

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 5-6 สังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอตามลำดับดังนี้

มโนทัศน์การดูแลสุขภาพตนเอง

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์การดูแลสุขภาพตนเอง

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

มีผู้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองไว้ในทัศนะต่าง ๆ ดังนี้

โอเรม (Orem, 1980 : 41) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จงใจ มีระบบระเบียบแบบแผนเป็นขั้นตอน สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1982 : 150) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองต้องกระทำอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง เมื่อใดที่กระทำได้ถูกต้องครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลของตนเองเพิ่มมากขึ้น ฮิลล์และสมิท (Hill and Smith, 1985 : 9) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นความเต็มใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุมหรือรักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง อันอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคล หรือภายนอกบุคคลก็ได้ สายหยุด นิยมวิภาต (2534 : 96) ก็ได้ให้ความหมายไว้ในทำนองเดียวกันว่า การดูแลตนเองหมายถึงการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

ด้วยตนเองในการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต ความอยู่รอด ความปลอดภัย มีสุขภาพอนามัยที่ สมบูรณ์ สมดุล เพื่อการรักษาชีวิตที่มีความสุข

พิทยา ไชยสุน และคณะ (2535 : 4) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองของปัจเจก บุคคล หรือครอบครัว เป็นผลมาจากการรับรู้สถานะทางสุขภาพของตนเอง หรือสมาชิกใน ครอบครัว ประกอบกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของ ชุมชน องค์การอนามัยโลก กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึงการดำเนินกิจกรรม ทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน รวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตนหลังรับบริการสุขภาพด้วย (สมทรง รัชนีแผ่ , 2534 : 5)

จากทัศนะต่าง ๆ ดังกล่าวสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การตัดสินใจเลือกและปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน อัน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับสู่สภาวะปกติ ทั้งนี้เป็นผลรวมมาจากการรับรู้ลักษณะทางสุขภาพของตนเองหรือ สมาชิก ประกอบกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530 : 11-13) จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ หรือการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย (Self Health Care in Health) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ให้มี สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ท่าขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงใน 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษา สุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายาม หลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำ อย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล ที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การตรวจฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจรักษาโรคในระยะแรกเริ่ม การตรวจและถ่ายภาพรังสีปอดในรายที่มีปัญหาของโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Health Care in Illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความผิดปกติไปจากเดิม ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกตินั้น ทั้งนี้อาจรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง (Individual Self Health Care) หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชนจากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหารแสลง การใช้สมุนไพร การบีบนิ้ว การซื้อยากินเองและการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น การดูแลสุขภาพตนเองจึงครอบคลุมถึงการประเมินผลและการตัดสินใจในการกระทำหรือไม่กระทำตามคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับมา

สมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 12-17) แบ่งการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 อย่างตามภาวะสุขภาพและระยะของพัฒนาการ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Health Care Requisites) เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการและจุดประสงค์ กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 การได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ และได้รับอากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้าง หน้าที่ และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หากความเพลิดเพลิดจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 การดูแลในเรื่องการขับถ่าย และการกำจัดของเสียให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและ

สิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 การรักษาสมดุลของการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้ สนใจถึงความต้องการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

ตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ จากขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 การรักษาสมดุลของการอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะมีต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเสี่ยงและป้องกันตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพ หรือข้อจำกัดของบุคคลนั้น ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self Health Care Requisites) เป็นการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่นการสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่

2.1.1 อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด

2.1.2 อยู่ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์ ถ้าความต้องการในพัฒนาการได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถป้องกันความพิการด้านพัฒนาการ และทำให้บุคคลมีการพัฒนาไปตามศักยภาพของตนเอง

2.2 การดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหา การปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการที่จะต้องตาย

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Health Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางด้านการรักษา จากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และภาพลักษณ์ของตนเองในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะ จากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพามุคคละอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตและอยู่กับผลของโรคและภาวะของโรคขณะนั้น รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบแผนการดำรงชีวิต เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย โดยศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ หรือการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย (Self Health Care in Health) โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค (Disease Prevention) และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(Health Deviation Self Health Care)

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึงเด็กที่อยู่ในระยะเริ่มต้นเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษาตอนต้น จนถึงเด็กที่เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (วารุณี อมรพัทธ์, 2530 : 34) ศรีธรรม ธรรมภูมิ (2535 : 67) ใช้อายุและลักษณะเด่นเป็นเกณฑ์ แบ่งเด็กวัยนี้ออกเป็น 2 ช่วงคือ ช่วง

อายุ 6-8 ปี เรียกว่าวัยเด็กตอนกลาง (Middle Childhood) และช่วงอายุ 9-12 ปีเรียกว่าวัยเด็กตอนปลาย (Late Childhood) ส่วนโคล (Cole อ้างถึงใน อรพิน แสงสว่าง, 2539 : 153) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้แบ่งวัยของมนุษย์ออกเป็นช่วง ๆ โดยเรียกหญิงอายุ 6-11 ปี และชายอายุ 6-13 ปี เป็นวัยเด็กตอนกลาง เรียกหญิงอายุ 11-13 ปี และชายอายุ 13-15 ปี เป็นวัยเตรียมเข้าสู่วัยรุ่น

เด็กวัยเรียนนับเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างกว้างขวาง ระบบอวัยวะทางด้านการมองเห็นและพัฒนาการทางสมองสมบูรณ์เต็มที่ พัฒนาการด้านต่าง ๆ เป็นดังนี้

พัฒนาการทางร่างกาย

เด็กวัยเรียน มีการเจริญเติบโตด้านร่างกายช้ากว่าในวัยทารกและวัยก่อนเรียน (ปานจิต เครื่องกำแหง, 2527 : 101) ในตอนปลายของวัยนี้เด็กหญิงจะโตเร็วกว่าเด็กชาย การใช้กล้ามเนื้อมีการประสานกันได้ดี ประสาทสัมผัสมีการพัฒนาให้มีความละเอียดอ่อนขึ้น (สุรางค์ ใจวัตรฤๅล, 2533 : 61) ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสติปัญญา เด็กมีการเคลื่อนไหวมาก ชอบวิ่งกระโดด ปีนป่ายห้อยโหน ซึ่งเป็นการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ส่วนกล้ามเนื้อเล็กใช้หยิบจับสิ่งต่าง ๆ เขียนวาดรูป ประดิษฐ์สิ่งของ สามารถทำงานศิลปะที่ต้องใช้ความประณีตได้เพิ่มขึ้นตามอายุ มีความอยากรู้อยากเห็นและอยากพิสูจน์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ทดลองกระทำสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เพิ่มทักษะในการเคลื่อนไหว และการตัดสินใจยิ่งขึ้น การเจริญเติบโตทางกายยังขึ้นอยู่กับพันธุกรรม อาหาร การออกกำลังกาย สภาพความมั่นคงทางอารมณ์ และการพักผ่อนที่เหมาะสมอีกด้วย (ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535 : 67)

พัฒนาการทางสติปัญญา

เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นมากอย่างเห็นได้ชัด เด็กสามารถคิดในเรื่องที่สลับซับซ้อน มีเหตุผลมากขึ้น สามารถรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของวัตถุได้ เช่น ความคงที่ของจำนวน น้ำหนักและปริมาตร เด็กสามารถตอบได้ว่าน้ำในแก้วที่มีปริมาตรเท่ากันเมื่อเปลี่ยนไปใส่ภาชนะอื่นก็ยังมีปริมาตรเท่าเดิม (อรพิน แสงสว่าง, 2539 : 171) ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการรู้คิด (Cognitive Process) ของเด็กพัฒนาสูงขึ้น และสังคมของเด็กกว้างขึ้น เป็นวัยที่ใช้ความคิดแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและสิ่งที่เป็นรูปธรรม (ปรีชา ครัวมพัคค์, 2527 : 120) เด็กวัยนี้จะเปลี่ยนความคิดจากความคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นความ

คิดที่กว้างขึ้นสามารถเข้าใจสิ่งที่ตนได้ยิน มองเห็น ได้สัมผัส ได้อ่านหรือได้รู้ มารวบรวม อย่างมีระบบแบบแผน มีความหมาย จดจำ นึกคิด ตัดสินใจและวางแผนได้อย่างมีเหตุผล และนำความคิดนั้นออกมาแก้ปัญหาได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535 : 69)

ทางด้านภาษา การพูด การอ่าน เด็กจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว สามารถใช้คำต่าง ๆ แสดงแทนกิริยาอาการ หรือท่าทางที่แสดงในวัยเด็กเล็ก เด็กวัยเรียนได้เรียนรู้ที่จะใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ทักษะและการอ่านเพิ่มขึ้น (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2534 : 112) สิ่งสำคัญที่สามารถเชื่อมโยงตัวเด็กกับโลกภายนอก คือ การเกิดความคิดรวบยอด เด็กวัยเรียนจะมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับมาจัดเป็นระบบและหมวดหมู่ สามารถสรุปหลักเกณฑ์จากข้อคิดต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายหรือจากสิ่งเร้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับแนวคิดของเพียเจต์ (Piaget อ้างถึงใน Stanhope & Lancaster, 1984 : 171) ผู้สร้างทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 7-11 ปี และเรียกเด็กในชั้นนี้ว่า เป็นวัยของการใช้ความคิดเชิงรูปธรรม (Concrete Operation Period) เด็กสามารถแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกัน และสามารถย้อนกลับได้ การคิดแก้ปัญหาอย่างอาศัยเหตุผลในสิ่งที่เป็นรูปธรรม และสิ่งที่เป็นโครงสร้างประสบการณ์โดยตรงของตน นอกจากนี้ยังพัฒนากระบวนการจำในสมองโดยชักซ้อม ท่องจำ จดจำแนกหมวดหมู่เพื่อสะดวกในการจดจำ

ดังนั้น เมื่อได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพจากครอบครัวหรือได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากโรงเรียน จากเพื่อน หรือจากสื่อมวลชนทางวิทยุหรือโทรทัศน์ ทำให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจ และใช้เหตุผลในการคิดคริกครองพิจารณาอย่างรอบคอบ ซึ่งความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นสิ่งใกล้ตัว เมื่อสามารถปฏิบัติได้ก็จะเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เด็กวัยเรียนมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และสติปัญญามากกว่าเด็กวัยก่อนเรียน ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย (นิภา มนูญปิฎ, 2528 : 20)

พัฒนาการทางบุคลิกภาพ

อีริกสัน (Erikson อ้างถึงใน พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2530 : 135) เป็นผู้ที่สนใจศึกษาพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ได้กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุตั้งแต่ 6-12 ปี และเรียกพัฒนาการทางบุคลิกภาพในช่วงนี้ว่าเป็นวัยแห่งการประสบความสำเร็จ หรือความรู้สึกดี้อย (Sense of Industry and Sense of Inferiorty) เนื่องจากเด็กวัยนี้รู้จักสำรวจสิ่งแวดล้อม

และเกิดความกลัวว่าจะค้อยกว่าผู้อื่น ด้วยความรู้สึกลี้ภัยทำให้เขาใช้โอกาสที่มีอยู่ เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในสังคม ค้นหาคณะบุคคลใหม่ ๆ ด้วยการกระทำหรือทดลอง โดยใช้ทักษะเบื้องต้นของตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จก็จะรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง แต่ถ้าประสบความสำเร็จล้มเหลวบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกค้อย บิดามารดา ครูอาจารย์ควรให้ความใกล้ชิดคอยแนะนำสนับสนุนให้เด็กได้ประสบความสำเร็จ จะสามารถนำไปสู่การพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีในการพัฒนาขั้นต่อไป

พัฒนาการทางอารมณ์

เด็กในชั้นประถมศึกษาตอนต้น เป็นวัยที่ยังมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเพราะเด็กต้องปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่หลายอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เมื่อไปโรงเรียน การต้องทำตามกฎระเบียบและคำสั่งต่าง ๆ แทนการทำตามใจตนเอง การแข่งขันกันในเรื่องเรียน สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ กังวลหรือหงุดหงิดได้ในบางครั้งปัจจัยทางร่างกายเช่น ความเหนื่อย ความหิว หรือความเจ็บป่วย จะทำให้เด็กมีอารมณ์รุนแรงขึ้น เมื่อเจริญวัยขึ้นเด็กมีความเคยชินกับสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ต่าง ๆ อารมณ์จะค้อย ๆ สงบลง เด็กสามารถระบายอารมณ์โดยการพูดคุยและการเล่น เริ่มเข้าใจในบทบาทของตน และสามารถปรับตัวได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535 : 70)

เด็กวัยนี้เมื่อเกิดอารมณ์ จะแสดงออกในพฤติกรรมแตกต่างกัน ทั้งทางหน้าตา ท่าทาง หรือคำพูด เมื่อเขาโตขึ้นได้เรียนรู้มากขึ้น ก็จะสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นเป็นลำดับ จะรู้จักเปลี่ยนความรู้สึกที่ต้องการให้ผู้อื่นรักสนใจตัวเองแต่ผู้เดียว หรือต้องการมี หรือทำกิจกรรมก่อนผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่เขาต้องการทำให้ผู้อื่นพอใจในตัวเขาเอง เพราะต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก จะรู้สึกยับยั้งใจได้ดีขึ้น (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2534 : 110)

วารุณี อมรทัต (2530 : 42-44) กล่าวถึงลักษณะและการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนว่า วัยนี้เป็นวัยที่มีความสุขในชีวิต สนุกสนานรื่นเริง แม้ว่าจะมีภาระกิจหน้าที่ทั้งในโรงเรียน ในบ้านและส่วนตัว เด็กวัยนี้จะมีความคับข้องใจอยู่เสมอ เพราะไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธออกมาได้อย่างเปิดเผย แต่ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การปฏิบัติ และการพัฒนาไปสู่ภาวะของพัฒนาการทางอารมณ์ในภายหลัง ส่วนความกลัวเด็กมักจะสร้างจินตนาการโดย นำสิ่งที่เป็นรูปธรรมที่ตาเห็นมาประกอบ เช่น กลัวความมืด กลัวถูกฉีกขา แต่จะปิดบังไว้ไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้ วัยนี้ยังมีความอยากรู้อยากเห็น

แสดงออกโดยการถาม ถ้าได้รับคำตอบที่ถูกต้อง ก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และประสบการณ์

พัฒนาการทางสังคม

เด็กในวัยนี้อยู่ในสังคมที่กว้างขวางขึ้น มีความคิดแง่มุมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น สามารถคิดแก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างรอบคอบขึ้น มีความเห็นใจ และเข้าใจคนอื่นมากขึ้น ชอบจับกลุ่มระหว่างเพื่อนเพศเดียวกัน เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กในระยษนี้มาก เด็กจะพยายามรวมกลุ่มกันและสร้างโครงสร้างของกลุ่ม รวมทั้งวางมาตรฐานแนวปฏิบัติของคนภายในกลุ่ม โดยเลียนแบบในสังคมของผู้ใหญ่ (ประไพพรรณ ภูมิวิมลสาร, 2526 : 111) เด็กจะมีความสนุกสนานในการเล่น มีความสนใจใคร่รู้ และชอบสิ่งแปลกใหม่ สีสต่าง ๆ ควรให้มีการสร้างสิ่งเร้าให้เด็กสนใจ สิ่งที่สามารถกระตุ้นความสนใจให้เด็กดีที่สุดคือ โทรทัศน์ (สุวดี ศรีเลณวัต, 2530 : 31)

เด็กวัยประถมศึกษา เป็นวัยที่เริ่มจะใช้เวลาส่วนมากอยู่กับเพื่อน และเริ่มเรียนรู้ที่จะให้ความร่วมมือ รู้จักให้และรับ เพื่อนร่วมวัยเป็นสื่อทางสังคมที่สำคัญ (Socialization Agent) เป็นผู้ที่ให้แรงเสริม ประเมินพฤติกรรมและให้คำติชม เด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมจากเพื่อน วัยนี้จึงต้องการเพื่อนเป็นอย่างมาก

พัฒนาการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน

การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนจะมีการพัฒนาขึ้นอย่างมาก เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา และความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สร้างกฎเกณฑ์ มีความเข้าใจความหมายของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ความดี-ความชั่ว ถูก-ผิด มีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง รู้จักบทบาทของตนเองอย่างถูกต้อง มีทำที่และทัศนคติต่อตัวเองเหมาะสม นอกจากนี้เด็กวัยเรียนยังมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับร่างกาย และมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงควรได้รับการมอบหมายให้มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนาการในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนมีดังนี้ (Smith et. al, 1982 : 286-290 อ้างถึงในกุลชติ ภูมิรินทร์, 2535 : 19)

อายุ 6 ปี เด็กจะไปห้องน้ำเองได้ ชอบเล่นในอ่างน้ำแต่ต่อต้านการอาบน้ำ เด็กจะถูกเตือน ให้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร แต่งตัวและถอดเสื้อผ้าเองได้ เก็บของเล่นและเก็บเสื้อผ้าเข้าที่

อายุ 7 ปี วัยนี้ต้องการความช่วยเหลือจากพ่อแม่บ่อยมาก เด็กสามารถแต่งตัว และถอดเสื้อผ้า แปรงฟันอาบน้ำเองได้สะอาด หวีผมและเข้าอนเองได้ แต่ยังคงต้องเตือนให้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร กิจกรรมด้านการดูแลตนเองยังทำได้ช้า ไม่คล่องแคล่ว เหมือนกับเด็ก 8 ปี และยังคงทิ้งเสื้อผ้าลงบนพื้น

อายุ 8 ปี เด็กมีความเชื่อมั่นมากสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ แต่งตัวได้เอง อย่างเรียบร้อย เข้าสังคมได้ดีขึ้น เลือกรับประทานอาหารอย่างมีเหตุผลมากขึ้น เด็กจะมีความรับผิดชอบ ต่องานบ้านที่ได้รับมอบหมายได้อย่างสมบูรณ์ และชอบที่จะได้รับค่าจ้าง จากการทำงาน

อายุ 9 ปี สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี มีตารางการทำงานที่ดี แต่ยังคงต้องเตือนในการแปรงฟัน เด็กผู้ชายจะไม่ให้ความสำคัญกับเสื้อผ้าที่สกปรก ในขณะที่เด็กผู้หญิงสนใจในความสะอาดของเสื้อผ้า เด็กวัยนี้จะทำความสะอาดห้องของตนเองและของเล่น แต่ยังไม่เต็มใจที่จะเข้าอน

อายุ 10 ปี เด็กวัยนี้จะละเลยการดูแลตนเอง จะเกลียดการทำตามคำสั่ง หลีกเลี่ยงการดูแลตนเอง ห้องของเด็กไม่เป็นระเบียบและทิ้งเสื้อผ้าลงบนพื้น เกลียดการซักผ้า และต้องเตือนให้ไปอาบน้ำ

อายุ 11 ปี ต้องการความเป็นอิสระ สามารถที่จะดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กจะต่อต้านกฎ วัยนี้ยังคงต่อต้านการเข้าอนและการตื่นแต่เช้า

อายุ 12 ปี เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความเป็นอิสระเพิ่มขึ้น เด็กจะกังวล เกี่ยวกับรูปร่างของตน เด็กผู้ชายจะอาบน้ำบ่อยขึ้นและจะเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดบ่อยขึ้น เด็กผู้หญิงจะให้ความสำคัญในการแต่งหน้า และใช้เสื้อผ้าที่ทันสมัย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ยังคงไม่เข้าใจในการเข้าอนตอนกลางคืน แต่จะตื่นเร็วในตอนเช้า

ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน พัฒนาการนี้จะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้า หากผู้ใหญ่กระทำหน้าที่ต่าง ๆ แทนเด็กมากกว่าการปลูกฝังนิสัยให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง (เวินา จีระแพทย์, 2534 : 216) การเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย จะเป็นการวางรากฐานสุขนิสัยที่ถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี โดยเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ความสามารถในการเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกาย และมี

ความพร้อมในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ ของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย เป็นการกระทำอย่างตั้งใจ ใช้ความรู้ และมีเหตุผล ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน

สุชาติ โสมประจักษ์ (2525 : 44) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ สอดคล้องกับธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2532 : 11) ซึ่งกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่การพัฒนาค้นเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง (Orem and Taylor, 1986 : 44) สำหรับคาสส์ และคอบบ์ (Kasi and Cobb, 1966 : 246) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า คือ การกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรคและมีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้เป็นโรค สตีลและบรูม (Steele and Broom, 1972 : 382) อ้างถึงใน สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534 : 39) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพ ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ส่วนแฮริสและกูเติน (Harris and Guten, 1979 : 28) อ้างถึงใน สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534 : 39) ได้ให้ความหมายในเชิงป้องกันโรค ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Health Protective Behavior) โดยหมายถึงการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นประจำ และสม่ำเสมอ มีวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันการเกิดโรค

มัลลิกา มัตติโก (2530 : 11-12) กล่าวถึง การใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า ส่วนใหญ่จะอ้างถึงเมื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมสุขภาพจึงเน้นเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งหมายถึงการดูแลตนเองในภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

ระเด่น หัตถ์และสรงศ์ภุญจ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2536 : 83) กล่าวถึงประเภทของพฤติกรรมสุขภาพว่า แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

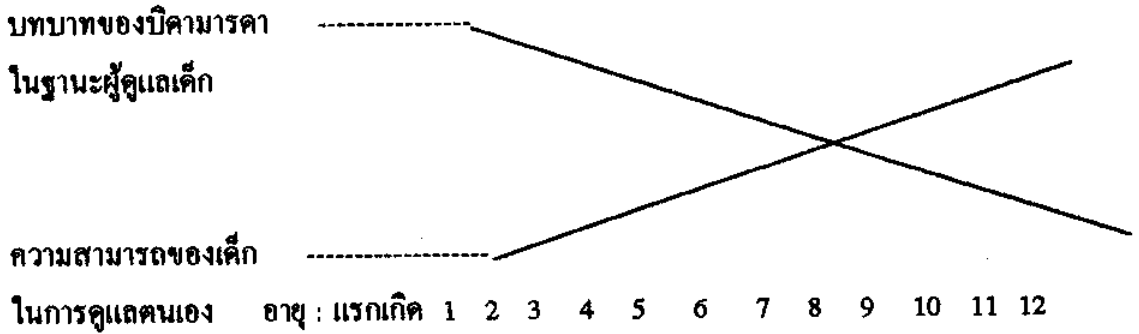
1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อมิให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี้อยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick-Role Behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยังมีมากขึ้น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กนั้น มีข้อจำกัดที่เด็กวัยทารกมักจะได้รับการดูแลจากบิดามารดาเกือบทั้งหมด เด็กวัยหัดเดิน (Toddler) ต้องการการสอน การชี้แนะ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และพัฒนาไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนวัยก่อนเรียนบิดามารดาหรือผู้ให้การดูแลปฏิบัติกิจกรรมให้เด็กลดลงเปลี่ยนเป็นการชี้แนะ ปรึกษา ประคับประคอง สอนและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกช่วยตนเอง ในเด็กวัยเรียนบิดามารดาหรือผู้ปกครองจึงเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา และคำแนะนำในบางครั้งเท่านั้น ทุก ๆ ะดับพัฒนาการของเด็ก ผู้ให้การดูแลจะช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ให้สอดคล้องกับความสามารถของเด็กในการดูแลสุขภาพตนเองดังนี้ (วิภา จีระแพทย์, 2534 : 126-127)

ภาพประกอบ 1 ความสามารถของเด็กในการดูแลสุขภาพตนเอง และบทบาทของผู้ดูแลเด็ก



ที่มา : Facticeau, 1980 อ้างถึงใน อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534 : 217

จากภาพประกอบ 1 จะเห็นได้ว่าเมื่อเด็กเจริญเติบโตมากขึ้น สามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองก็ลดลง จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลน้อยลง ชนิดของการพึ่งพาที่เด็กต้องการเปลี่ยนแปลงไปตามบุคคลที่ให้การดูแล และเหตุผลที่ต้องพึ่งพา คือ อายุ ระดับพัฒนาการและภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (Orem, 1985 อ้างถึงใน อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534 : 216)

เด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยของการมีสุขภาพที่ดี เด็กมีพลังที่จะเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

ด้านการรักษาสุขภาพส่วนบุคคล

การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล เป็นการรักษาความสะอาดของร่างกาย และของใช้ส่วนตัว เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันมิให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งมีวิธีปฏิบัติดังนี้ คือ (ระเด่น หัสดี และสรรงค์ภูมิ ดวงคำสวัสดิ์, 2536 : 113 อ้างจากกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

1. อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้านั้น โดยฟอกสบู่ให้ทั่วทุกส่วนของร่างกาย แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด เสร็จแล้วต้องเช็ดตัวให้แห้งก่อนสวมเสื้อผ้า

2. แปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เมื่อตื่นนอนและก่อนเข้านอน ถ้าเป็นไปได้ควรจะแปร่งฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร แต่ถ้าไม่สะดวกก็ควรบ้วนปากแทน ทั้งนี้การแปร่งฟันจะต้องแปร่งอย่างถูกวิธี

3. สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ด้วยยาสระผมแล้วล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้งด้วยผ้าที่สะอาด

4. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังการขับถ่าย

5. ขับถ่ายอุจจาระทุกเช้า

6. คัดเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อมิให้เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค

7. นำผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้ง ออกผึ่งแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

8. ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่สกปรกยับยั้ง

9. ใส่เสื้อผ้าให้อบอุ่นเพียงพอ

10. ซักผ้าด้วยสบู่หรือผงซักฟอกเพื่อขจัดเชื้อโรคและกลิ่นอับ หลังจากใช้แล้วนำออกผึ่งแดดให้แห้ง

11. จัดวางของส่วนตัวให้เป็นระเบียบ

12. ไม่สำส่อนทางเพศ

อาหารและโภชนาการ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เด็กต้องการสารอาหารเพื่อการเจริญเติบโต ชุ่มแฉมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ ให้พลังงาน สร้างสารที่จำเป็นต่าง ๆ เช่น เอ็นไซม์ ฮอร์โมน เพื่อให้กระบวนการต่าง ๆ ในร่างกายดำเนินต่อไปได้ตามปกติ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ในแต่ละวันจึงควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่ควรเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่ชอบเท่านั้น ไม่รับประทานอาหารรสจัด อาหารหมักดอง หรืออาหารที่มีสัติวีไคโดม (สมศักดิ์ สันธุระเวช 2535 : 36) โดยทั่วไปเด็กวัยเรียนรับประทานอาหารในปริมาณค่อนข้างคงที่ นอกจากในเด็กวัยเรียนตอนปลายต่อกับช่วงวัยรุ่นที่ต้องการพลังงานจากอาหารเพิ่มขึ้น เด็กสามารถเลือกรับประทานอาหารเอง มีแบบแผนและเรียนรู้มารยาทในการรับประทานอาหาร เรียนรู้ถึงคุณค่าของสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย รู้จักประกอบอาหารด้วยตนเอง และมี

ประสบการณ์ในการประกอบอาหารมากขึ้น จนสามารถที่จะจัดอาหารสำหรับครอบครัวในแต่ละมื้อมากขึ้นเมื่ออยู่ในช่วงวัยเรียนตอนปลาย (กรุงไกร เจนพานิช, 2522 : 113-115 อ้างถึงใน กุศลสิทธิ์ ภูมิรินทร์, 2535 : 21)

การออกกำลังกาย การพักผ่อน และนันทนาการ

ถึงแม้คนเราได้รับอาหารที่มีประโยชน์ช่วยให้มีการเจริญเติบโต และทำให้ร่างกายสมบูรณ์แล้ว หากร่างกายมิได้มีการออกกำลังกายเพื่อให้อวัยวะในการเคลื่อนไหวรวมทั้งหัวใจและปอดได้ทำงานอย่างเหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้ความสามารถในการทำงานหรือสมรรถภาพทางกายลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บได้ (สมศักดิ์ สันสุระเวชญ์ และคณะ, 2535 : 53) การออกกำลังกายในเด็กที่กำลังเจริญเติบโตมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้เด็กเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ ลักษณะกิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาที่เหมาะสมตามวัยในเด็กอายุ 1-16 ปี มีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, 2537 : 48)

อายุ 1 - 10 ปี ควรจัดกิจกรรมที่ใช้ความสัมพันธ์ของมือ สายตา เท้า มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา และเล่นเป็นกลุ่ม เพื่อส่งเสริมทักษะการเคลื่อนไหวเบื้องต้น ปลูกฝังให้รักการออกกำลังกาย และรู้จักการเข้ากลุ่ม เช่น วิ่ง กายบริหาร ว่ายน้ำ เกมเบ็ดเตล็ด และยิมนาสติก

อายุ 11 - 16 ปี ควรจัดกิจกรรมที่เพิ่มความคล่องแคล่วว่องไว ปลูกฝังให้มีความรักกีฬา และเน้นทักษะเฉพาะ อาจเล่นเป็นทีม หรือเล่นเดี่ยว และมีการแข่งขันบ้าง เช่น ว่ายน้ำ ฟุตบอล วอลเลย์บอล เทนนิส คีฬา และกรีฑา

การออกกำลังกาย จะช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกือบทุกระบบในร่างกาย ช่วยให้อวัยวะแข็งแรง และมีขนาดโตขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ปอด ผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยให้ข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับเด็ก เพราะนอกจากจะช่วยในการพัฒนาการด้านร่างกายแล้ว ยังส่งเสริมให้เด็กพัฒนาการด้านอารมณ์ และสังคมอีกด้วย (กุศลสิทธิ์ ภูมิรินทร์, 2535 : 24) ทำให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับพี่น้องและกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เด็กวัยเรียนจะจัดเวลาการออกกำลังกายของตนเองได้ เรียนรู้กติกาการเล่นอย่างถูกต้องวิธี รวมกลุ่มเล่นเป็นทีม มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องวิธี คือเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่ออกกำลังกายหลัง

รับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ และระหว่างการออกกำลังกายก็ไม่ควรดื่มน้ำมาก ออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก หลังจากออกกำลังกายทุกครั้งไม่ควรอาบน้ำทันทีและควรพักผ่อนให้เพียงพอ

การพักผ่อน คือ การที่ร่างกายและจิตใจ ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ลดความเมื่อยล้า ระหว่างการทำงานหรือการเล่นจึงควรพักร่างกายด้วยการเปลี่ยนอิริยาบถเหยียดแขน บิดตัวไปมา การพักผ่อนทำได้หลายวิธี เช่น การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การพักผ่อนที่ดีที่สุดนั้นคือ การนอนหลับซึ่งทำให้อวัยวะทุกส่วนทำงานช้าลง ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เด็กวัยเรียนหรือเด็กวัยรุ่นต้องการนอนหลับเฉพาะกลางคืนโดยทั่วไปเด็กอายุ 6-9 ปี ต้องการนอนวันละประมาณ 12-13 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-12 ปี ต้องการนอนวันละประมาณ 10-11 ชั่วโมง อายุ 12-16 ปี ต้องการนอนวันละประมาณ 9-10 ชั่วโมง (ฉลองรัฐ อินทรีย์และคณะ, 2522 : 29) เมื่ออยู่ในช่วงวัยเรียนตอนปลายเด็กสามารถที่จะควบคุมสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมกับการพักผ่อนนอนหลับได้

นันทนาการ หมายถึง การพักผ่อนหย่อนใจ โดยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ตามความสนใจและด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้มิได้ทำกิจกรรมนั้นเป็นอาชีพ (วินัย พัฒนรัฐ และคณะ, 2533 : 31, สมศักดิ์ สินธุระเวชชญ์และคณะ, 2533 : 14) นันทนาการมีหลายชนิดด้วยกัน ได้แก่ การทำหัตถกรรม เช่น การวาดภาพ การปั้น แกะสลัก จักสาน ประดิษฐ์ดอกไม้ การเล่นเกมกีฬาต่าง ๆ เช่น หมากรุก ตะกร้อ วาสน้ำ แบดมินตัน ปิงปอง การทำงานอดิเรก เช่น ทำสวนครัว เลี้ยงปลา สะสมแสตมป์ สะสมของเก่า สะสมรูปภาพ การทัศนศึกษา เช่น การชมละคร ชมภาพยนตร์ การเดินทางไกล การอยู่ค่ายพักแรม การท่องเที่ยว การเล่นเกมปริศนาธรรม เช่น รวบรวม ฟ็อนร่า ลีลาศ และกิจกรรมเข้าจังหวะต่าง ๆ การอ่านหนังสือ เช่น เขียนหนังสือ การฟังการอภิปราย การได้วาที และการบริการสังคม เช่น งานสังคมสงเคราะห์ งานกุศล งานเทศกาลประจำปี งานพบปะสังสรรค์ต่าง ๆ อันเป็นสิ่งที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ ทำให้ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และช่วยให้ผู้ทำมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

การป้องกันอุบัติเหตุ และการปฐมพยาบาล

เด็กวัยเรียน มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของอวัยวะต่าง ๆ คีขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อประสานกันได้ดี มีการเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว แต่ก็พบว่าเด็กวัยนี้เกิดอุบัติเหตุบ่อย ๆ ทั้งอุบัติเหตุในบ้านและบนท้องถนน ดังนั้นจึงควรระมัดระวังและป้องกัน

ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในขณะที่เล่นหรือออกกำลังกาย (Tackett and Humsberger, 1981 : 1087) อุบัติเหตุที่มักเกิดขึ้นได้แก่ อุบัติเหตุจากของมีคม การถูกของร้อนหรือน้ำร้อนลวก การลื่นหกล้มบนพื้นบ้าน การตกบันได และอุบัติเหตุจากการสัญจรทางบก ทางน้ำ เป็นต้น ซึ่งเด็กจะได้เรียนรู้จากครอบครัว โรงเรียน หรือสื่อมวลชน ร่วมกันให้ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ การระมัดระวังตนเองจากอุบัติเหตุ การปฐมพยาบาลง่าย ๆ สถานที่ที่เด็กจะได้รับการช่วยเหลือเมื่อประสบอุบัติเหตุ (สมศักดิ์ สินธุระเวชญ์และคณะ, 2535 : 62-64)

การป้องกันรักษาตนเอง

โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายแบ่งเป็น 2 ชนิดคือโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อที่พบบ่อยในท้องถิ่นได้แก่ โรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส เช่น ริดสีดวงตา โรคตาแดง โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค โรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น บิด อหิวาตกโรค และโรคติดต่อที่ได้รับจากสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น ไข้เลือดออก ไข้มาเลเรีย ส่วนโรคไม่ติดต่อได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้น เด็กวัยเรียนจะได้เรียนรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรค อาการ การติดต่อ และการป้องกันการเกิดโรค ตลอดจนการให้การพยาบาลเมื่อไม่สบาย และสามารถอธิบายอาการผิดปกติต่าง ๆ ได้ มีความรู้ถึงวิธีป้องกันโรคติดต่อ โดยการใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากหรือมุกเมื่อพบฝุ่นละอองหรือควันไฟ หลีกเลี่ยงการติดโรคจากการไอจามจากบุคคลอื่น รู้จักวิธีการเช็ดตัวเมื่อมีไข้ และดื่มน้ำเพื่อช่วยให้ความร้อนในร่างกายลดลง เมื่อมีฟันผุก็สามารถบอกกับบิดามารดา หรือผู้ให้การดูแลในการไปตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น

ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็ก ได้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง กล่าวคือให้เด็กได้มีความรู้ มีเจตคติที่ดี และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมดังกล่าวข้างต้น เคลแมน (Kelman) อ้างถึงในสวิมล ดุทธิมนตรี, 2534 : 42) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สำคัญเกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ และสิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงแบบนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลนั้น นั่นคือจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตัวเอง และสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมองเห็นความสำคัญของการ

ป้องกันการเกิดโรคไม่ให้เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนได้โดยการใช้วิธีการทางการศึกษาหรือการให้ความรู้ วิธีการให้ความรู้ในสายการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น อาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่าการสอนสุขศึกษา หรือการจัดกิจกรรมทางการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด เปลี่ยนความเชื่อ และเจตคติ ทั้งสมัครใจและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นประการสำคัญ

สรุปพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นกิจวัตรประจำวันในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาล และการป้องกันรักษาตนเอง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ สกินเนอร์ (Skinner) โดยมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539 : 32-35)

การเสริมแรง (Rienforcement) คือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ตัวเสริมแรงแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น

2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcement) เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น ถ้าปริมาณของตัวเสริมแรงปฐมภูมิมีน้อย และเสนออยู่กันบ่อยครั้ง จะทำให้ตัวเสริมแรงทุติยภูมิมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

การเสริมแรงสามารถดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือการเสริมแรงที่มีผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น

2. การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) คือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่แสดงพฤติกรรมนั้นออกมาแล้ว สามารถถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจออกไปได้ การเสริมแรงทางลบจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (Escape Behavior) นั่นคือเมื่ออินทรีย์ต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ก็สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมอื่น เพื่อที่จะถอดถอนสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้น ส่วนอีกพฤติกรรมหนึ่งคือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (Avoidance Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการได้รับสัญญาณว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจจะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นได้ โดยการแสดงพฤติกรรมในลักษณะอื่นแทน

การลงโทษ (Punishment) คือการให้ผลกรรมหลังจากการแสดงพฤติกรรม ทำให้พฤติกรรมนั้นลดลงหรือยุติลง ประกอบด้วยเงื่อนไข 3 อย่างคือ มีพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น พฤติกรรมเป้าหมายนั้นจะต้องตามด้วยผลกรรมบางอย่าง และโอกาสการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นลดลงเนื่องจากผลกรรมดังกล่าวนั้น การลงโทษเป็นเพียงกระบวนการที่ระงับพฤติกรรมเท่านั้น ไม่มีประสิทธิภาพของการลงโทษในระยะยาว เพราะเมื่อใดก็ตามที่ลักษณะของการคุกคามการลงโทษหายไป พฤติกรรมที่เคยถูกลงโทษนั้นจะกลับคืนมาอีก

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรค มีอิทธิพลต่อทัศนคติและบรรทัดฐาน อาจมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการคาดคะเนพฤติกรรมของบุคคลได้

ความเชื่อด้านสุขภาพมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีสถานที่ชีวิต (Life space) ของเลวิน (Lowin) ซึ่งเชื่อว่า กิจกรรมและการแสดงออกของบุคคลเกิดจากแรงดึงของค่านิยมเชิงบวกและเป็นแรงผลักดันของค่านิยมเชิงลบ ดังนั้นบุคคลจะแสวงหาแนวทางปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อเห็นว่าการปฏิบัตินั้นให้ผลดีมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 89-90)

สำหรับองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพนั้น โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 : 330) อ้างถึงในประไพ กุดวัลย์, วิจารณ์ ยมคินธุ์ และอมรพรรณ ยมจินดา, 2537 : 10) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บุคคลต้องมีความเชื่อต่อไปนี้

1. เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
 2. เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคขึ้น โรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลกระทบต่อ
- การดำรงชีวิต
3. เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้

ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977 อ้างถึงในสุวิมล อุทิมนตรี, 2534 : 31-34) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่โรเซนสต็อค (Rosenstock) ศึกษาไว้ เพื่อจะได้ครอบคลุมการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย สรุปเป็นองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ 5 ประการดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความเสี่ยงที่เขามีโอกาสเกิดหรือสัมผัสโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการตัดสินใจของบุคคลถึงระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจากผลกระทบของการเกิดโรค ซึ่งโรเซนสต็อค (Rosenstock) กล่าวถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า บุคคลมักมองปัญหาว่าเขาจะตายหรือไม่ มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน และผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมหรือไม่
3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived benefit and barriers to taking action) เป็นการประเมินที่มีต่อคุณค่าหรือประโยชน์ที่จะได้รับ กับสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจในการที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่จะกำหนดได้ว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร

4. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) เป็นเหตุการณ์เสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายใน เป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง และสิ่งชักนำภายนอก เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น

5. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่

5.1 ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ บรรทัดฐาน (Norms) ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานให้บุคคลปฏิบัติต่างกัน

5.2 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นสถานภาพส่วนบุคคลในสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว

ตามแนวคิดนี้แสดงว่า ถ้าบุคคลยอมรับว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง ยอมรับว่าการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตัวเขา การที่จะกระทำนั้นมีอุปสรรคขัดขวางน้อย และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคนั้น รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ อันเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติคนอีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาสุขภาพนักเรียนเป็นประเด็นปัญหาหนึ่งที่ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่า จะได้รับความสนใจค่อนข้างสูงจากนักวิชาการต่าง ๆ มากมายก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ พบในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

เพศ

จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เจลา เพียรชอบ (2529 : 49) ได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนชายกับนักเรียนหญิงดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุรีย์ จันทร์โมลี (2528 : 32 อ้างถึงใน สำเริง วงษ์เผือก, 2536 : 9) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 และผู้ที่จบชั้นประถม

ศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดบุรีรัมย์ อำเภอเมืองและอำเภอลำปลายมาศ พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตัวดีกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับภิญโญ วิทยาสชุดิกุล (2536 : 9) เปรียบเทียบพฤติกรรม การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ระหว่างนักเรียนชายและนักเรียนหญิงพบว่านักเรียนหญิงมีการปฏิบัติตัวดีกว่านักเรียนชาย สุพันธ์ ใหญ่ลำยอง (2532 : 89) ได้ศึกษามโนทัศน์ทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตการศึกษา 12 ก็พบว่านักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย สำหรับเพียงเพียง ธัญญะคุณ (2533 อ้างถึงใน สำเริง วงษ์เผือก, 2536 : 13) ได้เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขชาย และในทำนองเดียวกันซาชิโกะ (Sachiko , 1981 : 208-209 อ้างถึงใน เฉลา เพ็ชรขอบ, 2529 : 10) ทำการวิจัยเรื่องอุบัติเหตุของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาของรัฐอ่าววาช ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชายประสบอุบัติเหตุมากกว่านักเรียนหญิง ในอัตราส่วน 2 : 1

ส่วนจินดา วงศ์สวัสดิ์ (2528 : 58) ได้เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามการรายงานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ระหว่างนักเรียนในโครงการสุขศึกษาสายการศึกษา กับโรงเรียนอื่นในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพไม่มีความแตกต่างในเพศชายและหญิง เช่นเดียวกับอรรวรรณ หุ่นดี (2526 : 96 - 100 อ้างถึงใน สุพันธ์ ใหญ่ลำยอง, 2532 : 10) ศึกษาสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีสภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของกุลขลิ ภูมิรินทร์ (2535 : 50) ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียน และศิริทิจิ ศิริปุ่นย์ (2531 อ้างถึงใน สำเริง วงษ์เผือก, 2536 : 12) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ตามตัวแปรเพศ และเขตที่ตั้งโรงเรียน พบว่านักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแตกต่างกัน แต่ไม่มีความแตกต่างในด้านทัศนคติ

อายุ

อายุนับว่ามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากประสบการณ์ในอดีต ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดของโอเรม

(Orem, 1985 อ้างถึงใน อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534 : 212) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ ในแต่ละช่วงอายุเด็กจะเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ในการดูแลตนเองและพัฒนาส่วนที่เรียนรู้แล้วให้ดีขึ้น สักยภาพในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามการเรียนรู้ และการเจริญเติบโตของเด็ก คงได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

บุตรีนทร์ นาคจินดา (2532 : 59) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษากับการเกิดอุบัติเหตุ โดยที่ผู้ที่มีอายุในช่วงวัยรุ่น (12-20 ปี) และการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีโอกาสประสบอุบัติเหตุสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี และระดับการศึกษามากกว่าประถมศึกษา สอดคล้องกับผลการวิจัยของบรีสซิด (Breazeale, 1985 : 901-A อ้างถึงใน กุลชลี ภูมิรินทร์, 2535 : 25) ซึ่งศึกษาการพัฒนาความคิดรวบยอดเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และศึกษาว่าความคิดรวบยอดนี้จะเปลี่ยนไปตามอายุหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอนุบาล นักเรียนเกรด 5 และนักเรียนเกรด 10 รวม 90 คน จากโรงเรียนชานเมืองแถบอ่าวซานฟรานซิสโก 37 แห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา ดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดแบ่งประเภทรูปภาพอาหาร จำนวน 46 รูป โดยแบ่งเป็นอาหารที่ชอบ-อาหารที่ไม่ชอบ อาหารที่คิดว่าดี-อาหารที่คิดว่าไม่ดี อาหารที่ทำให้อ้วน-อาหารที่ไม่ทำให้อ้วน พร้อมทั้งให้เหตุผลในการแยกประเภทอาหาร โดยวิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า การจัดแบ่งประเภทอาหารแตกต่างกันตามอายุอย่างมีนัยสำคัญ ระดับชั้นไม่ใช่ตัวแปรสำคัญที่ทำให้เหตุผลในการเลือกอาหารแตกต่างกัน และจากการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 : 249) ชาวอังกฤษ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทานยาที่มีรสไม่อร่อย เช่น รสขม และความหลงลืมหรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง

ส่วนวัฒนาและวัลยา คุโรปรณ์พงศ์ (2531 : 52) พบว่าประชาชนที่มาใช้บริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดับอีกเสบไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของซอเซียร์ (Saucier, 1984 : 135-138 อ้างถึงใน กุลชลี ภูมิรินทร์, 2535 : 50) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับอายุของเด็ก และจากการศึกษาของนิคยา ไทยาภิรมย์ (2532 : 58 อ้างถึงใน กุลชลี ภูมิรินทร์, 2535 : 50) พบว่าเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างกัน

ศาสนา

พวงทอง ป็องกัย (2528 : 82) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี พบว่า มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน สอดคล้องกับสุรียพร แมะแก (2528 อ้างถึงในสำเร็จ วงษ์เผือก, 2536 : 9) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดยะลา พบว่า ปัจจัยทางด้านศาสนามีผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของนักเรียน

อาชีพบิดามารดา

บุคคลที่ประกอบอาชีพต่างกันมักมีบุคลิกภาพแตกต่างกันด้วย ดังนั้นเด็กที่มาจากครอบครัวที่ประกอบอาชีพหลักต่างกัน จึงย่อมจะมีความแตกต่างกันทั้งด้านบุคลิกภาพ แนวความคิด ทัศนคติ และการคิดหาเหตุผล (Jersild, 1961 อ้างถึงในเฮวาคี วิบูลย์ศรี, 2529 : 36)

ชิน (Chinn, 1983 : 85-92 อ้างถึงในเจลา เพ็ชรชอบ, 2529 : 9) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับปัญหาต่างๆของทางโรงเรียน ผลการวิจัยพบว่าอาชีพบิดามารดามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของนักเรียน เช่นเดียวกับประสพ สุทธเมธางกูร (2530 : 50) ซึ่งวิจัยเรื่อง บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีอาชีพต่างกันมีบทบาทในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียนแตกต่างกัน ผาสวรรณ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ (2523 : 50-51 อ้างถึงในจินดา วงศ์สวัสดิ์, 2528 : 12) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของเด็กนักเรียนโรงเรียนมัธยมสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและโรงเรียนสายน้ำผึ้ง ผลการวิจัยพบว่าอาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของนักเรียนสำหรับสุขภาพ กลีบบัว (2524 : 106-110 อ้างถึงในสุนันท์ ใหญ่สายอง, 2532 : 9) ได้ศึกษาความรู้ด้านอนามัยและสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนที่มารดารับราชการ มีความรู้ทางด้านอนามัยมากกว่านักเรียนที่มารดาอาชีพค้าขายและรับจ้าง ทั้งนี้ นักเรียนที่บิดามีอาชีพต่างกันความรู้ด้านอนามัยของนักเรียนไม่แตกต่างกัน และสุรียพร แมะแก (2528 อ้างถึงในสำเร็จ วงษ์เผือก, 2536 : 10) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ในจังหวัดยะลา พบว่านักเรียนที่มาจากมารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพรับราชการ มีรายได้สูง มีทัศนคติทางด้านสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มาจากมารดาที่มีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพเกษตรกรและมีรายได้ต่ำ ทำเนียบ โสแสนน้อย (2527) อ้างถึงใน สุพรรณิ ปานเจริญ, 2533 : 127) พบว่านักเรียนที่บิดาประกอบอาชีพต่างกันจะมีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัวต่างกัน

ส่วน พัชรี หลาวทอง (2535 : 55) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับการเกิดโรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนของจังหวัดต่าง ๆ ในเขตอีสานตอนใต้ ผลการศึกษาพบว่าอาชีพของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค และพวงทอง ป็องภัย (2528 : 83) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี พบว่า มารดาไทยพุทธที่มีอาชีพต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน โดยมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพรับราชการ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างจากมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ส่วนอาชีพอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้มารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพต่างกันมีความเชื่อไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของบิดามารดา

บิดามารดาที่มีการศึกษาค่ำ มักขาดความรู้ในด้านสุขภาพอนามัย ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำแก่บุตรได้ ส่วนบิดามารดาที่มีการศึกษาคี ย่อมมีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพของบุตร (กุลชาติ ภูมิรินทร์, 2535 : 28) ระดับการศึกษาของบิดามารดาจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

มณจิรา ขุนวงษ์ (2530 : 60) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรัฐบาลกรุงเทพมหานคร พบว่าการศึกษาของผู้ปกครองมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ของนักเรียนแตกต่างกัน เช่นเดียวกับพัชรี หลาวทอง (2535 : 54) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ประภาพรรม สิงคเสถิต (2529) อ้างถึงใน ครุฑวรรณ ค่านพิทักษ์, 2535 : 17) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครองตามการรับรู้ของตนเอง ในการปลูกฝังสุขนิสัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุให้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีบทบาทในการปลูกฝังสุขนิสัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน ทั้งนี้ เสถียร สถาพงศ์ และคณะ (2529 : 49) อ้างถึงใน กุลชาติ ภูมิรินทร์, 2535 : 28) ได้ศึกษาถึง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา ในสังกัดการประถมศึกษา ก็พบว่าการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรดูแลตนเองของนักเรียนในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดร่างกาย การรักษาและป้องกันเชื้อโรค ประสพ อุททเมธางกูร (2530 : 52) ได้ทำการวิจัยเรื่อง บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูง มีบทบาทในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ สุภาพ กลีบบัว (2524 : 106 -110 อ้างถึงใน สุพันธ์ ใหญ่สาของ, 2532 : 9) พบว่านักเรียนที่มีบิดามารดามีการศึกษาสูงกว่าชั้นป.4 มีความรู้มากกว่านักเรียนที่มีบิดามารดาไม่ไดเรียน สำหรับพวงทอง ป็องภัย (2528 : 83) พบว่ามารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาต่างกััน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน โดยกลุ่มมารดาไทยพุทธที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษา และกลุ่มสำเร็จชั้นมัธยมศึกษา และมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาต่างกัันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน คือ กลุ่มที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา

รายได้ครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญตัวหนึ่ง เพราะผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี ย่อมมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender, 1982 : 161 - 162)

ชิน (Chinn, 1983 : 85 - 92 อ้างถึงใน เฉลา เพ็ชรขอบ, 2529 : 9) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับปัญหาต่าง ๆ ของทางโรงเรียน ผลการวิจัยพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของนักเรียน ซึ่งนฤมล อุบลทิพย์ (2520 อ้างถึงใน ครุฑวรรณ ด่านพิทักษ์, 2535 : 16) ศึกษาปัญหาและความต้องการบริการสังคมสงเคราะห์ครอบครัวของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา ในสังกัดกรุงเทพมหานคร (เฉพาะในเขตพระโขนง) พบว่านักเรียนที่บิดา มารดามีการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างอัตคัด (รายได้ระหว่าง 1,000 - 2,000 บาท

ต่อเคื่อน) นอกจากนักเรียนจะมีปัญหาด้านอื่น ๆ แล้ว ยังมีปัญหาสุขภาพไม่แข็งแรงเจ็บป่วยบ่อย ร้อยละ 11.84 และป่วยครั้งละนาน ๆ ร้อยละ 65.85 สำหรับเดนิสัน (Denison, 1969) อ้างถึงใน ครุณวรรณ คำนพิทักษ์ 2535 : 18) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างในสุขปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะต่ำและนักเรียนที่มีฐานะปานกลาง ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาอัลเบิร์ต แกลลาติน รัฐแพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าโดยส่วนรวมสุขปฏิบัติของนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมาก แต่มีความแตกต่างกันในบางเรื่องคือ นักเรียนที่มีฐานะปานกลางจะมีสุขปฏิบัติดีน้อยมากในเรื่องโภชนาการและสุขภาพจิต ส่วนนักเรียนที่มีฐานะต่ำ มีสุขปฏิบัติดีน้อยมากในเรื่องสวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล และสุขภาพฟัน จากการศึกษาของประสพ ยุทธเมฆางกูร (2530 : 51) ก็พบว่าผู้ปกครองที่มีรายได้สูง มีบทบาทในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำ เช่นเดียวกับสุรียพร มะระเก (2528 อ้างถึงใน สำเร้ง วงษ์เผือก, 2536 : 10) พบว่านักเรียนที่มาจากมารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพรับราชการ มีรายได้สูง มีทัศนคติทางด้านสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มาจากมารดาที่มีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้ต่ำ ส่วนพวงทอง ป็องภัย (2528 : 84) พบว่ามารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน โดยมารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางและกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ ส่วนกลุ่มฐานะเศรษฐกิจปานกลาง มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ทั้งนี้มารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้สมปอง ยวงสะอาด (2528 อ้างถึงใน ครุณวรรณ คำนพิทักษ์, 2535 : 20) ยังพบว่ารายได้ที่แตกต่างกันของผู้ปกครอง ไม่ทำให้เจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว

พัชรี หลาวทอง (2535 : 55) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับการเกิดโรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนของจังหวัดต่าง ๆ ในเขตอีสานตอนใต้พบว่าจำนวนบุตรของมารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาประสพ ยุทธเมฆางกูร (2530 : 53) ในการวิจัยเรื่องบทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น ผล

การศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่มีจำนวนบุตรต่างกันมีบทบาทในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ให้แก่นักเรียนไม่แตกต่างกัน

สาขาการศึกษาของครูผู้สอน

สุวิทย์พร แมะเก (2528 อ้างถึงในสารนิเวศ วงษ์เดือก, 2536 : 9) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดยะลา พบว่าความรู้ทางสุขภาพของครูผู้สอนมีผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของนักเรียน

ภิญโญ วิทวัสสุทธิกุล (2536 : 6) กล่าวถึงสภาพการเรียนการสอนวิชาสุขภาพในปัจจุบันว่า ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ในการช่วยให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยผู้ปกครองที่บ้านจะต้องฝึกสุขปฏิบัติที่ดี ส่วนครูทางโรงเรียนก็ต้องมีการวางแผนการเรียนการสอน เพื่อให้ให้นักเรียนนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ แต่ครูส่วนใหญ่ไม่ได้มีวุฒิทางด้านสุขภาพโดยตรง ทำให้ขาดการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่เหมาะสมกับผู้เรียน

เชิธรนันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์ และพวงทอง ป็องภัย (2539 : 1-15) ได้ทำการวิจัยเรื่องความเข้าใจของผู้บริหารและครูผู้สอนต่อการสอนสุขภาพ ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่าครูผู้สอนวิชาสุขภาพหรือกลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตที่เรียนจบสาขาวิชาเอกสุขภาพและวิชาโทสุขภาพ และเคยได้รับการฝึกอบรมการสอนสุขภาพ มีความเข้าใจว่าอุปกรณ์การสอนและหนังสืออ่านประกอบการเรียนสุขภาพเป็นปัญหาในระดับสูงมากกว่าครูผู้สอนวิชาอื่นที่เรียนจบสาขาอื่น

ประสบการณ์ในการอบรมอนามัยโรงเรียนของครูผู้สอน

เชิธรนันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์ และพวงทอง ป็องภัย (2539 : 1-15) ได้ทำการวิจัยเรื่องความเข้าใจของผู้บริหารและครูผู้สอนต่อการสอนสุขภาพ ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่าครูผู้สอนวิชาสุขภาพหรือกลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตที่เคยได้รับการฝึกอบรมการสอนสุขภาพ ตระหนักถึงปัญหาการเรียนการสอนวิชาสุขภาพมากกว่าครูผู้สอนวิชาอื่นที่เรียนจบสาขาอื่น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการศึกษาถึงเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่านักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ดังเช่นเจลา เพ็ชรขอบ (2529 : 43) พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

สอดคล้องกับสุนันท์ ใหญ่สายของ (2532 : 79) ที่พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตการศึกษา 12 มีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาของสำเร็จ วงษ์เผือก (2536 : บทคัดย่อ) ก็พบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอยู่ในระดับดีเช่นกัน ส่วนอรรพรรณ หุ่นดี (2526 : 96 - 100) อ้างถึงในสุนันท์ ใหญ่สายของ, 2532 : 10) พบว่าสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น ผลการวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อยู่ในระดับดี และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สาขาการศึกษาของครูผู้สอน และประสบการณ์ในการอบรมอนามัยโรงเรียนของครูผู้สอน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส ว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับใด และคาดว่าเพศ อายุ ศาสนา อาชีพของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา สาขาการศึกษาของครูผู้สอน รายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้ยึดเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปร และสมมติฐานในการวิจัย

จากแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย สร้างแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แบบวัดเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน
ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 สังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส
จังหวัดนราธิวาส

