ้าหากเทคโนโลยีใหม่นั้นไม่ขัดกับวิถีทางวัฒนธรรมจนเกิดการเสียดายความรู้สึทางด้านจิตใจ

ประเสริฐ ภาวรรณสถิตย์ และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงหลังคลอดในชนบทอีสาน : กรณีศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัตน์ จันทร์โพธิ์ศรี และคณะ ที่ว่า การดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านไม่ได้มีวัฒนธรรมเพียงแบบหนึ่งแบบใดเฉพาะ มีทั้งการแพทย์แผนโบราณ หรือการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งบางอย่างก็สอดคล้องประสานอย่างแน่นแฟ้น เช่น การแก้การกินผิด มีการใช้ทั้งการพินยารากไม้ และการตามหมอนามย์มาฉีดยาคนที่กินผิด บางอย่างก็กำลังครอบคลุมนิยามหนึ่ง เช่น ชาวบ้านนิยมการคลอดที่โรงพยาบาลอาเภอมากกว่าการคลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ บางอย่างที่กำลังพยายามต่อสู้คัดค้านเพื่อปฏิเสธอีกอย่างหนึ่ง เช่น การแนะนำให้กินอาหารโปรตีนในการแพทย์แผนปัจจุบัน ก็การถือชะล่า อาหารการกินในขณะอยู่ไฟ

วรรณวิไล จันทราภา และคณะ (2530) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีความสัมพันธ์กับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยสุ่มตัวอย่างจากทุกภาค พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของครอบครัว ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ ไม่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ และปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง เนื่องจากประชาชนได้รับความรู้ ที่ตนคิด และการปฏิบัติตนมาจากบรรพบุรุษ และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และการสุขภาพและการอนามัยสิ่งแวดล้อมของครอบครัวมีผลกระทบต่อสถานภาพสุขภาพของมารดา แต่ไม่มีอิทธิพลต่อสถานภาพสุขภาพของอนามัยเด็ก และผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่สอนเด็กให้มีความรู้ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย ไม่ได้มีอิทธิพลต่อสถานภาพสุขภาพของเด็กแต่เด็กสามารถปรับตนเองไปตามสภาพแวดล้อมและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด

กุลชลี ภูมิรินทร์ (2535) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลำดับที่เกิด และปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4014$)

วิภาพร วรทัญ และคณะ (2534) ได้ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและครอบครัว เมื่อเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มแม่บ้าน 6 หมู่บ้านเป้าหมาย ในเขตจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนสามารถระบุอาการสาเหตุ และการดูแลผู้ที่มีไข้ได้ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 85 สามารถระบุอาการและสาเหตุของอาการท้องร่วงได้ถูกต้อง ร้อยละ 60-70 ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุอาการเมื่อได้รับยาฆ่าแมลงและได้รับพิษจากแมลงสัตว์กัดต่อยได้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนบอกอาการบาดเจ็บได้ถูกต้อง แต่มีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่ระบุวิธีการดูแลป้องกันได้ถูกต้อง ร้อยละ 90 สามารถระบุอาการของไฟไหม้ที่ร้อนลวกได้ถูกต้อง แต่ดูแลไม่ถูกต้องเมื่อมีบาดเจ็บจากไฟไหม้ที่ร้อนลวก ร้อยละ 64 พบว่าร้อยละ 68 สามารถระบุอาการของความผิดปกติได้ถูกต้อง แต่สามารถบอกวิธีการดูแลเบื้องต้นได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 21 และการดูแลผู้เป็นลมและหมดสติ พบร้อยละ 67 ที่สามารถระบุอาการได้อย่างถูกต้องในขณะที่บอกสาเหตุได้เพียงร้อยละ 53 และร้อยละ 50 เมื่ออาการไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาบุคลากรในทีมสุขภาพ ร้อยละ 26 ให้ปรึกษาผู้สูงอายุ

กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2531) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเพื่อแสวงหาสู่ทางไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ ปี 2543 ศึกษาเฉพาะนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ทั่วประเทศ จำนวน 1,600 คน พบว่า การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาอนามัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ปฏิบัติโดยสม่ำเสมอ แต่ยังคงพบร้อยละ 40-52 ที่ไม่ปฏิบัติตามและไม่ถูกต้องและกระทำเป็นประจำ และพบว่าเกิดจากปัจจัยการอบรมสั่งสอนของครู มารดา และเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทางลบที่เป็นสาเหตุของการไม่ปฏิบัติ คือ การไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ ความเคยชิน และไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกตามลำดับ นอกจากนี้ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ความยากจน ครูหรือผู้ปกครองไม่สนับสนุน พฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนในเขตเมืองกับชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระดับ 0.05 และพบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยจำแนกตามตัวแปร พบว่า พฤติกรรมทั้ง 6 ด้านระหว่างนักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กลุ่มนักเรียนที่มารดามีอาชีพรับราชการ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านดีกว่านักเรียนที่มารดามีอาชีพอื่น และพบว่าพฤติกรรมการ

ป้องกันอุบัติเหตุไม่มีความแตกต่างกัน ในด้านอาชีพและการศึกษาของบิดามารดา และเด็กในชนบทมีพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุดีกว่านักเรียนที่อยู่ในเมือง

พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ (2535 : 37) ได้รายงานผลการศึกษาวิจัย การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในงานอนามัยแม่และเด็ก ของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดและทารกตาย เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานแก้ไข พฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เปี่ยงเบน ประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ในช่วงตั้งครรภ์ ตลอดจนคลอด และทารกแรกเกิด จนถึง 1 ปี ในเขตอำเภอโนนสูง และอำเภอบัวใหญ่ จากการศึกษาพบสรุปได้ว่า มารดา และทารกจะมีสุขภาพดี ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะส่งผล ให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล และเครือข่ายที่เหมาะสมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะต้องเกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ ตัดสินใจกระทำด้วยตนเอง ภายใต้วามรู้พื้นฐาน การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการนำส่งผู้ป่วยรักษาต่อ หรือการเฝ้าระวังอาการ สิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะสะสมจากประสบการณ์ และมีความสัมพันธ์สืบเนื่องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ตลอดจนอิทธิพลพื้นฐานจากระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมนั้น รวมทั้งขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อด้วย เมื่อประชาชนสามารถพึ่งตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แล้ว การสาธารณสุขมูลฐานก็จะบรรลุเป้าหมายในที่สุด

2.11 กรอบแนวคิด และสมมติฐานในการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีแนวเหตุผลการตั้งสมมติฐานว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนนั้น ขึ้นอยู่กับรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความสามารถของเด็กแต่ละคน เด็กจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้นกว่าเด็กเล็กในวัยที่แตกต่างกัน การพัฒนาการดูแลตนเองจะแตกต่างกัน เด็กโตย่อมมีความเข้าใจและปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดีกว่าเด็กเล็ก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2534) และเด็กหญิงจะเจริญเติบโตเร็วกว่าเด็กชายประมาณ 2 ปี ในช่วงของอายุ 10 ปี ขึ้นไป ความสนใจของเด็กหญิงเด็กชายจะมีความแตกต่างกัน เด็กหญิงจะมีความสัมพันธ์กับพ่อ และหาตัวเข้ากับพี่น้องได้ดีกว่าเด็กชาย (ฉวีวรรณ กิณาวงศ์, 2526) เด็กคนโตมักเป็นบุตรที่ บิดามารดาหวังไว้มากต้องทำหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าบุตรคนอื่น ๆ บุตรคนโตจึงมีลักษณะเอาจริงเอาจังเป็นตัวของตัวเอง มีความรับผิดชอบสูง บุตรคนกลางมักจะถูกเปรียบเทียบระหว่างคนโตกับคนเล็ก จึงเกิดความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เท่าบุตรคนโต สำหรับบุตรคนสุดท้ายจะเป็นที่รักใคร่ ทุ่มเทตามใจมาก จึงทำให้มีนิสัยเอาแต่ใจ ไม่ยอมอดทนต่อความลำบาก มักพึ่งบิดามารดาอยู่เสมอ เด็กจึงมีลักษณะเป็นเด็กกว่าวัย

และเด็กจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเด็กมีสุขภาพดี ความเจ็บป่วยของเด็กที่ผ่านมาจะเป็นเครื่องชี้วัดสุขภาพของเด็กได้ ในทางกลับกันหากเด็กเจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการเรียน ขาดแรงจูงใจในการเรียน จะมีผลต่อสัมฤทธิ์ผลของการเรียนของเด็กโดยตรง รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทั้งด้านตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสุขภาพในแง่ของการอบรมสั่งสอน กระตุ้นเตือน ชักจูง การเป็นตัวอย่าง โดยที่เด็กมีความสนใจ ไม่เมินเฉย และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิด ประวัติการเจ็บป่วย ผลการเรียน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และการเห็นความสำคัญการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

ปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจุบันในสังคมไทย พบว่า เป็นครอบครัวเดี่ยวคือ ประกอบด้วย พ่อแม่ ลูกเท่านั้น ส่วนครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติ พี่ ป้า น้า อา มาอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งพบมากในชนบท (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2537) แต่ปัจจุบันจะเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจ พ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพราะเมื่อครอบครัวมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ย่อมมีความสามารถที่จะซื้ออาหารที่ครบถ้วนสะอาดเพียงพอ เสื้อผ้าเพียงพอที่จะผลัดเปลี่ยนกันซัก มียานพาหนะที่จะช่วยให้เข้าถึงสถานบริการทั้งในด้านการป้องกันและรักษา รวมทั้งการเข้าถึงตลาด เพื่อซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค ดังนั้นผู้ฐานะดีย่อมสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ทั้งหลายเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง (อรัญญ์ รวยอาสิน, 2534 : 148) และในทางตรงข้ามครอบครัวที่พ่อแม่ แยกกันอยู่หรือเลิกกัน หรือมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักจะเกิดอารมณ์เครียด เนื่องจากค่าใช้จ่ายมากกว่ารายได้ จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพเด็ก เพราะเมื่อพ่อแม่ เกิดความกดดันจะหาทางระบายออกโดยดูดน้ำหรือลงโทษลูกอย่างไม่มีเหตุผลเป็นไปตามอารมณ์ ทำให้ลูกไม่รู้ว่าจะไรผิด อะไรถูก สภาวแวดล้อมภายในครอบครัวเช่นนี้ ทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ ก้าวร้าวไม่เชื่อฟังผู้ใหญ่เด็กเกิดความวิตกกังวล เคร่งเครียด เมื่อขาดที่พึ่งพาทางบ้านจึงหันไปติดเพื่อนหรืออบายมุขแทน เกิดเป็นปัญหาสังคม (ฉัตรแก้ว ประวาทนาวัน, 2532) แต่เมื่อใดเด็กได้รับการขัดเกลาที่ดีจากครอบครัว รู้จักกฎเกณฑ์ คุณค่า แบบของความประพฤติ การทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีได้รับความสนใจเอาใจใส่จากพ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัว จะทำให้เด็กเกิดความรู้ และเกิด การปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพของครอบครัว รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว สภาวแวดล้อมภายในครอบครัวและการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

โรงเรียนนับว่าเป็นสถานที่อบรมบ่มนิสัย ให้ความรู้แก่เด็ก ดังนั้นสภาพแวดล้อมของโรงเรียนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กในอนาคต (ฉวีวรรณ กิณาวงศ์, 2526 : 113) สภาพทั่วไปของโรงเรียนที่ดีจะต้องมีบริเวณสะอาด มีส่วนที่ปลูกพืชลักษณะร่มรื่น มีโรงอาหารที่สะอาด มีห้องพยาบาลและอุปกรณ์พยาบาลอย่างเพียงพอ มีบริการอนามัยโรงเรียน เพื่อช่วยให้เด็กมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น การตรวจสุขภาพ การสังเกตประจำวัน การฉีดวัคซีน การบริการอาหารกลางวัน การได้รับการตรวจสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ในโรงเรียนเด็กต้องคบเพื่อน เด็กคนใดสามารถเข้ากับเพื่อนฝูงได้ดี ก็จะทำให้เด็กเรียนดีและมีสุขภาพจิตดี เพื่อนจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก นอกจากนี้ในสังคมปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว สื่อมวลชนได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อชีวิตประจำวันของทุก ๆ คนเด็กจะให้ความสนใจต่อสื่อมวลชนต่าง ๆ เป็นอันมาก สื่อมวลชนจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็ก ถ้าหากเป็นอิทธิพลในทางบวก ก็ย่อมอำนวยความสะดวกในด้านการเรียนรู้ของเด็ก แต่ถ้าสื่อมวลชนมีอิทธิพลในทางลบ กล่าวคือเสนอสิ่งที่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีแก่เด็ก ก็ย่อมทำให้เกิดผลเสียหายร้ายแรงต่ออนาคตของเด็กได้ และจากรายงานการวิจัยของ สงวน เขมปรักษ์ (2536:3) พบว่า สื่อมวลชนได้เข้ามาปลูกฝังค่านิยมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนส่วนใหญ่ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท ยิ่งห่างไกลเท่าไร ก็ยิ่งล้าหลังมากเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งข้อสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อม ภายในโรงเรียนการได้รับบริการอนามัยโรงเรียน การเลียนแบบเพื่อน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กวัยเรียนด้วยตัวเขาเองนั้น จะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะวิเคราะห์ความรุนแรงของโรค และวินิจฉัยโรคได้ แหล่งความรู้ของเด็กจะได้จากการสังเกตภายในครอบครัว ซึ่งจะเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว ครอบครัวแต่ละครอบครัว จะมีรูปแบบในการจัดการกับโรคแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ถึงแม้ว่าครอบครัวจะไม่มีการศึกษาเป็นการเฉพาะในเรื่องการจัดการกับโรคก็ตาม แต่ประสบการณ์ในอดีตของครอบครัว ในเรื่องการรักษาพยาบาลได้ช่วยอบรมขัดเกลารูปแบบการจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ รวมถึงแต่การดีความอาการผิดปกติ การตัดสินใจว่าจะมีพฤติกรรมอย่างไร การกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เพื่อป้องกันตนเองจากการเกิดโรค นอกจากครอบครัวแล้วเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของเด็กวัยเรียน ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะสิ่งแวดล้อมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้วย และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันและกันของเด็กวัยเรียนนั้นเป็นความสัมพันธ์ในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพอนามัย ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมของเขา ขณะเดียวกันตัวเขาเองก็เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลอื่น ๆ ด้วย ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันพยากรณ์ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในชนบท จังหวัดขอนแก่น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะความคิดความรู้สึก ความคิดความรู้สึกนี้ได้มาจากความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยม ซึ่งความรู้ส่วนใหญ่ได้มาจากประสบการณ์ นอกจากนั้น เป็นความรู้ที่ได้จากครู พ่อแม่ เพื่อนฝูง หนังสือ หนังสือพิมพ์ ความรู้จะทำให้พิจารณา ตัดสินไปสู่การกระทำโดยการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสำคัญของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องการกระทำ และรู้ว่าสิ่งที่กระทำลงไปนั้น ย่อมเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง มีการรู้จักคิดอย่างกว้างขวางและมีเหตุผล จนมีการปฏิบัติการดูแลตนเองเป็นไปตามลำดับขั้นตอน ความรู้จึงเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่ทำให้เด็กได้รู้จักคิด และปฏิบัติพฤติกรรม การมีความรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร ดังนั้น ความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมความรู้จะช่วยสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติเสมอไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ความรู้จึงมีความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 5 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในชนบท จังหวัดขอนแก่น มีความสัมพันธ์ทางบวก

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนทั้ง 3 แห่ง

จากรายงานของนัตรแก้ว ประวาทนาวัน (2532 : 751) พบว่า สภาพที่อยู่อาศัยในชนบทและชุมชนเมืองมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก ในชนบทส่วนใหญ่จะอยู่อย่างไม่หนาแน่นเท่าในเมือง ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวหรือประชาชนในชนบท ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมปลูกพืชหรือเลี้ยงสัตว์ ลักษณะบ้านเรือนจะเน้นจากวัสดุธรรมชาติที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะไม่ทนทานต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ความชื้น ตามฤดูกาลได้ และบ้านเรือนจะมีคุณภาพแตกต่างกันตามฐานะและเศรษฐกิจของครอบครัวนั้น ครอบครัวที่ยากจนอยู่บ้านเรือนที่ไม่ดี เด็กมักมีโรคภัยเสี่ยงต่อการเจ็บไข้ได้ป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งในทางตรงข้ามสภาพที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง ส่วนใหญ่อย่างเช่นในเขตสุขาภิบาลจะสร้างด้วยวัสดุที่คงทนถาวรขึ้นสามารถป้องกันความร้อน ความชื้นได้ดีกว่า โรคภัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคน้อยลง แต่สภาพบ้านเรือนตั้งอยู่อย่างแออัด การอนามัยและสุขลักษณะที่ไม่ดีพอ จะมีปัญหาต่อสุขภาพเด็กทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ ปรัชญา เวสารัชช (2527) ที่ว่าสภาพแวดล้อมในชุมชนเมือง และจากจำนวนนักเรียนในโรงเรียนที่น้อยกว่า ทำให้ครูมีเวลาดูแลเด็กได้อย่างทั่วถึง เด็กในชนบทจึงมีสุขภาพดีกว่า ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 6 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ขึ้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่อยู่ในโรงเรียนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก ในชนบท จังหวัดขอนแก่น มีความแตกต่างกัน

จากกรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัย สามารถนำไปสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานได้ดังแผนภูมิที่ 2.11.1 และ 2.11.2 ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Frameworks of Study)

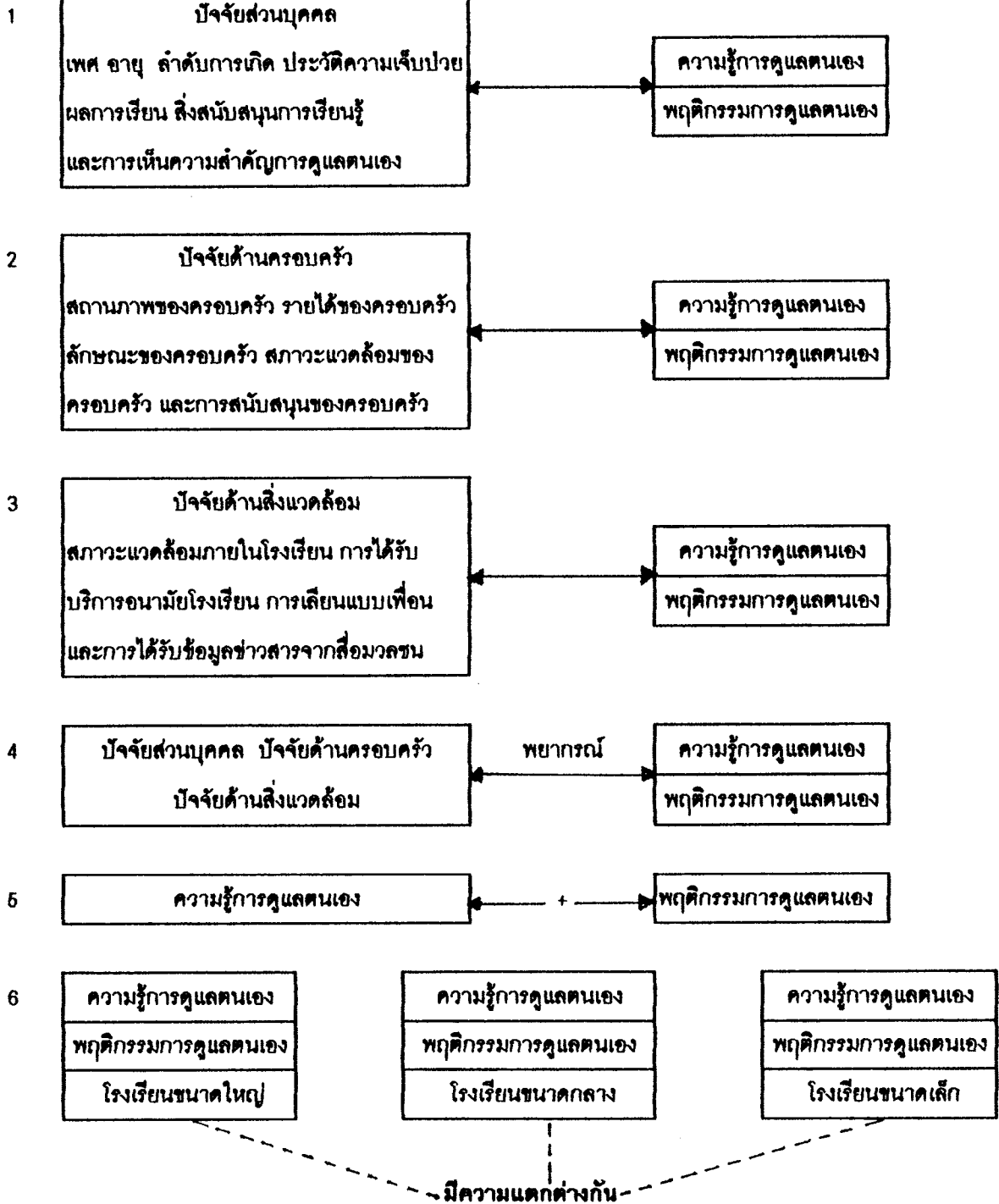


แผนภูมิที่ 2.11.1 กรอบแนวคิดการวิจัย แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

ที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

สมมติฐาน

ข้อที่



แผนภูมิที่ 2.11.2 กรอบสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นการตั้งสมมติฐานการวิจัยทั้ง 6 ข้อ