

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ
และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ในกรุงเทพมหานคร

ปริญญาณิพนธ์
ของ
วริศญา บางศรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ
และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ในกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
วริศญา บางศรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2546

วิชา บาลี. (2546). ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ และ การดูแลตนเองของตำรวจจรรยา ในกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (จิตวิทยา พัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตราจารย์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา.

จุดมุ่งหมายของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจรรยา ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนนและแรงจูงใจโดยทั่วไป ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพแตกต่างกัน 2) เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพของตำรวจจรรยาที่มีปัจจัยทางชีวสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรแตกต่างกัน 3) เพื่อตรวจสอบระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจรรยา 4) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจรรยา โดยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรเป็นตัวทำนาย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ตำรวจจรรยาในกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 370 นาย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ แบบสอบถามการดูแลตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ทดสอบค่า t และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองของตำรวจจรรยามีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน ส่วนตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพไม่พบความแตกต่างกัน
2. การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง ส่วนด้านอื่นๆ อันได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ แรงจูงใจโดยทั่วไป และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพไม่พบความแตกต่างกัน
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน มีความแตกต่างกันตามปัจจัยระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน มีความแตกต่างกันตามปัจจัยสถานภาพสมรส ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน แรงจูงใจโดยทั่วไป และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ ไม่พบความแตกต่างกัน ตามปัจจัยอายุ จำนวนบุตร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
4. ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ

HEALTH BELIEFS , HEALTH LOCUS OF CONTROL AND SELF – CARE OF
TRAFFIC POLICE OFFICERS IN BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
WARISSAYA BANGSRI

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
October 2003

Warissaya Bangsri. (2003). *Health Beliefs, Health Locus of Control and Self - care of Traffic Police Officers in Bangkok*. Master thesis, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof. Dr. Duangdean Santrapat, Asst. Prof. Wattana Srisatvaja.

The purposes of this study were 1) to compare self – care of traffic police officers on their health beliefs with respect to their perceptions of susceptibility, severity, benefits, barriers, health motivation, and health locus of control, 2) to compare health beliefs, health locus of control on the basis of biosocial background differences in age, status, number of children, education and traffic surrounding factors, 3) to assess the level of health beliefs, health locus of control and self - care of the traffic police officers, and 4) to find the predictor variables for predicting self - cares of the traffic police officers from the variables including health beliefs, health locus of control, socio – biological factors, and traffic surrounding factors.

A sample of 370 subjects for this study were traffic police officers who were in charge of the Bangkok traffic in B.E. 2546. The instruments for collecting data were the questionnaires on bio – social backgrounds, health beliefs, health locus of control, and Self- care. The statistical procedures for analyzing the data were t – test and stepwise multiple regression analysis.

The findings of this study were reported as follows:

The traffic police officers' self - care was found to be significantly different in terms of their health belief as a whole and in each aspect of health belief, but was not found to be significantly different in terms of their health locus of control.

The traffic police officers' perceived severity was found to be significantly different in terms of the volumes of traffic congestion, but was not found to be significantly different in terms of health beliefs, perceived susceptibility, perceived benefits, perceived barriers, health motivation, and health locus of control.

The traffic police officers' perception of susceptibility was found to be significantly different in terms of their levels of education. Their perceptions of severity were significantly different on the basis of their status, but were not significantly different on the basis of their health beliefs, perceived benefits, perceived barriers, health motivation, and health locus of control.

The predictor variables for predicting self – care of the traffic police officers were health belief, age, and health locus of control.

ปริญญานิพนธ์

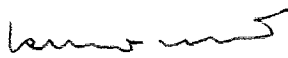
เรื่อง

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ
และการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร

ของ

นางสาว วริศญา บางศรี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

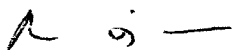


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)

วันที่ 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



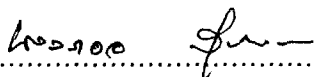
ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตรภัทร)



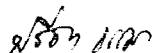
กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร. นวลละออ สุภาพล)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา ธรรมา)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้โดยได้รับคำแนะนำอันมีค่าอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตราภักดิ์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นวลละอ อสุภผล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา ธรรมา ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า

ขอขอบคุณตำราจรรยาบรรณทุกนาย ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณอาจารย์เยาวนาถ บางศรี และคุณวรัศญา ทองแกมแก้ว ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยโดยตลอด

และที่สำคัญที่สุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประโยชน์ บางศรี คุณแม่วัฒนา บางศรี คุณตากำป๋น มาตี และคุณยายลำดวน มาตี ที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษา เป็นผู้คอยชี้แนะให้เห็นความสำเร็จของการศึกษา และเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จในชีวิต

วรัศญา บางศรี

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	6
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	7
	นิยามปฏิบัติการ.....	8
	นิยามคำศัพท์เฉพาะ.....	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	ตำราวิจารณ์.....	12
	ความเชื่อ.....	20
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	23
	แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	24
	งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	29
	แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ.....	33
	งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก	
	ด้านสุขภาพ.....	38
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	41
	งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลตนเอง.....	52
	งานวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง.....	54
	งานวิจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง.....	56
	ความรู้เกี่ยวกับสารตะกั่วและพิษจากสารตะกั่วในอากาศ.....	57
	งานวิจัยพื้นที่การปฏิบัติงานกับความเชื่อด้านสุขภาพ และพื้นที่การปฏิบัติงานกับ	
	ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ.....	58
	สมมติฐานการวิจัย.....	61
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	64

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	65
วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	65
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	67
ลักษณะของเครื่องมือ.....	67
การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	71
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4	76
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5	119
บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	119
บทย่อ.....	119
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	119
สมมติฐานการวิจัย.....	119
วิธีดำเนินการวิจัย.....	122
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	122
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	122
การวิเคราะห์ทางสถิติ.....	123
สรุปผลการวิจัย.....	123
อภิปรายผล.....	125
ข้อเสนอแนะ.....	129
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	130
บรรณานุกรม.....	131
ภาคผนวก.....	141
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	150

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรอายุสถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา.....	78
2	ระดับการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง.....	79
3	สรุประดับการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง.....	84
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านอำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	85
5	ระดับการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเอง.....	86
6	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน.....	88
7	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน.....	89
8	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน.....	90
9	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน.....	91
10	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน.....	92
11	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพแตกต่างกัน.....	93
12	เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนกับตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	93
13	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบาง.....	94
14	เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง.....	95
15	เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง.....	96
16	เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจร	

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16(ต่อ)	หนาแน่นและเบาบาง.....	97
17	เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบน ท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การ จราจรหนาแน่นและเบาบาง.....	98
18	เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง.....	99
19	เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรใน กรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบาง.....	99
20	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน.....	100
21	เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของ ตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน.....	100
22	เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจ จราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน.....	101
23	เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบน ท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน.....	101
24	เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบน ท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน.....	102
25	เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มี อายุต่างกัน.....	102
26	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่าง กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	103
27	เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของ ตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	103
28	เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจ จราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	104
29	เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบน ท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน....	104
30	เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบน ท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน....	105
31	เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่ม	

บัญชีตาราง (ต่อ)

[illegible]

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
47(ต่อ) กรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่สถานภาพสมรสต่างกัน.....	114
48 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อ อำนาจภายในตน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านการ จรรยาเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนาย (R^2) และทดสอบความ มีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายการดูแล ตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครเมื่อใช้วิธี Stepwise... ..	115
49 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นทีละตัวแปรเพื่อพยากรณ์การดูแล ตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร.....	116

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นโดยเบคเกอร์และคณะ.....	28
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	32
3 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน.....	34
4 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง.....	44

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

มนุษย์แต่ละคนมีความต้องการมีชีวิตอยู่รอด และเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นในชีวิต ความต้องการดังกล่าวอาจประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ประการแรก ความต้องการทางกาย หรือทางชีววิทยา (Biological Needs) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านนี้ มนุษย์ต้องสร้างความสัมพันธ์กับธรรมชาติ เพื่อนำเอาผลิตผลจากธรรมชาติมาแปรรูปเป็นเครื่องอุปโภคและบริโภค ประการที่สอง คือ ความต้องการทางสังคม (Social Needs) ในด้านนี้ มนุษย์ต้องสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นเพื่อสร้างและจัดระบบทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพึ่งพาอาศัยและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ตามที่สังคมของตนเห็นว่าเหมาะสม และประการสุดท้าย ความต้องการทางใจหรือทางจิตวิทยา (Psychological Needs) ความต้องการด้านนี้มีขึ้นในขณะที่มนุษย์มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติและมนุษย์ด้วยกัน มนุษย์จึงสร้างความเชื่อในรูปแบบต่าง ๆ ที่ตนเห็นว่าถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว และความมั่นคงทางจิตใจ (งามพิศ สัตย์สงวน. 2533 : 57-58)

ความเชื่อเป็นปรากฏการณ์ของชีวิต และเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดยนัยนี้หมายความว่า ความเชื่อย่อมเกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นชนชาติใดหรือเผ่าพันธุ์ภาษาใด เพียงแต่ความเชื่อนั้นอาจพ้องหรือเพี้ยนกันไปตามสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ และสภาพแวดล้อมทางสังคมของบุคคลนั้น และในขณะเดียวกันมนุษย์ก็ได้มีการสั่งสมและสืบสานความเชื่อนั้น ๆ แก่สมาชิกในกลุ่มเดียวกันเรื่อยมา ตามสภาวะธรรมชาติของมนุษย์ที่เป็นสัตว์สังคมและสัตว์วัฒนธรรม จนในที่สุดก็เป็นวัฒนธรรมความเชื่อของกลุ่มชนนั้น (อาคม อรุณรัตน์. 2537 : 1) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้มนุษย์คิด พูดยุติ และแสดงพฤติกรรมออกมาตามที่ตนเชื่อในขณะที่ตนสัมพันธ์กับคนอื่นหรือสิ่งอื่น เพราะความเชื่อคือกฎเกณฑ์ หรือกรอบที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจของมนุษย์ (ทวิศักดิ์ บุญสุ. 2537 : 1)

ความเชื่อของมนุษย์มีขอบเขตกว้างขวางมาก เพราะได้รับการเพิ่มพูนและปรับเปลี่ยนกันเรื่อยมา จนเกิดความหลากหลายและลุ่มลึก อย่างไรก็ตาม หากมองย้อนไปในสมัยบุพกาลจะเห็นว่า ความเชื่อดั้งเดิมของมนุษย์เป็นเรื่องเกี่ยวกับอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติหรือภูตผีวิญญาณต่าง ๆ (Animism) อันเป็นผลมาจากการที่มนุษย์เกิดมาท่ามกลางธรรมชาติ มีชีวิตผูกพันอยู่กับธรรมชาติสูงมาก ในขณะที่มีความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติน้อยมาก เมื่อได้พบเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ทางธรรมชาติเกิดขึ้น จึงเป็นเรื่องน่ากลัว แปลกประหลาดและไม่สามารถอธิบายคำตอบได้ จึงเชื่อว่ามีอำนาจลึกลับบางอย่างทำให้เป็นไปเช่นนั้น ดังที่ จูรี จูละเกศ ได้กล่าวไว้ว่า มนุษย์ในสมัยก่อนดำเนินชีวิตอย่างง่าย ๆ มีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลยก็ได้ มนุษย์ในระยะเริ่มแรกจึงตกอยู่ใต้อำนาจของธรรมชาติโดยสมบูรณ์ เมื่อได้ประสบเหตุการณ์ธรรมชาติต่าง ๆ ซึ่งทั้งน่ากลัวและน่ามหัศจรรย์สำหรับมนุษย์ มนุษย์จึงเต็มไปด้วยความรู้สึกกลัวต่อธรรมชาติที่ปรากฏนั้น และจากความกลัวนี้เองทำให้เกิดเป็นความเชื่อในอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติ ได้แก่ ความเชื่อในภูตผีวิญญาณต่าง ๆ ความเชื่อดังกล่าวเป็นวิธีการหรือความพยายามที่มนุษย์ใช้อธิบายโลกรอบ ๆ ตัวเอง ปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะในเรื่องที่ยังไม่รู้ และอธิบายด้วยเหตุผลทางไสยศาสตร์ เพราะยังขาดความรู้ทางวิทยาศาสตร์

ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง แม้ความเชื่อจะเกิดจากปัจเจกชน แต่ก็ส่งผลต่อความเป็นไปของสังคมอย่างมาก เพราะบุคคลในสังคมหนึ่ง ๆ มักจะมีความเชื่อในลักษณะคล้ายคลึงกัน อันเป็นผลจากการสืบทอดรับทอด “วัฒนธรรมความเชื่อ” นั้นเอง (อาคม อรุณรัตน์. 2537 : 7)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 2) ได้กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไว้ว่าธรรมชาติของมนุษย์มีแนวโน้มที่จะแสวงหาความเชื่อมากเท่าความจริง ถ้าหากบุคคลเชื่อในสิ่งใดใดก็จะแสดงให้เห็นในรูปของการกระทำหรือพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ จะโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตามและในความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ อาจเป็นไปในทางที่ถูกต้องหรือผิดข้อเท็จจริงก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งกระทำเริ่มต้นด้วย “ฉันเชื่อว่า...” ส่วนเนื้อหาของความเชื่อนั้นอาจเป็นคำอธิบายถึงสิ่งของหรือเหตุการณ์ว่าถูกหรือผิด ประเมินค่าว่าดีหรือไม่ดี หรือไม่พึงประสงค์ ไม่ว่าความเชื่อจะแสดงหรือปรากฏออกมาในลักษณะใด เช่น อธิบายหรือประเมินค่าหรือสนับสนุนก็ตาม แต่ละลักษณะจะเป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่บุคคลจะกระทำการสิ่งใดลงไปเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์นั้น

ปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในชนบทและในเมืองของประเทศไทยยังประสบกับปัญหาอยู่มาก ดังที่ ปราโมทย์ ประสาทกุล และคนอื่น ๆ (2542 : 5) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความจริงไม่ใช่เฉพาะในชนบทเท่านั้น ที่การแพทย์สมัยใหม่ยังไม่สามารถเป็นที่พึงทางใจในเรื่องความเจ็บป่วยให้กับประชาชนได้อย่างแท้จริง บางครั้งในเมืองก็มีปัญหานี้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยบางคนบางครั้งก็หันไปหาวิธีการรักษาตนเองแบบโบราณ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า การแพทย์สมัยใหม่มองปัญหาและสุขภาพของประชาชนอยู่เฉพาะความเจ็บป่วยอันที่สาเหตุมาจากเชื้อโรค หรือความผิดปกติบางอย่างในร่างกายเท่านั้น แต่มิได้มองปัญหาทางสุขภาพของประชาชนว่าเป็นอาการซึ่งเกิดขึ้นในคนที่มีความรู้สึกนึกคิด มีความเชื่อ และมีศักดิ์ศรี ฉะนั้นสภาพความเป็นจริง ปัญหาทางสุขภาพของประชาชนมิได้เป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วย การมองปัญหาสุขภาพของประชาชนในแง่ของการแพทย์อย่างเดียว จึงอาจไม่เป็นภาพที่กว้างขวางเพียงพอที่จะครอบคลุมปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในมนุษย์

✳ ในแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) นั้นเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการ และบุคคลก็จะพยายามเข้าหาการมีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค พฤติกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้และความคาดหวังของบุคคล (บุษกร สุรังสรรค์. 2536 : 26) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากโรค การค้นหาโรค หรือการควบคุมโรค ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่า สถานการณ์ที่คุกคามตนเองนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในระดับหนึ่ง และมีความเชื่อว่าถ้าตนเองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคแล้ว จะมีประโยชน์ต่อตนเองทั้งในแง่ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่คุกคามนั้น (Rosenstock. 1990) ซึ่งโรเซนสตอก กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า

- 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- 2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
- 3) การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง
- 4) เมื่อบุคคลมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะแสดงการกระทำเพื่อสุขภาพ

ปัจจัยภายนอกจะมีส่วนสำคัญที่จะขัดขวางการเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค ต่อมา เบคเกอร์ (Becker. 1974) ได้เพิ่มเติมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอีก

2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) หรือปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) 2) ปัจจัยร่วม (modifying factor) ✓

นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ (2534 : 113) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความเชื่อในอำนาจควบคุมตน คือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธผลในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะการแสดงออกทางพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ อาทิ เมื่อประสบปัญหาชีวิต บางคนอาจหาวิธีแก้โดยการพึ่งพาผู้อื่นอาจเป็นหมอดู ผู้ที่ตนไว้วางใจเชื่อถือ - ศรัทธา หรือการบนบานศาลกล่าวปฏิบัติพิธีบวงสรวง เทวดาฟ้าดิน โดยเชื่อว่าบุคคลหรือสิ่งเหล่านั้นจะเป็นผู้แก้ไขหรือบรรเทาปัญหาได้บุคคลประเภทนี้เรียกว่า มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) ซึ่งบุคคลประเภทนี้ รอตเตอร์ (Rotter) กล่าวว่า มีแนวโน้มเป็นผู้มีบุคลิกภาพเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ไม่พยายามแสวงหาข้อมูลเองหรือแก้ปัญหาของตน ไม่สามารถจัดการกับภาวะต่างๆ ที่คุกคามหรือรบกวนชีวิตได้ด้วยตนเอง คราวน (Crowne, 1979 : 199) กล่าวว่า พวกที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจน้อยกว่าพวกที่เชื่ออำนาจภายในตน และเขาเชื่อว่าพวกเขาไม่มีอำนาจส่วนตัวเอง จากการศึกษาของ ริตชี และแฟร์ (Ritchie and Phares, 1969) พบว่า บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) จะต่อต้านการกระทำที่ครอบงำหรือชักจูงตนไม่ว่าอิทธิพลนั้นจะแสดงออกอย่างเด่นชัดหรือคลุมเครือ ในขณะที่เชื่ออำนาจภายนอกตนจะคล้อยตามอิทธิพลดังกล่าว (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2537 : 15) แนวความคิดนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของจูเลียน รอตเตอร์ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนก็จะรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง มีการแสดงพฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่าเขามีส่วนน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลยในการควบคุมสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพแข็งแรงจึงอาจอธิบายอย่างง่าย ๆ ว่าเป็นเพราะโชคชะตากรรมหรือแม้แต่สิ่งเหนือธรรมชาติ (มัลลิกา มติโก, 2534 : 85)

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถนำมาใช้ประเมินถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของตำรวจจราจรได้ เนื่องจากปัจจุบันสภาวะอากาศและสภาพทั่วไปบนท้องถนนมักประสบกับปัญหามลพิษมากขึ้น หรือสามารถกล่าวได้ว่าคุณภาพอากาศในปัจจุบันกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต ทั้งนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากควันเสียของเครื่องยนต์จากยานพาหนะชนิดต่าง ๆ สภาพอากาศบนท้องถนนจึงมีปริมาณสารตะกั่วที่เกินมาตรฐาน (ดวงจันทร์ อาภาวิชชรัตน์, 2536)

สารตะกั่วมีพิษต่อสุขภาพ เมื่อหายใจเอาสารตะกั่วเข้าไปสารตะกั่วจะถูกดูดซึมเข้าสู่ระบบเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถยับยั้งเอนไซม์ที่สำคัญในการสังเคราะห์ ฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นสารสีแดงของเม็ดเลือดแดง มีหน้าที่นำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมีผลทำให้เม็ดเลือดแดงสร้างฮีโมโกลบินน้อยลง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคโลหิตจาง และสารตะกั่วมีผลต่อการทำงานของไต กล่าวคือ ทำให้ขบวนการกรองของไตทั้งหมดลดลง ในที่สุดอาจเกิดอาการไตวายได้ (renal failure) นอกจากนี้ สารตะกั่ว

ยังมีผลต่อสมองและระบบประสาท โดยพบว่าทำให้สมองเฉื่อยชา ง่วงงาม เวียนศีรษะบ่อยๆและนอนไม่หลับ (ไพฑูรย์ หมายมั่นสมสุข. 2538 : 4) นอกจากปัญหาจากสารตะกั่วแล้วยังมีก๊าซพิษอื่นๆ อีกที่ปนเปื้อนในอากาศ ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ชั้นวิกฤตมากขึ้นทุกที จากปัญหาการปนเปื้อนสารตะกั่วในอากาศบนท้องถนนที่มีผลต่อสุขภาพดังกล่าวนี้ว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจให้มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการตรวจวินิจฉัย โดยเฉพาะในกลุ่มตำรวจจราจรซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสสัมผัสพิษสารตะกั่วในขณะทำงานมากกว่าอาชีพอื่น และจากปัญหาของมลพิษทางอากาศที่มีผลต่อสุขภาพดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ตำรวจจราจรเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอันเกิดจากมลพิษทางอากาศโดยตรง ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคต่างๆได้ในอนาคต ดังนั้นตำรวจจราจรควรจะมี ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง ปัญหา ก็คือ ตำรวจจราจรมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากว่าหากตำรวจจราจรมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองเป็นการหลีกเลี่ยงที่จะเกิด การเจ็บป่วยได้

นอกจากการมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว ตำรวจจราจรจะต้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องด้วย ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisities) เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 8) สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem. 1991) ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิการที่ดี ในประเด็นนี้ เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ รวมถึงการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตน เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีในอนาคต ผู้วิจัยจึงเกิดปัญหาว่าตำรวจจราจรมีการดูแลตนเองเป็นอย่างไรเกี่ยวกับสุขภาพของเขา

จากความสำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่มีผลต่อภาวะสุขภาพดังกล่าว รวมทั้งผู้วิจัยเองเป็นบุคคลที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพด้วยแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเอง ของบุคลากรบนท้องถนนโดยเฉพาะ ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานในเขตพื้นที่การจราจรที่แตกต่างกัน และต้องการหาคำตอบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลและเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ซึ่งเป็นผู้ที่สัมผัสกับมลภาวะบนท้องถนนโดยตรง และสัมผัสเป็นเวลายาวนานที่สุดด้วย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะก๊าซและสารต่าง ๆ เหล่านี้มีมากขึ้นในอากาศที่หายใจเข้าไปทุกวันมีอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น นอกจากนั้น การที่ได้ทราบระดับของการดูแลตนเองของตำรวจจราจรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวงการผู้พิทักษ์สันติราษฎร์ที่จะหันมาดูแลสุขภาพพลอดภัยของตำรวจจราจรอย่างจริงจัง

- ความมุ่งหมายการศึกษาครั้งนี้

9. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกในด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีอายุสถานภาพสมรส จำนวนบุตรและระดับการศึกษาแตกต่างกัน

10. เพื่อตรวจสอบระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร

11. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร โดยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป , ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ , ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรเป็นตัวทำนาย

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ทำให้ทราบถึง ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง รวมทั้งความแตกต่างระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ การดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรแตกต่างกัน และทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของตำรวจจราจร เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมเพื่อหาทางส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาสุขภาพแก่ตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร เป็นข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ในการป้องกันสารพิษในอากาศบนท้องถนน อีกทั้งยังสามารถนำผลของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปการศึกษาค้นคว้าในอนาคต

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ตำรวจจราจรที่สังกัดงานจราจรในกรุงเทพมหานคร ทุกนายที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจรบนท้องถนน ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 5019 นาย (กองทะเบียนผลสำนักงานตำรวจแห่งชาติ)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ตำรวจจราจรที่สังกัดงานจราจรในกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจรบนท้องถนน ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 370 นาย โดยใช้การคำนวณจากสูตรของยามาเน่ (Yamané. 1967 : 581) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ก. การศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร และความเชื่อ
ตัวแปรอิสระ ได้แก่

3.1 ปัจจัยทางชีวสังคม

3.1.1 อายุ

- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
- 40 ปีขึ้นไป

3.1.2 สถานภาพสมรส

- โสด
- ไม่โสด

3.1.3 จำนวนบุตร

- ไม่มีบุตร
- มีบุตร

3.1.4 ระดับการศึกษา

- ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

3.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร

พื้นที่การปฏิบัติงาน

- การปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่น
- การปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรเบาบาง

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ

ข. การศึกษาความเชื่อ กับการดูแลตนเอง

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

3.3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

3.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศ

บนท้องถนน

3.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทาง

อากาศบนท้องถนน

3.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทาง

อากาศบนท้องถนน

3.3.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ

บนท้องถนน

3.3.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

3.4 ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ

- ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลตนเอง

ก. การศึกษาอำนาจการทำนาย

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ

ปัจจัยทางชีวสังคม

สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร

ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ การดูแลตนเอง

4. นิยามปฏิบัติการ

4.1 การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตำรวจจราจร ดังต่อไปนี้ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงต่อการบริโภคสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกาย การขับถ่าย ความสนใจต่อสุขภาพและการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการไม่สบาย การตรวจสุขภาพประจำปี การรักษาความสมดุลในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้อื่น การหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงการป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน โดยการใช้หน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามการดูแลตนเองที่ปรับปรุงมาจากกฤษฎา กาเผือก (2541 : 71-72) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

โดยแบ่งระดับของการดูแลตนเองออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.0	ถึง	1.49	คะแนน	ถือว่ามี การดูแลตนเองในระดับต่ำมาก
ค่าเฉลี่ย	1.5	ถึง	2.49	คะแนน	ถือว่ามี การดูแลตนเองในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย	2.5	ถึง	3.49	คะแนน	ถือว่ามี การดูแลตนเองในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.5	ถึง	4.49	คะแนน	ถือว่ามี การดูแลตนเองในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	4.5	ถึง	5	คะแนน	ถือว่ามี การดูแลตนเองในระดับดีมาก

4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ หรือการแสดงออกถึงความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่างๆ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงมาจากกฤษฎา กาเผือก (2541 : 67-70) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยแบ่งความเชื่อด้านสุขภาพมาก หมายถึง คะแนนรวมตั้งแต่ค่าเฉลี่ยขึ้นไป ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพน้อย หมายถึง คะแนนรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา ซึ่งความหมายของความเชื่อด้านต่างๆมีดังนี้ คือ

4.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้รวมถึงความเข้าใจของตำรวจจราจรที่มีต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทาง

อากาศบนท้องถนน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน รวมไปถึงโอกาสที่จะเกิดโรคซ้ำอีก

โดยแบ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนมาก หมายถึง คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ยขึ้นไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนน้อย หมายถึง คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ รวมถึงความเข้าใจของตำรวจจราจรว่าโรคที่เกิดจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนเป็นโรคที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันหรือฐานะทางสังคม

โดยแบ่งการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนมาก หมายถึง คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ยขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนน้อย หมายถึง คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

4.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ รวมถึงความเข้าใจของตำรวจจราจรที่มีต่อปัญหามลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วยว่าสามารถป้องกัน หรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ร่างกายได้

โดยแบ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศมาก หมายถึง คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ยขึ้นไป การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศน้อย หมายถึง คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

4.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลในการขัดขวางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน

โดยแบ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศมาก หมายถึง คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ยขึ้นไป การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศน้อย หมายถึง คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

4.2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง ความสนใจ หรือความห่วงใยสุขภาพตนเอง รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีที่ถูกเร้าโดยสิ่งที่มีกระตุ้น คือ ประสบการณ์เจ็บป่วย ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นต้น ทำให้บุคคลเกิดการแสดงออกและการกระทำที่เหมาะสม โดยสิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ แรงจูงใจด้านสุขภาพนี้จะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

โดยแบ่งแรงจูงใจด้านสุขภาพมาก หมายถึง คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ยขึ้นไป แรงจูงใจด้านสุขภาพน้อย หมายถึง คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับของความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 1.0 ถึง 1.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำมาก
- ค่าเฉลี่ย 1.5 ถึง 2.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ
- ค่าเฉลี่ย 2.5 ถึง 3.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 3.5 ถึง 4.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี
- ค่าเฉลี่ย 4.5 ถึง 5 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดีมาก

4.3 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบ่งเป็นความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

4.3.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิดของตำรวจจราจรที่รับรู้ว่าคุณภาพอนามัยของตนเป็นผลของการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีลักษณะกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต หรือผลสัมฤทธิ์จากความพยายามของตน

4.3.2 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิดของตำรวจจราจรที่รับรู้ว่าคุณภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ เช่น บุคคลอื่น ๆ โชคชะตา เคราะห์กรรม หรือการดลบันดาลของอำนาจเหนือธรรมชาติ

ซึ่งความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 119-121) กำหนดให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม แสดงว่า มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม แสดงว่า มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

5. นิยามคำศัพท์เฉพาะ

5.1 ตำรวจจราจร หมายถึง ตำรวจที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนในกรุงเทพมหานคร ไม่รวมถึงตำรวจจราจรที่ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ เช่น ด้านธุรการ สายตรวจ รับส่งวิทยุ หรือขับรถยก เป็นต้น

5.2 พื้นที่การปฏิบัติงาน หมายถึง พื้นที่ที่ตำรวจจราจรปฏิบัติงาน ซึ่งแบ่งเป็น

5.2.1 การปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่น หมายถึง การปฏิบัติงานของตำรวจจราจรในพื้นที่ที่มีการจราจรติดขัดในเขตวงแหวนรอบใน เนื่องจากถนนมีจำนวนน้อยเป็นตรอกซอย ซอยมีจำนวนมากจะมีการเคลื่อนตัวได้ช้า ใช้เวลาในการเดินทางมาก และพื้นที่ที่มีการก่อสร้างปิดบัง เช่นบริเวณที่มีรถไฟฟ้าวิ่งผ่าน เนื่องจาก พื้นที่บริเวณดังกล่าวจะมีปัญหามลพิษสูงกว่ามาตรฐานประมาณ 3 – 4 เท่า (มาตรฐาน 100 พีพีบี.) สภาพอากาศโดยรวมอยู่ในสภาพที่ปิด ทำให้มลพิษมีการกระจุกตัวส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษรุนแรง

5.2.2 การปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรเบาบาง หมายถึง การปฏิบัติงานของตำรวจจราจรในพื้นที่ที่มีการจราจรคล่องตัว มีการเคลื่อนตัวของรถได้เร็วใช้เวลาในการเดินทางน้อย สภาพอากาศโดยรวมอยู่ในสภาพที่เปิดอากาศกระจายตัวได้ดีกว่าเขตพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่น

5.3 ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร จำแนกเป็น

5.3.1 อายุ หมายถึง อายุในปัจจุบันของตำรวจจราจร แบ่งออกเป็น

- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
- 40 ปีขึ้นไป

5.3.2 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของตำรวจจราจร แบ่งออกเป็น

- ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า

5.3.3 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิต
ร่วมกันแบบสามี - ภรรยา ของตำรวจจราจร แบ่งออกเป็น

- โสด หมายถึง ตำรวจจราจรที่ไม่มีภรรยา
- ไม่โสด หมายถึง ตำรวจจราจรที่มีภรรยา

5.3.4 จำนวนบุตร หมายถึง บุตรที่มีชีวิตอยู่ของตำรวจจราจร แบ่งออกเป็น

- ไม่มีบุตร
- มีบุตร

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษาเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง ของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมเอกสาร โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ตำรวจจราจร (Traffic Police)
2. ความเชื่อ (Belief)
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model)
4. แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับความเชื่อด้านสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ
งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลตนเอง
7. งานวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง
8. งานวิจัยความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง
9. ความรู้เกี่ยวกับสารตะกั่วและพิษจากสารตะกั่วในอากาศ
10. งานวิจัยพื้นที่การปฏิบัติงานกับความเชื่อด้านสุขภาพ และ พื้นที่การปฏิบัติงานกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ

1. ตำรวจจราจร (Traffic Police)

“ประวัติความเป็นมาของกองบังคับการตำรวจจราจร

คำว่า "จราจร" (Traffic) เริ่มใช้ครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2474 โดยกรมตำรวจได้เสนอร่างพระราชบัญญัติจราจรทางบกต่อกระทรวงมหาดไทยเพื่อขอให้ออกเป็นกฎหมายใช้บังคับประชาชน โดยที่ขณะนั้นรถจำพวกต่าง ๆ ได้ เริ่มเพิ่มมากขึ้น เช่น รถแท็กซี่ขนาดเล็ก และยังมีการสร้างสะพานพุทธยอดฟ้าเชื่อมระหว่างจังหวัดพระนคร - ธนบุรี ทำให้พื้นที่เพื่อการจราจรกว้างขวางขึ้นมีผู้นิยมใช้รถมากกว่าเดิม พ.ศ.๒๕๐๑. บี. ฟอลเลต เป็นผู้ร่าง พ.ร.บ.จราจรทางบกขึ้น โดยอาศัยหลักกฎหมายจราจรของประเทศอังกฤษมาดัดแปลงให้เข้ากับสภาพของประเทศไทย และได้ผ่านการพิจารณาจากสภาผู้แทนราษฎรให้ใช้เป็นกฎหมายได้เมื่อ พ.ศ.2477 จากนั้นมาคำว่า "จราจร" ก็ได้เริ่มแพร่กระจายออกไปถึงประชาชน การจราจรนั้นหมายถึง คน สัตว์ และยานพาหนะที่สัญจรไปมาถนนหลวง โดยเคลื่อนด้วยแรงคนหรือเครื่องจักร หรือลากจูงไปด้วยสัตว์พาหนะ แต่การจราจรในประเทศไทยเริ่มมีมาตั้งแต่ พ.ศ.2470 แล้ว ขณะนั้นมีรถยนต์ไม่เกิน 1,000 คัน มีถนนที่รถเดินได้สะดวกเพียงไม่กี่สาย และเมื่อถึงราว พ.ศ.2502 เป็นต้นมา การจราจรในเมืองหลวงก็เริ่มเติบโตขึ้นเพราะมีรถชนิดต่าง ๆ มากมายหลายหมื่นคันจนเกิดเป็นปัญหาต่อมา

ภูมิหลังและวิวัฒนาการของกองบังคับการตำรวจจราจร

พ.ศ. 2470 ถือเป็นกำเนิดของการจราจรในประเทศไทย ในสมัยนั้นอำนาจการควบคุมเป็นของ "กองทะเบียน" ผู้บังคับบัญชาสูงสุดคือ พ.ต.ท. หลวง พิจารณาพลกิจ สารวัตรใหญ่กองพิเศษตำรวจนครบาล

พ.ศ. 2475 พ.ต.ต.หลวงชาติตระการโกศล ริเริ่มให้พื้นฟูการตรวจจัดการจราจร เพราะยานพาหนะและถนนมีเพิ่มขึ้นตำรวจตรวจการจราจรโดยใช้รถจักรยานยนต์ฟ่งข้างเป็นพาหนะ

พ.ศ. 2480 จัดตั้ง "กองตำรวจเทศบาล" โดยมี พ.ต.ท.หลวงชาติตระการโกศล เป็นผู้กำกับการขึ้นตรงต่อกรมตำรวจส่วนด้านการเงินเทศบาลเป็นผู้จ่าย

พ.ศ. 2491 ยุบเลิกกองตำรวจเทศบาล แล้วตั้ง "กองกำกับการจราจร" ขึ้นในสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล

พ.ศ. 2498 กรมตำรวจยกฐานะกองกำกับการจราจรเป็นกองบังคับการโดยรวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดตั้งขึ้นใหม่ เรียกชื่อว่า "กองสวัสดิภาพประชาชน" แบ่งย่อยเป็น 3 กองกำกับการ คือ กองกำกับการแผนการจราจร กองกำกับการดับเพลิง และกองกำกับการทั่วไป มี พ.ต.อ.สุดสงวน ดันสถิตย์ เป็นหัวหน้ากอง

พ.ศ. 2502 กรมตำรวจสั่งให้จัดหมู่ตำรวจจราจร เพื่อช่วยเหลือตำรวจท้องที่ รวม 120 นาย ได้อบรมความรู้เกี่ยวกับการจราจรโดยเฉพาะ เป็นเวลา 6 เดือน มียานพาหนะคือ รถจักรยานยนต์ และรถจักรยานสำหรับตรวจการจราจร

พ.ศ. 2503 ยานพาหนะได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็นหมื่นๆ คัน กองกำกับการแผนการจราจรรับงานไม่ไหว ประกอบกับต้องรับผิดชอบงานอีกหลายด้าน อีกทั้งมีหน่วยงานฝากอีก 2 หน่วย คือ หน่วยสำรวจและจัดทำแผนที่ กระทรวงมหาดไทย และกองกำกับการตำรวจม้า กรมตำรวจจึงได้มีการแก้ไขพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการเสียใหม่โดยยุบเลิกกองสวัสดิภาพประชาชน แล้วตั้ง "กองตำรวจจราจร" ขึ้นในสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล โดยมีหน้าที่เฉพาะการจราจรด้านเดียว มี พล.ต.ต.สุดสงวน ดันสถิตย์ เป็นผู้บังคับการ

พ.ศ. 2505 มีนโยบายจัดตั้งตำรวจหญิงขึ้นในกองตำรวจจราจร รุ่นแรกมี 26 คน ใช้เวลาอบรม 3 เดือน โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือเด็กและประชาชนในเวลาข้ามถนนตามทางข้ามหน้าโรงเรียนต่าง ๆ แต่ต่อมาได้ไปปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ควบคุมการจราจร

พ.ศ. 2509 เริ่มการทดลองตั้งศูนย์ควบคุมการจราจรและติดต่อประสานงานระหว่างตำรวจสายตรวจกับศูนย์ฯ โดยใช้วิทยุสื่อสาร ซึ่งได้ผลดีและได้ดำเนินการตลอดมา ศูนย์ฯนี้มีหน้าที่รับผิดชอบความสะดวกและความปลอดภัยของประชาชนผู้ใช้ถนนทั่วเขตกรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2532 ระเบียบกรมตำรวจว่าด้วยกำหนดหน้าที่การงานกำหนดให้ "กองบังคับการตำรวจจราจร" ใช้คำย่อว่า "บก.จร." มีหน้าที่จัดการจราจรและรักษาความปลอดภัยในการจราจรทางบกในเขตพื้นที่ของกองบัญชาการตำรวจนครบาล ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายจราจรและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องแบ่งส่วนราชการเป็น 2 กองกำกับการ และ 1 งาน คือ

1. กองกำกับการกลาง แบ่งเป็น 5 แผนก คือ แผนกตรวจและจัดการจราจร แผนกแผนการ แผนกสถิติและวิจัย แผนกสอบสวนอุบัติเหตุ และแผนกอบรม

2. กองกำกับการช่าง แบ่งเป็น 3 แผนก คือ แผนกสร้าง แผนกสัญญาณไฟฟ้าการจราจร และแผนกช่างเครื่องยนต์

3. งานควบคุมการจราจรบนทางด่วนพิเศษ แบ่งเป็น 2 งาน คือ งานตรวจและจัดการจราจรบนทางด่วน และงานสอบสวนคดีจราจร

พ.ศ. 2535 ได้มีพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกองบังคับการตำรวจจราจร ออกเป็น 6 กอง กำกับ การ ได้แก่

1. กองกำกับการอำนวยการ รับผิดชอบงานอำนวยการของกองบังคับการตำรวจจราจร
2. กองกำกับการ 1 รับผิดชอบการจราจรทางบกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ยกเว้นทางพิเศษ
3. กองกำกับการ 2 รับผิดชอบการจราจรบนทางด่วนหรือทางพิเศษ
4. กองกำกับการ 3 รับผิดชอบงานเกี่ยวกับใบสั่งของกองบัญชาการตำรวจนครบาล ประเมินผล และฝึกอบรมผู้กระทำความผิดจราจร
5. กองกำกับการ 4 รับผิดชอบศูนย์ควบคุมการจราจรและงานเทคนิคการจราจร
6. กองกำกับการ 5 รับผิดชอบงานตรวจพิสูจน์รถที่เกิดอุบัติเหตุ ผู้ขับขี่ และมลภาวะ ที่เกี่ยวกับการจราจร

พ.ศ. 2536 มีการดำเนินการตาม "โครงการบรรเทาปัญหาการจราจรในเขตกรุงเทพมหานครตามแนวพระราชดำริ ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว" ใช้กำลังตำรวจจราจรจากสถานีตำรวจนครบาลในพื้นที่เป้าหมาย และต่อมาจัดตั้งเป็น "ฝ่ายปฏิบัติการจราจรตามโครงการพระราชดำริ แก้ไขปัญหาจราจรในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล "

พ.ศ.2539 มีมติ ก.ตร. ให้เปลี่ยนชื่อฝ่ายปฏิบัติการจราจรตามโครงการพระราชดำริ แก้ไขปัญหาจราจรในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็น "ฝ่ายปฏิบัติการพิเศษการจราจร " และกำหนดให้เป็นหน่วยงานในสังกัดกองบังคับการตำรวจจราจร ปัจจุบันกองบังคับการตำรวจจราจร จึงประกอบไปด้วย 6 กองกำกับการ กับอีก 1 ฝ่าย

เครื่องหมายประจำกองบังคับการตำรวจจราจร

เครื่องหมายประจำกองบังคับการตำรวจจราจรเป็นรูปโล่ พื้นสี ขอบนอกสีทอง ขอบในสีดำ ตรงกลางภายในรูปโล่ชั้นในพื้นสีขาวขอบสีน้ำเงิน เป็นรูปตำรวจจราจรขับซึ่งรถจักรยานยนต์หน้าตรงทาบบนรูปโล่รางวัลขนาดเล็กสีส้มขอบสีทอง ใต้ตัวอักษรภาษาไทยคำว่า "ตำรวจจราจร" และภาษาอังกฤษคำว่า "TRAFFIC POLICE" สีน้ำเงิน รองรับด้วยช่อชัยพฤกษ์สีฟ้าก้านสีทอง เหนือรูปโล่ชั้นในเป็นรูปดาวสีเงิน จำนวน 7 ดวง บนแถบดำ ขอบสีฟ้า

ความหมายของสัญลักษณ์ในเครื่องหมาย มีดังนี้

1. พื้นเครื่องหมาย "สีส้ม" เป็นสีประจำกองบังคับการตำรวจจราจร
2. รูป " ตำรวจจราจรซึ่งรถจักรยานยนต์บนโล่สีส้ม " หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจจราจรใช้รถจักรยานยนต์เป็นหลัก และเป็นที่ชื่นชมโดยทั่วไป
3. รูป " ดาวเงิน 7 ดวง " หมายถึง หน่วยงานระดับกองกำกับการในสังกัดกองบังคับการตำรวจจราจร ซึ่งมี 6 กองกำกับการ กับอีก 1 ฝ่าย
4. รูป " ช่อชัยพฤกษ์ " (หรือคูน) หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสง่างามมีคุณธรรมเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติ" (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2545)

“บทบาทและอำนาจหน้าที่ตำรวจจราจร

ปัจจุบันการจราจรได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม การที่ตำรวจจราจรปฏิบัติหน้าที่เพื่อการควบคุมและอำนวยความสะดวกในด้านการจราจร การบังคับใช้กฎหมายจราจร การวางแผนจัดการจราจร และการให้การศึกษาต่อผู้ใช้รถใช้ถนนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อสร้างความมั่นใจในอันที่จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กรอบระเบียบแบบแผนที่กฎหมายกำหนดไว้ ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับหน้าที่ของตำรวจจราจรมี 2 ประการ คือ หน้าที่ตามกฎหมาย และหน้าที่ตามระเบียบที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติกำหนด

1. หน้าที่ตามกฎหมาย ได้แก่ หน้าที่ในฐานะเป็นเจ้าพนักงานตำรวจที่มีหน้าที่โดยตรงในการจับกุมผู้ฝ่าฝืนกระทำความผิดกฎหมายในทางอาญา และพระราชบัญญัติที่มีโทษทางอาญา เช่น พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 เป็นต้น ดังนั้นเมื่อตำรวจจราจรพบการกระทำความผิดที่เป็นการฝ่าฝืนมาตราใดมาตราหนึ่ง ตามพระราชบัญญัตินี้กล่าวหรือพบการกระทำความผิดอย่างหนึ่งอย่างใดตามประมวลกฎหมายอาญา ตำรวจจราจรย่อมมีอำนาจจับกุมได้ ในฐานะเป็นเจ้าพนักงานตำรวจตามประมวลวิธีพิจารณาความอาญา นอกจากอำนาจจับกุมแล้วยังมีอำนาจหน้าที่อื่นๆ ซึ่งพระราชบัญญัติจราจรทางบกได้กำหนดไว้เพื่อความสะดวกและความปลอดภัยในการจราจร เช่น

1.1 การให้สัญญาณมือหรือสัญญาณนกหวีด การแสดงเครื่องหมายจราจร การจัดการจราจรชั่วคราวในกรณีที่เกิดฉุกเฉินหรือมีอุบัติเหตุตามที่เห็นสมควร เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกในขณะนั้น

1.2 การจับกุมโดยออกใบสั่งของเจ้าพนักงานจราจร เรียกเก็บใบอนุญาตขับขี่ หรือว่ากล่าวตักเตือน

1.3 การสั่งให้หยุดรถ ที่มีสภาพไม่ถูกต้อง หรือรถที่ผู้ขับขี่ฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร

1.4 การเคลื่อนย้ายรถที่หยุดหรือจอดกีดขวาง หรือใช้เครื่องมือบังคับให้รถที่หยุดหรือจอดไม่ให้เคลื่อนย้ายได้ เป็นต้น

2. หน้าที่ตามระเบียบที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติกำหนด ได้แก่ หน้าที่ของรองสารวัตรจราจร และตำรวจจราจรชั้นประทวน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.1 หน้าที่การงานของรองสารวัตรจราจร มีดังนี้

1. การปฏิบัติงานในฐานะรองหัวหน้างานจราจรและอื่น ๆ ที่หัวหน้างานจราจรมอบหมาย ควบคุมดูแล ให้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาในงานจราจร

2. การจัดและควบคุมการจราจรด้วยตนเองในกรณีที่เป็น ตรวจสอบดูแลให้ตำรวจจราจรชั้นประทวนปฏิบัติหน้าที่ตามจุดควบคุมการจราจรและระยะเวลาที่กำหนด และพิจารณาเปลี่ยนแปลงได้ตามเหตุผลและความจำเป็น

3. ศึกษาเก็บรวบรวมสถิติข้อมูลเกี่ยวกับการจราจรตามที่สารวัตรจราจรมอบหมายหรือสั่งการ และนำวิทยากรต่าง ๆ มาใช้ในการจราจร

4. การให้ความรู้และการศึกษาอบรมชี้แจง ให้ตำรวจจราจรชั้นประทวนทุกคนรู้สภาพพื้นที่แผนการจราจร สภาพปัญหา กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต่อการออกไปปฏิบัติงานทุกครั้งก่อนออกไปปฏิบัติหน้าที่ตามนโยบายของหัวหน้างานจราจร

5. สอดส่อง ตรวจสอบและแนะนำให้ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่ง ข้อบังคับเกี่ยวกับการจราจร

6. ว่ากล่าวตักเตือนก่อนออกใบสั่ง หรือออกใบสั่ง หรือจับกุมผู้ละเมิดกฎหมายระเบียบ คำสั่ง ข้อบังคับเกี่ยวกับการจราจร

7. จัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจร เพื่อเป็นการช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินการต่าง ๆ ในที่เกิดเหตุ

8. ในช่วงเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่หากมีเหตุจำเป็นเร่งด่วน ให้มีอำนาจมอบหมายให้ผู้บังคับบัญชาปฏิบัติหน้าที่อื่นได้ตามความเหมาะสม แต่ทั้งนี้ต้องไม่เสียหายต่อหน้าที่การงานประจำ และต้องรับรายงานให้หัวหน้างานจราจรทราบในทันที

9. งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานจราจร หรือที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น

2.2 หน้าที่ของตำรวจจราจรชั้นประทวน มีดังนี้

1. การจัดและควบคุมการจราจร เก็บสถิติข้อมูลเกี่ยวกับการจราจรตามที่สารวัตรจราจรหรือรองสารวัตรจราจรมอบหมายสั่งการ

2. สอดส่อง ตรวจสอบและแนะนำให้ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน ว่ากล่าวตักเตือนก่อนออกใบสั่ง หรือออกใบสั่ง หรือจับกุมผู้ละเมิดกฎหมายระเบียบ คำสั่ง ข้อบังคับเกี่ยวกับการจราจร

3. จัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจร ให้ความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สายตรวจหรือเจ้าหน้าที่อื่นในการระงับ ปรามปรามหรือจับกุมผู้กระทำผิดตามความเหมาะสม

4. งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานจราจร หรือที่ได้รับมอบหมาย

นอกจากนี้ ตำรวจจราจรชั้นประทวนบางราย อาจได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่งานด้านธุรการ (หรือเสมียนธุรการจราจร) ซึ่งจะต้องสนับสนุนการปฏิบัติงานของฝ่ายจราจรในสถานีตำรวจหรือปฏิบัติงานตามที่สารวัตรจราจรหรือรองสารวัตรจราจรมอบหมาย โดยปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับว่าด้วยเรื่องนั้น ๆ ด้วย เป็นต้น

การปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร

การปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ในฐานะเจ้าพนักงานตามกฎหมายมีลักษณะการจัดการจราจรในความรับผิดชอบของกองบัญชาการตำรวจนครบาล

1. กองบังคับการตำรวจจราจร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวก และรักษาความปลอดภัยในด้านการจราจรทางบกภายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบนทางพิเศษ

2) ปฏิบัติงานตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญากฎหมายว่าด้วย การจราจรทางบก และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวกับการจราจรทางบกที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

3) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสอบสวนและเปรียบเทียบปรับในคดีอาญาตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบกและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจราจรทางบกที่เกิดขึ้น ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือบนทางพิเศษ

4) ดำเนินการเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การควบคุมการจราจรโดยระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ ตลอดจนการดำเนินการเกี่ยวกับวิศวกรรมจราจรในหน้าที่ตำรวจ

5) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจพิสูจน์อุบัติเหตุ ตรวจสอบความมั่นคงของผู้ขับขี่ตรวจพิสูจน์ก๊าซ ผุ่น คว้น ละออง เเคมี และเสียงของรถ ตลอดจนดำเนินการเกี่ยวกับงานสถิติข้อมูลด้านการจราจร

6) ปฏิบัติงานสายตรวจจราจรตามแนวพระราชดำริ ในโครงการพระราชดำริแก้ไขปัญหาการจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร และ ปริมณฑล

7) ดำเนินการเกี่ยวกับการเสนอความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาวางแผนจัดการจราจรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบนทางพิเศษ

2. กองกำกับการอำนวยการ มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้ ปฏิบัติงานธุรการ งานสารบรรณ งานงบประมาณการเงิน พัสดุและสิ่งกำลังบำรุง งานบริหารงานบุคคล งานคดี งานวางแผนจัดระบบการจราจร งานประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ และฝึกอบรม รวมทั้งการติดตามประเมินผล

3. กองกำกับการ 1 มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1) ประสานสนับสนุนและดำเนินการเกี่ยวกับการอำนวยการความสะดวก,การรักษาความปลอดภัยในการจราจรทางบก การบังคับใช้กฎหมายตามประมวลกฎหมาย วิธีพิจารณาความอาญา, กฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องในเขตกรุงเทพมหานครและบนทางคู่ขนานลอยฟ้าบรมราชชนนี ยกเว้นบนระบบทางด่วนและทางพิเศษ

2) อำนวยการจราจรในการนำขบวนเพื่อถวายอารักขา และการรักษาความปลอดภัยขบวนบุคคลสำคัญ ตลอดจนอำนวยการจราจรในงานภารกิจพิเศษต่างๆ

3) สอบสวนคดีและเปรียบเทียบปรับคดีความผิดตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบกและกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. กองกำกับการ 2 มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการเกี่ยวกับงานอำนวยการจราจรในการนำขบวนเพื่อถวายอารักขา และรักษาความปลอดภัยขบวนบุคคลสำคัญ ตลอดจนอำนวยการจราจรในกิจการพิเศษต่างๆ ในระบบทางด่วนและทางพิเศษ เช่น ทางด่วนขั้นที่ 1 , 2 ทางด่วนสายบางนา - ชลบุรี รามอินทรา - อารณรังค์ ทางยกระดับอุตราภิมุข ถนนวิภาวดีรังสิต

2) ดำเนินการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา,กฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องในระบบทางด่วนและทางพิเศษ

3) สอบสวนคดี และเปรียบเทียบปรับคดี ความผิดตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องในระบบ ทางด่วน และทางพิเศษ

5. กองกำกับการ 3 มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมการเบี่ยงเบนไปส่งในกองบัญชาการตำรวจนครบาล รวมทั้งการควบคุมไปส่ง การประมวลไปส่งด้วยคอมพิวเตอร์

2) ติดตามประเมินผลผู้กระทำผิดซ้ำซ้อน และดำเนินมาตรการต่อผู้กระทำผิดซ้ำซ้อน

3) ตรวจสอบและเปรียบเทียบปรับความผิดจราจรค้างเก่าประจำกรมการขนส่งทางบก

4) ตรวจสอบและเปรียบเทียบปรับความผิดเกี่ยวกับการจราจรในกรุงเทพมหานครและความผิดด้านมลภาวะของรถ

6. กองกำกับการ 4 มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1) ดำเนินการเกี่ยวกับงานควบคุมการจราจรด้วยระบบโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) และประสาน

การจัดการจราจรเป็นพื้นที่(ATC) ตลอดจนเสนอแนะแนวทางแก้ไข ปัญหาการจราจร

2) ดำเนินการเกี่ยวกับการติดต่อทางวิทยุสื่อสาร และการรับรายงานแจ้งข่าว (ศูนย์ควบคุมและสั่งการจราจร)

3) ดำเนินการเกี่ยวกับวิศวกรรมจราจรในหน้าที่ตำรวจ

7. กองกำกับการ 5 มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจพิสูจน์เครื่องกลรถที่เกิดอุบัติเหตุ

2) การตรวจพิสูจน์ผู้ขับขี่ที่เสพของมึนเมาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

3) เสนอแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

8. ฝ่ายปฏิบัติการพิเศษการจราจร มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้ ปฏิบัติงานสายตรวจจราจรตามแนวพระราชดำริในโครงการพระราชดำริแก้ไขปัญหาการจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เพื่อบรรเทาปัญหาจราจร 5 ประการ คือ

1) แสวงหาแนวทางให้ผู้ใช้ถนนเคารพกฎจราจร และมีมารยาทในการใช้รถใช้ถนน

2) ใช้รถจักรยานยนต์เป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปแก้ไขปัญหาจุดที่ทำให้รถติด เปรียบเสมือนกับ

รถนำขบวน

3) ใช้รถจักรยานยนต์ดูแลการจราจรในถนนให้เคลื่อนตัวไปได้เรื่อยๆ ตามความเหมาะสม

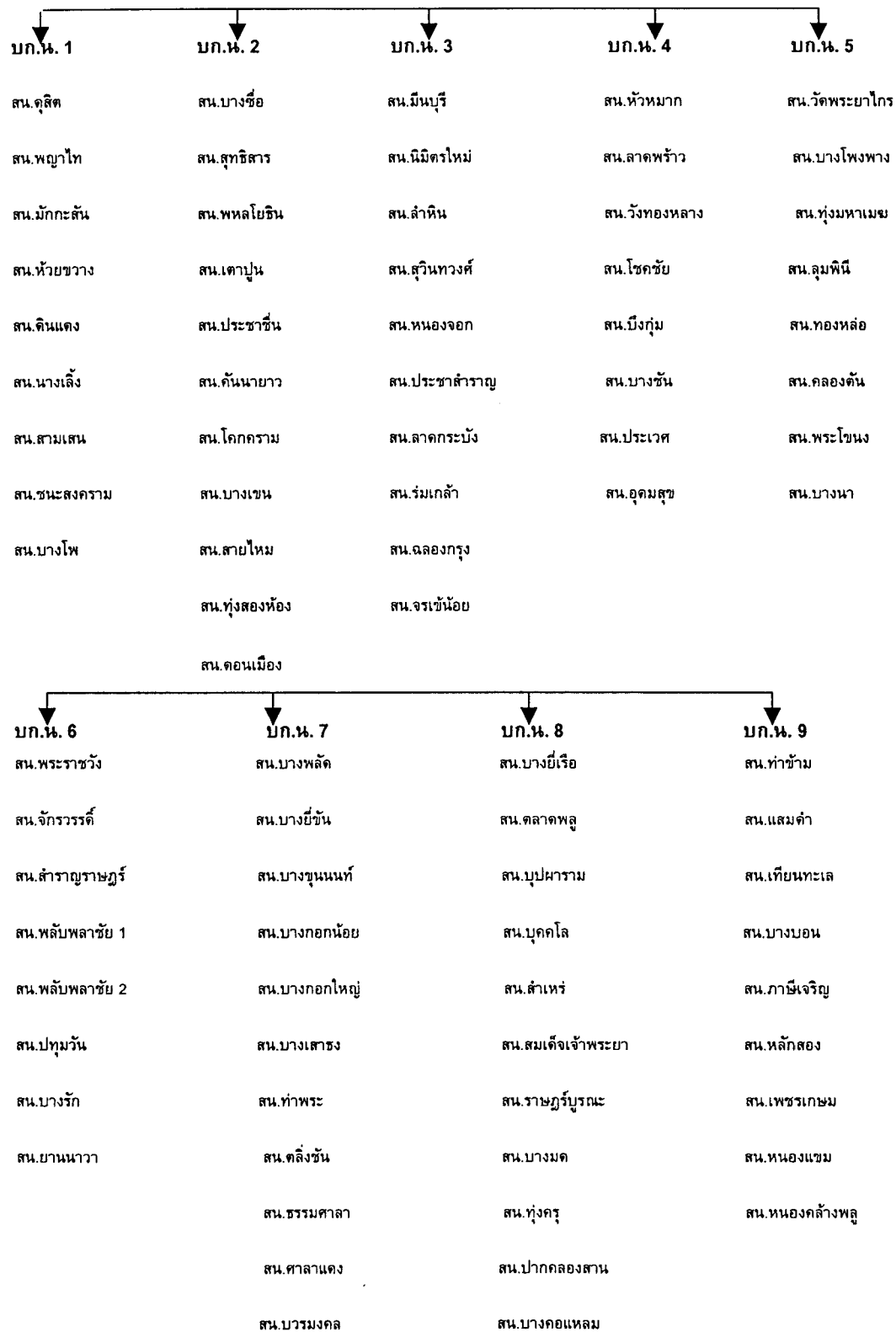
4) ถนนที่เป็นคอขวดให้รถจักรยานยนต์เข้าไปแก้ไขปัญหาลให้รถเคลื่อนตัวไปได้เรื่อยๆ เปรียบ

เสมือนเท้าน้ำออกจากขวด

5) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาจราจร

9. การจัดการจราจรโดยแบ่งเขตพื้นที่ จะเป็นการจัดการจราจรภายในอาณาเขตของสถานีตำรวจนครบาล (สน.) ซึ่งได้จัดแบ่งตามเขตพื้นที่ของสน. เพื่อการกระจายกำลังตำรวจจราจรออกเป็นหน่วยเล็ก ๆ จำนวนมาก เพื่อให้สะดวกในการดูแลสภาพการจราจรและการเดินทางไปยังจุดต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยกองบัญชาการตำรวจนครบาล (บช.น) ได้จัดองค์กรและจัดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ออกเป็น 9 กองบังคับการ (บก.)” (โฆษิต กลัษเจริญ, 2543 : 14-17) ดังนี้

สถานีตำรวจนครบาลในเขตกองบัญชาการตำรวจนครบาลรวม 87 สถานี



ที่มา : พระราชกฤษฎีกา การแบ่งส่วนราชการกรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2540

อัตรากำลังพลของกองบัญชาการตำรวจนครบาล (กรุงเทพฯ) (10 พฤษภาคม 2545)

กองบังคับการนครบาล 1 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 469 นาย

กองบังคับการนครบาล 2 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 514 นาย

กองบังคับการนครบาล 3 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 204 นาย

กองบังคับการนครบาล 4 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 353 นาย

กองบังคับการนครบาล 5 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 584 นาย

กองบังคับการนครบาล 6 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 468 นาย

กองบังคับการนครบาล 7 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 309 นาย

กองบังคับการนครบาล 8 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 305 นาย

กองบังคับการนครบาล 9 ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 252 นาย

กองบังคับการตำรวจจราจร (จราจรกลาง หมวกสีส้ม) ตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจร มี 1561 นาย

ดังนั้น รวมกำลังตำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่จราจรในกองบัญชาการตำรวจนครบาล (กรุงเทพฯ) มีจำนวนทั้งหมด 5019 นาย

2. ความเชื่อ (Belief)

โดยทั่วไปแล้วความเชื่อเกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคล และบางครั้งอาจจะเกี่ยวโยงถึงการตัดสินใจแยกแยะบางสิ่งบางอย่างของบุคคล และยังเกี่ยวข้องกับความเข้าใจของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมอีกด้วย นอกจากนี้ สิ่งที่เชื่อนั้นอาจจะเกี่ยวข้องกับบุคคล กลุ่มคน สถาบัน พฤติกรรม นโยบาย หรือเหตุการณ์ต่างๆ ชไคป์ (Scheibe. 1970 : 1-40) กล่าวว่า ความเชื่อคือสิ่งที่บุคคลกระทำ หรือสิ่งที่บุคคลเห็นว่าถูกต้องและพิจารณาแล้วว่าเป็นจริงจัดว่าเป็นความเชื่อ ดังนั้นความเชื่อจึงมีลักษณะคล้ายกับสิ่งที่ติดแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ หรือความเชื่อเป็นรูปแบบหนึ่งของความรู้ที่จะเป็นเครื่องกำหนดแนวโน้มให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความเชื่อที่มีในสิ่งนั้นๆ

ไวทิงและไซลด์ กล่าวว่า ความเชื่อเป็น ค่านิยม เจตคติ ที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ในการตอบสนองของบุคคลในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่ง ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมนั้น แต่โรส ได้ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็นการโต้แย้งกันระหว่างความคิดที่ถูกกับความคิดที่ผิด ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในด้านความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางธรรมชาติและพยายามพิสูจน์ว่าปรากฏการณ์ทางธรรมชาตินั้นเป็นจริงหรือไม่ ตามที่ตัวเองคิด ถ้าพิสูจน์ว่าสิ่งนั้นเป็นจริงตามความคิด ก็จะเชื่อในสิ่งนั้น แต่ถ้าพิสูจน์แล้วว่าสิ่งนั้นไม่เป็นจริง ตามความคิดที่ตัวเองมีอยู่ ก็จะพยายามพิสูจน์ต่อไป โดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และถ้าผลออกมาว่าไม่เป็นไปตามที่ตัวเองคิด ก็จะเปลี่ยนความคิดใหม่ซึ่งอาจจะกลายเป็นความเชื่อที่ผิดเกิดขึ้นสำหรับบุคคลนั้น (สุเรเดช สารานุกิจต์. 2527 : 8)

ภิญโญ จิตต์ธรรม (2518 : 54) กล่าวว่าความเชื่อ คือสิ่งที่มนุษย์ค่อยๆ เรียนรู้ และทำความเข้าใจโลกมาเป็นจำนวนหลายพันปี และเชื่อว่ามีอำนาจลึกลับที่จะทำให้มนุษย์ได้รับผลดีผลร้าย ทำให้มนุษย์กระทำการต่างๆ ตามความเชื่อของตนเอง

จากความหมายเกี่ยวกับความเชื่อที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าความเชื่อเป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลให้ประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

สุเทพ สุนทรเกสัช (สุเทพ สุนทรเกสัช. 2511 : 58) ได้แบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความเชื่อส่วนบุคคล หมายถึง ความเชื่อของบุคคลแต่ละคนโดยทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรากฐาน ความปรารถนาและศรัทธาของแต่ละคน

2. ความเชื่อของกลุ่ม หมายถึง ความเชื่อส่วนรวมที่เป็นวัฒนธรรมของหมู่บ้านซึ่งมีอิทธิพลต่อเจตคติของชาวบ้านส่วนรวม

ภิญโญ จิตต์ธรรม (ภิญโญ จิตต์ธรรม. 2518 : 55) แบ่งประเภทความเชื่อเป็น 6 ประเภทคือ

1. ความเชื่อที่เกิดจากความกลัว กล่าวคือ ความเชื่อส่วนใหญ่เกิดจากความกลัวเหตุที่กลัวเพราะไม่รู้ เชื่อว่าผลทั้งหลายต้องมาจากการกระทำของผู้ใดผู้หนึ่ง ผู้นั้นคือใครก็ไม่รู้และด้วยเหตุที่ไม่รู้จึงได้กำหนด หรือสมมติให้มีเทวดาประจำสิ่งต่าง ๆ ขึ้น เทวดาใจดีก็ดี เทวดาใจร้ายก็ดี ล้วนแต่มนุษย์กำหนดขึ้นเองทั้งสิ้น และเมื่อมีเทวดาก็ต้องมีการเซ่นสรวงบูชา เพื่อเป็นสวัสดิมงคล หรือเพื่อมิให้เทวดาเหล่านั้นให้โทษแก่ใคร

2. ความเชื่อที่เกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ และการสังเกตธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ ได้ประสบการณ์ชีวิตอยู่เป็นประจำ เมื่อมีปรากฏการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น จันทรุปราคา สุริยุปราคา รุ้งกินน้ำ ดาวหาง ฝนฟ้าคะนอง เป็นต้น ก็มีความเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเพราะอย่างนั้นอย่างนี้ขึ้น ความเชื่อที่เกิดขึ้นทำนองนี้อาจได้จากการสังเกตกันมาหลายชั่วอายุคน

3. ความเชื่อเกี่ยวกับยากลางบ้าน กล่าวคือ ยากลางบ้านที่ใช้กันทั่ว ๆ ไป ยังใช้แก้โรคต่าง ๆ ได้อยู่จนถึงในปัจจุบัน เพราะตามธรรมชาติมนุษย์ย่อมเจ็บไข้และได้รับภัยจากสิ่งแวดล้อมอยู่เป็นประจำ เมื่อประสบความเจ็บไข้ได้ป่วยและภัยนั้นจะแก้ไขอย่างไรเพื่อให้หายรอด มนุษย์จึงพยายามชวนช่วยหาสิ่งแก้ที่แรกอาจลองผิดลองถูก ถ้าสิ่งใดแก้ไขได้หรือแก้ไขได้ดีกว่า ก็บอกกันต่อ ๆ ไป

4. ความเชื่อทางไสยศาสตร์ กล่าวคือ ความเชื่อทางไสยศาสตร์และคาถาอาคมต่าง ๆ มีอยู่ทุกหมู่บ้านในสมัยที่มนุษย์ยังไม่ได้ได้รับความเจริญทางวิทยาศาสตร์ และแม้ว่าจะมีความเจริญทางวิทยาศาสตร์มากในปัจจุบัน ความเชื่อทางไสยศาสตร์ก็ยังมีอยู่ทั่วไป ไสยศาสตร์จึงเป็นที่พึ่งทางใจอย่างหนึ่งของมนุษย์

5. ความเชื่อโชคลาง กล่าวคือ ความเชื่อประเภทนี้ได้จากการสังเกตและสถิติซึ่งมนุษย์ได้ประสบ เช่น การลงจากบ้านด้วยเท้าซ้ายหรือขวา เขม่นตาซ้ายขวา อาจจะทำให้เกิดปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นมนุษย์ได้สังเกตและจดจำไว้ แต่บางทีก็ไม่ใช่จริงเสมอไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

6. ความเชื่อเกี่ยวกับฤกษ์ยาม นิमितผืน กล่าวคือ ฤกษ์ยามส่วนใหญ่เราได้จากคติทางศาสนา พราหมณ์ ทางโหราศาสตร์จึงมักจะเกี่ยวข้องกับดวงดาวในท้องฟ้า การเคลื่อนย้ายเปลี่ยนราศีทั้งฤกษ์และยาม คงเป็นสถิติเช่นเดียวกัน แม้ในปัจจุบันก็ยังยึดถือกันอยู่มาก เช่น การวางศิลาฤกษ์และการเลือกยามในการเดินทาง และอื่น ๆ เป็นต้น

ความเชื่อของชาวบ้านเกิดจากสาเหตุหลายประการ บางเรื่องเป็นวิธีการสอนของผู้ใหญ่ไม่อยากให้เหตุผลโดยตรง จึงนำเอาสิ่งที่น่ากลัวมาขู่หลอก (สุริวงค์ พงศ์ไพบูลย์. 2529 :157) บางเรื่องเป็นคำสอนที่เป็นปรัชญา ผู้ใหญ่เห็นว่าถ้าการสั่งสอนหรืออธิบายกันตรง ๆ คนสติปัญญาต่ำจะไม่เชื่อฟังจึงนำเอาโชคลางที่คนเหล่านี้ยังเชื่อถืออยู่มาใช้เป็นสื่อ ซึ่งแต่เดิมนั้นมนุษย์เชื่อว่า มีอำนาจลึกลับที่จะทำให้มนุษย์ได้รับผลดี

ผลร้าย มนุษย์กลัวอำนาจลึกลับของสิ่งนั้น ก็จะทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนเพื่อมิให้ถูกลงโทษ และทำเพื่อเอาใจอำนาจลึกลับนั้น (ภิญโญ จิตตธรรม. 2518 : 54) ต่อมาจึงได้มีพิธีต่าง ๆ บูชาเช่นสรวง พระผู้เป็นเจ้า เพราะเชื่อว่า สิ่งทั้งหลายที่เกิดขึ้นต้องมีสิ่งที่บันดาลให้เป็น เช่น ฝนตก แดดออก ลมพัด เป็นต้น มนุษย์จึงตั้งเทพเจ้าประจำสิ่งนั้น ๆ ขึ้น ความเชื่อต่าง ๆ จะเสื่อมไปเมื่อความเจริญทางวิทยาศาสตร์ มาถึง เพราะมนุษย์ที่เข้าใจวิทยาศาสตร์ย่อมรู้ว่าสิ่งที่เป็นธรรมชาติทั้งหลายเกิดจากเหตุและเหตุนั้นคืออะไร จึงพยายามพิสูจน์ให้เห็นจริงให้ได้ ซึ่งความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับความเห็นของ กมล สุตะประเสริฐ (สุระเดช สารานุกรมจิตต์. 2527 : 12-13 ; อ้างอิงจากกมล สุตะประเสริฐ. 2516 : 6-7) ที่ว่าความเชื่อและการได้รู้ของคนเรานั้นอาจเกิดได้โดยวิธีทั่ว ๆ ไป 4 วิธีดังนี้

1. วิธียึดมั่นหรือเกาะแน่นในของเดิม กล่าวคือ เมื่อคนรู้และเชื่อในสิ่งใดก็ยึดมั่นหรือฝังแน่นอยู่กับสิ่งนั้น และที่กักเอาเองว่าสิ่งนั้นที่เป็นจริงยังมีปรากฏการณ์เกิดขึ้นมากก็ทำให้คนยึดมั่น ในสิ่งนั้นมากยิ่งขึ้น ผู้ที่เกาะแน่นอยู่กับความเชื่อของตนเมื่อเผชิญกับข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับความเชื่อที่ตนมีอยู่ ก็จะได้แย้งว่าความจริงที่เกิดขึ้นมาใหม่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

2. วิธียึดอำนาจเหนือ กล่าวคือ เป็นวิธีสร้างความเชื่ออำนาจของผู้รู้ ถ้าหากว่าคัมภีร์ว่าไว้อย่างไร ก็ต้องเชื่อว่าเป็นอย่างนั้น ๆ ถ้าศาสตราจารย์วิจารณ์เรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ก็เชื่อว่าเป็นอย่างนั้น นักฟิสิกส์ชั้นยอดบอกว่ามีพระเจ้าก็เชื่อว่ามีพระเจ้า วิธีการนี้เป็นวิธีที่มีอำนาจเหนือกว่าวิธีแรกเสียด้วยซ้ำ เหมือนกับสุภาชิตที่ว่า "ตามหลังผู้ใหญ่หมาไม่กัด" การเดินตามหลังผู้ใหญ่หรือผู้มีอำนาจที่ตนนั้น ไม่เสียหาย แต่ถ้าเมื่อไรเกิดเดินตามหลังผู้ใหญ่หรือผู้มีอำนาจเหนือกว่าที่ให้ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ความเชื่อและตัวเราก็พลอยผิดพลาดเสียหายไปด้วย

3. วิธีรู้ได้และเชื่อสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน กล่าวคือ คนเรามักจะเชื่อในสิ่งที่มิผู้กระทำมาก่อนและสิ่งนั้นก็มิเกิดผลให้น่าเชื่อ เช่น การสร้างถนนในที่ลุ่ม คนสมัยก่อนใช้หินก้อนโต ๆ มาถมซึ่งถนนก็ยังมีการพังอยู่เสมอ ตอนหลังมีการใช้ทรายอัดลงไป คนทำที่หลังก็ทำตามที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าเมื่อเห็นใครทำอะไรก็รู้สึกว่าการกระทำนั้นมีเหตุผล คนก็จะลำเอียงที่จะเลียนแบบตาม

4. วิธีการทางวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ วิธีที่มีลักษณะผิดแผกกว่าวิธีอื่น ๆ มีการแก้ไขปัญหาและรู้ได้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีการตรวจสอบเพื่อพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่เพียงใดก่อนที่จะปักใจเชื่อ ถึงแม้ว่านักวิจัยหรือนักวิทยาศาสตร์จะได้วางข้อสมมติฐานไว้อย่างหนึ่งแต่เวลาศึกษา เขาก็จะทดสอบข้อสมมติฐานอื่นที่นอกเหนือไปจากข้อสมมติฐานที่ได้วางไว้แล้วด้วย นักวิทยาศาสตร์จะไม่ยอมรับคำบอกเล่าที่บอกลอย ๆ ว่าเป็นเรื่องจริง ถึงแม้จะมีหลักฐานชี้ให้เห็นในขั้นแรกว่าอาจจะเป็นจริง ๆ เขาก็จะยืนยันที่จะพิสูจน์ทดสอบดูเสมอและจะพยายามอย่างยิ่งที่จะใช้วิธีทดสอบนั้นโดยกระทำต่อหน้าปวงชน หรือให้ปวงชนทราบ

จะเห็นได้ว่า ความเชื่อเกิดจากประสบการณ์ของบุคคล เจตคติและความเชื่อของบุคคลจะเปลี่ยนไปได้โดยอาศัยองค์ประกอบบางอย่างดังที่ สุโท เจริญสุข (สุโท เจริญสุข. 2520 : 40-41) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเชื่อดังนี้

1. อายุ คนที่มีอายุมากร่างกายก็เจริญขึ้น ความคิดเห็นก็เจริญขึ้นด้วย
2. ระดับการศึกษาทั่วไป คนที่มีการศึกษาและประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางและอุปทานในสิ่งต่าง ๆ ได้มาก
3. ชั้นของการเรียนคือ จบชั้นไหนของการศึกษา ผู้ที่เคยผ่านชั้นสูง ๆ ก็รู้มาก เห็นมาก คิดมาก

เป็นธรรมดา พัฒนาการทางด้านความเชื่อและอุดมคติจึงเป็นไปได้ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4.ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม คนมีเงินมากย่อมแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้มากกว่าและดีกว่าคนขาดเงิน การได้ท่องเที่ยวในต่างประเทศ ก็ช่วยให้คนเพิ่มความรู้สึกนึกคิดในทางที่ถูกต้องเช่นกัน

5. อาชีพ เจตคติ และศีลธรรมจรรยา ย่อมเป็นตามอาชีพของตน สังเกตได้ง่ายๆ เช่น แนวความคิดและการกระทำของคนอาชีพหาเข้ากินค่า กับคนอาชีพสูง ๆ ที่สังคมยกย่องจะเห็นว่าต่างกัน พวกที่มีอาชีพสูงนั้นจะมีแนวโน้มว่าจะเป็นบุคคลที่มีความคิดผูกมัดกับประเพณีระเบียบแบบแผน

6. เพศ ความแตกต่างทางเพศชี้ให้เห็นว่า ความเป็นไปของสังคมเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้บ้าง เช่น การดื่มสุรา ผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิง การเชื่อฟังปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่ฝ่าฝืนข้อบังคับ ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย

อาจกล่าวได้ว่า มนุษย์จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่ออย่างมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลซึ่งจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอื่นๆ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์ดังที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าวไว้ว่า ความเชื่อจะเป็นสิ่งก่อให้เกิดการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป ถ้าได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อของชาวชนบท พบว่า ชาวชนบทส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม มีความเชื่อในสิ่งไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพของครอบครัวไม่ดี และเป็นผลให้การทำงานไม่เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ ไพฑูรย์ เครือแก้ว ที่ว่าเกษตรกรของไทยมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่มีความเชื่อในโชคชะตา และการช่วยเหลือของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ขาดความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงครอบครัวและสุขภาพของตนเองตามอิทธิพลของความเชื่อนั้น (สุรเดช สำราญจิตต์. 2527 : 15)

เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพในบางคนถ้ามีความเชื่อที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ก็อาจจะปฏิบัติตามความเชื่อที่ถูกต้องนั้น หรือบางคนถ้ามีความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพก็อาจจะปฏิบัติตามความเชื่อที่ผิดๆ นั้น ซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นผลดีและผลเสียต่อสุขภาพเมื่อปฏิบัติตามความเชื่อที่ตนเองมีอยู่นั้นได้ เพราะว่าสุขภาพหมายถึง คุณภาพของร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเชื่อใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141) ความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ จะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล เช่น ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการกระทำของตนและตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่นจะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และตนเองไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะหนึ่งที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล (กรรณิการ์ กันธะรักษา . 2527 : 17) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long and Woods. 1983 : 127) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นทุกคนจะปฏิบัติแตกต่างกันไปขึ้นกับ

องค์ประกอบหลายๆ ประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 30) และจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร (2529 : 8-26) ได้สรุปแนวความคิดของผู้สันักตกรณืหลายท่านเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไว้ว่า สังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐานขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ในแนวความคิดเหล่านี้ต่างก็มีความเข้าใจร่วมกันอยู่ 3 ประการ คือ

1. การเกิดโรคเป็นเรื่องธรรมชาติสามัญ ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม
2. เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้ว มนุษย์ต้องหาทางรักษา สังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะทำการรักษาและมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค
3. นอกจากจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาแล้ว สังคมทุกสังคมย่อมคิดค้นหาสาเหตุ และความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันรักษาตน รวมทั้งเป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยอีกประการหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยในสังคมนั้นๆ

ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจหรือการรับรู้ นั้น และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย (Rosenstock. 1974: 335)

4. แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงต้นปี ค.ศ.1950 พบว่าการป้องกันโรคซึ่งเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการให้บริการทางสาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นตัวอย่างของทฤษฎีหนึ่งที่นักจิตวิทยาใช้เพื่อทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีปัจจัยพื้นฐานบนความเชื่อของบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อสาธารณสุขชนแห่งสหรัฐอเมริกา (United State Public Health Services) ในปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนจึงไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค ทั้งๆที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเพียงเล็กน้อย อันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขในระยเวลานั้น (ค.ศ.1950-1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker and Maiman. 1974: 409-429)

พื้นฐานรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถาน (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ เดิร์ท เลวิน ซึ่งในมโนทัศน์ของเลวิน จะอธิบายถึงความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลว่าเกี่ยวข้องกับ ห้วงอวกาศของชีวิต (Life-Space) โดยประกอบด้วยค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) ค่านิยมเชิงลบ (Negative Value) โดยทฤษฎีกล่าวว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (positive value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ

(negative value) โดยที่เลวินมีความเห็นว่า "โรค" เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก นอกจากนี้ เลวินยังเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆ เกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการ ประการแรก คือ การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่สอง คือ การประเมินผลลัพธ์ที่ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสองจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Rosenstock. 1974 : 328-335)

จากแนวคิดของเลวิน โรเซนสตอก และคณะ จึงได้นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในด้านการป้องกันโรค โดยที่รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เชื่อว่าการมีสุขภาพดี เป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการและบุคคลก็จะพยายามเข้าหาการมีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งพฤติกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้และความคาดหวังของบุคคล (บุษกร สุรังสรรค์. 2536 : 26) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากโรค การค้นหาโรคหรือการควบคุมโรคก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเอาใจใส่ต่อตนเองในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคาม โดยมีความเชื่อว่าสถานการณ์ที่คุกคามตนเองนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในระดับหนึ่ง และมีความเชื่อว่าถ้าตนเองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคแล้ว จะมีประโยชน์ต่อตนเองทั้งในแง่ลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่คุกคามนั้นๆ (Rosenstock. 1974 : 330)

นอกจากนี้โรเซนสตอก ยังกล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อ เขามีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
3. การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บปวดต่างๆ ได้

ดังนั้น โรเซนสตอกจึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

เคิร์สท์ และคอบบ์ (วรรณาสาริยาชีวะ. 2541 : 41-42 ; อ้างอิงจาก Kirscht and Cobb. 1974 : 398) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นกัน ได้นำมาอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อจะได้ทราบว่ามีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้น เขาควรทำอย่างไรกับความผิดปกตินั้นๆ

ต่อมา เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1974 : 348) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ภายหลังจากนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว เบคเกอร์จึงได้นำมาปรับปรุงใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเพื่อที่จะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (สุวารีวรรณ กิจสมักร. 2539 : 42-44) มีดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรสดังกล่าวจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ ได้ ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้นจะแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรสดังกล่าว เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 14) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าคุณเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดี จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่างๆ มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่า ควร มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคก็อาจจะยังไม่มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น เพนเดอร์ (Pender, 1975 : 386) กล่าวว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสุขภาพของตนมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง โดยประเมินจากอาการแสดง หรือการคุกคามของโรคและผลกระทบที่มีต่อครอบครัว อาชีพ และสังคม ซึ่งระดับการคุกคามของโรคจะเริ่มตั้งแต่ ความไม่สบายเพียงเล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงขั้นพิการ หรือ ความตาย เช่น การรับรู้ว่าคุณมีโรครุนแรงเป็นโรคร้ายมีระดับการคุกคามต่อสุขภาพมาก บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะพยายามป้องกันสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดโรค นอกจากนั้น บุคคลอาจรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยการประเมินจากอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคโดยการตัดสินใจจากผลกระทบที่มีต่อบทบาทการประกอบอาชีพ และต่อครอบครัวว่ามีมากน้อยเพียงใด แสดงว่าถ้าบุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยใดทำให้เกิดความรุนแรงต่ออวัยวะและมีผลเสียต่อสังคมของตนแล้ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคนั้น

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits) เป็นการรับรู้ที่มีผลมาจากความเชื่อว่า วิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี มีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดย

บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

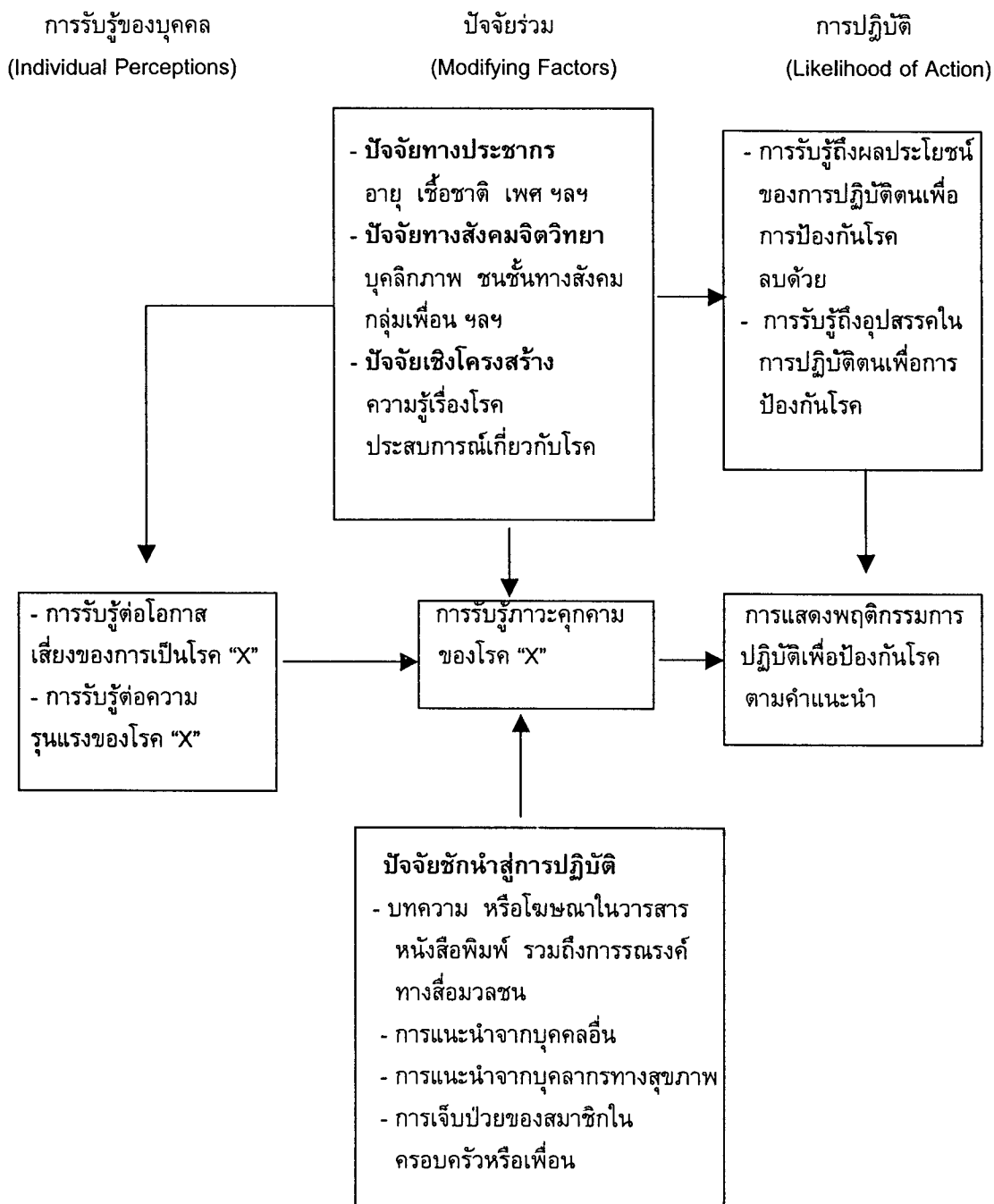
5. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) หรือแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่เสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 11) กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ควรศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติด้วย ซึ่งจะมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอก เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือผลของสื่อต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ทางสุขภาพ หรือการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากแพทย์ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานที่เจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ

6. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Modifying Factors) เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 414-415) พบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยด้านประชากร เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งสิ้นทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย

6.1 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio – Psychological Variables) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดซึ่งเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 19) อ้างถึงการศึกษานี้ของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรคกรีน (Nemeck. 1990 : 135 ; citing Green. 1970) อธิบายถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่นในชุมชนซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม (norm) ค่านิยมทางวัฒนธรรมและจะเป็นพื้นฐานทำให้มีการปฏิบัติด้านการป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

6.2 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน (Structural Variables) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค มอร์ กล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลว่า จะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะรวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและทัศนคติ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมจะสะท้อนถึงสถานภาพส่วนบุคคลในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งวัดได้จากคุณลักษณะทางด้านการศึกษา อาชีพ ขนาดครอบครัว เป็นต้น ด้วยสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสะท้อนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) และแบบแผนพฤติกรรม (Behavioral Patterns) และจะมีผลกระทบต่อแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ

6.3 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ กัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันโรคได้มากขึ้น เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1974 : 349) ได้นำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ในภาพประกอบ 1 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยเบคเกอร์และคณะ
(John E. Bowes. 1997 ; citing Becker and others. 1974,1994)

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสตอกโดยเบเกอร์และคณะ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรคนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจร ผู้วิจัยจึงเพิ่มปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และมีปัจจัยบางตัวที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา คือ เพศ เนื่องด้วยรายงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ซึ่งตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ด้านเชื้อชาติตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร มีเพียงเชื้อชาติไทย ด้านชนชั้นทางสังคมและกลุ่มเพื่อนนั้นส่วนใหญ่ตำรวจจราจรที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่จะเป็นตำรวจจราจรที่มียศนายสิบกับนายดาบ เพราะฉะนั้นจะไม่มี ความแตกต่างทางชนชั้นทางสังคมและกลุ่มเพื่อนมากนัก ด้านความรู้เรื่องโรคและประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เนื่องจากตำรวจจราจรไม่ได้เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพโดยตรง อาจจะไม่ได้นสนใจในเรื่องสุขภาพและเรื่องโรคมก ส่วนด้านบุคลิกภาพนั้น บุคลิกภาพโดยภาพรวมของแต่ละอาชีพจะมีความคล้ายคลึงกัน บุคลิกภาพของตำรวจจราจรมีลักษณะรักพวกพ้องใจกว้าง มีมนุษยสัมพันธ์ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ดี ใช้คำเฉพาะกลุ่ม มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง (ธีรวิทย์ โอสธานนท์. 2534 : 120-121) ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของตำรวจ ทำให้บุคลิกภาพโดยรวมของตำรวจแต่ละนายไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงขอศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมเพียงบางด้านเท่านั้น โดยจะศึกษาปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคม กับ ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแยกศึกษาแต่ละด้าน ดังนี้ **งานวิจัยปัจจัยด้านอายุกับ ความเชื่อด้านสุขภาพ**

เคจีเลส และคนอื่น ๆ (สุวารีวรรณ กิจสมัคร. 2529 : 50 ; อ้างอิงจาก Kegeles and others. 1965) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่าง การตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ และทำการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีกลุ่มอายุ 21-34 ปี อายุ 45-54 ปี และอายุ 55-64ปี มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าในกลุ่มอายุ 35-44 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสเฟลด์, เคิร์ทและบล็อด (สุวารีวรรณ กิจสมัคร. 2529 : 50 ; อ้างอิงจาก Weissfeld, Kirscht and Brock.1990 : 141) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร-สังคมกับความเชื่อด้านสุขภาพและความห่วงใยต่อสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ชาย-หญิงในเมืองมิชิแกน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงชาวผิวดำผู้ที่มีอายุมาก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและจะมีความห่วงใยต่อสุขภาพ

การศึกษาของสุภาพ ไบแกว (2528 : 105) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุมากจะมีความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมกขึ้นตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสนธิ พึ่งสาย (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุ 15-60 ปี

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงผลประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา สุขแสง (2544 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีรับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 113 คน ที่มีอายุ 15-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุมาก มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ดีกว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุน้อยกว่า

จากผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ในด้านต่าง ๆ ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบกับตำรวจจรรยาเป็นกลุ่มที่มีบุคคลหลากหลายในด้านอายุ ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาเปรียบเทียบตำรวจจรรยาที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความเชื่อด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันด้วยหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรอายุมาเป็นตัวแปรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยปัจจัยด้านระดับการศึกษากับความเชื่อด้านสุขภาพ

เคจีเลส และคนอื่นๆ (สวาร์วีรณ กิจสมักร. 2529 : 50 ; อ้างอิงจาก Kegeles and others. 1965) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่าง การตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูง

การศึกษาของ อูตีพร อิงคถาวรวงศ์ (2528 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามารับดี พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ทำให้มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 105) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจรรณี สุตติ (2537 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของสนิห พึ่งสาย (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อายุ 15-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตน และยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา สุขแสง (2544 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของ

ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ความสามารถไปตามลำดับการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้นย่อมมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ ได้มากกว่า รวมทั้งมีความสามารถในการคิด การประเมิน การไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล และนำเอาความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จึงน่าจะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีกว่าด้วย ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยปัจจัยด้านสถานภาพสมรสกับความเชื่อด้านสุขภาพ

การศึกษาของเคจีเลส และคนอื่นๆ (สุวารีวรรณ กิจสมักร. 2529 : 50 ; อ้างอิงจาก Kegeles and others. 1965) ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

งานวิจัยปัจจัยด้านจำนวนบุตรกับความเชื่อด้านสุขภาพ

การศึกษาของวนิดา เสนาะวงศ์ (สมบุรณ์ บุญเกียรติ. 2539 : 30 ; อ้างอิงจาก วนิดา เสนาะวงศ์. 2535 : 111) ศึกษาพบว่า การมีบุตร และไม่มีบุตร มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยที่ สตรีที่ไม่มีบุตร ไม่เคยตรวจภายในจะมีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมากกว่าสตรีที่มีบุตรแล้ว เนื่องจากสตรีที่ไม่มีบุตร ไม่เคยตรวจภายในจะมีความอายและกลัวมากกว่าสตรีที่มีบุตรแล้ว ในงานวิจัยนี้จะเห็นว่าการรับรู้อุปสรรคในการเข้ารับการตรวจรักษา คือ ความอายและกลัวจะมีผลต่อการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขของประชาชน

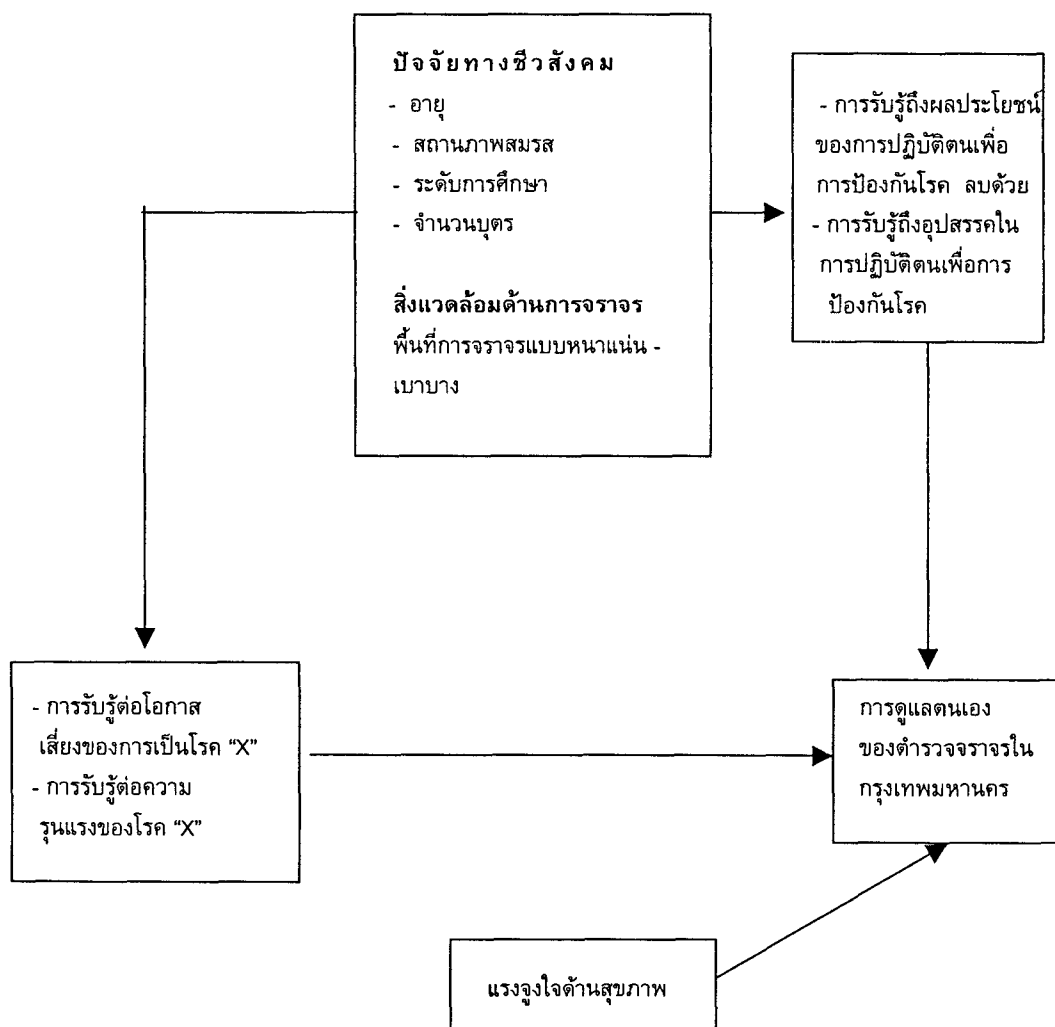
จากผลการศึกษา สถานภาพสมรส กับจำนวนบุตร เป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสถานภาพสมรสคู่ กับการมีบุตรน่าจะมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแบบอื่นๆ กับการไม่มีบุตร ทั้งนี้เพราะคู่สมรส หรือบุตร ถือเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยให้เข้าถึงหรือมีความรู้เกี่ยวกับโอกาสในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ไม่คู่สมรสหรือบุตรที่ต้องดูแล ในตำรวจจราจรก็เช่นกันมีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพสมรสกับการมีบุตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรทั้ง 2 มาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร กับความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะเปรียบเทียบว่าถ้าปัจจัยด้านประชากรรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางการจราจรในกรุงเทพมหานครของตำรวจจราจรที่มีความแตกต่างกัน จะมีผลทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจรมีความแตกต่างกันด้วยหรือไม่ ดังนั้นในการศึกษางานวิจัยข้างต้นผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่า มีการศึกษาสูงกว่า มีจำนวนบุตรมากกว่า และมีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความเชื่อด้าน

สุขภาพดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า มีการศึกษาดำกว่า มีจำนวนบุตรน้อยกว่า และมีสถานภาพสมรสสอดคล้องตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ เช่น บทความ สื่อมวลชน คำแนะนำต่างๆจะมีส่วนที่ไปกระตุ้นทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ ส่วนนี้ผู้วิจัยขอเสนอโดยใช้ชื่อว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงแยกศึกษาองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป งานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

5. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

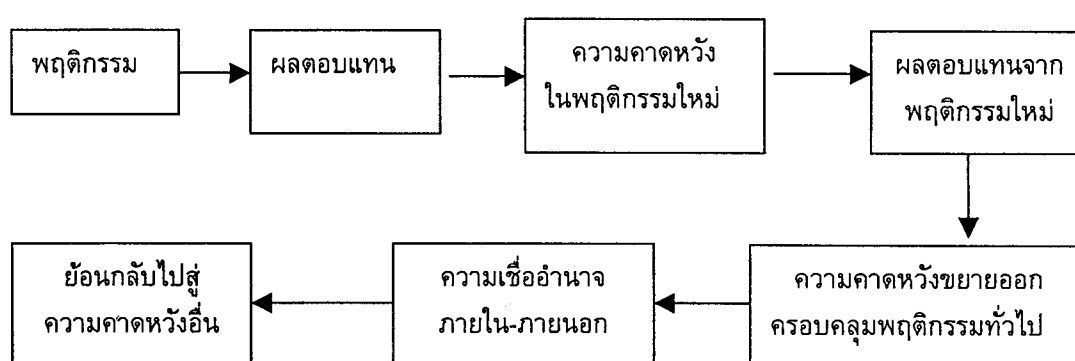
ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลใดได้มีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อโดยทั้งๆที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปนั้น เป็นเพราะเนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป (ศิริพร สถิตย์ถาวร. 2540 : 47 ; อ้างอิงจาก Rotter.1966 : 1)

บุคคลแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องปริมาณ และความรุนแรงของความรู้สึกนึกคิดในด้านการทำนาย หรือควบคุมสภาพแวดล้อม บางคนจะรู้สึกว่าเขามีอำนาจ หรือความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนได้ และเชื่อว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำของตนเอง ส่วนบางคนจะรู้สึกตลอดเวลาว่าเขาไม่สามารถควบคุมสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ นั้น เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก ซึ่งเขาไม่สามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้เลย ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมจึงเป็นจิตลักษณะที่สำคัญของบุคคล (ชีรวัดน์ นิเจนตร. 2526 : 68)

การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับอำนาจภายใน – ภายนอกตนในระยะแรก ๆ ผู้ศึกษา เช่น เวบเบลน (Veblen. 1899), เมอร์ตัน (Merton. 1946), แองเกิล (Angyal. 1941) และแฟร์ (Fhahes. 1957) มักจะศึกษาไปในเรื่องของโชคกลาง, ความเชื่อในโชคหรือเคราะห์เป็นส่วนใหญ่นอกจากนั้นก็มีการศึกษาในเรื่องที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องของโชคเคราะห์อีกบ้าง เช่น เรื่องความคาดหวัง (Expectancy) ในผลตอบแทน (Reinforcement) จากพฤติกรรมของบุคคล เป็นต้น รอตเตอร์ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ตั้งข้อสังเกตว่าพฤติกรรมของมนุษย์ได้จากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของแต่ละคน รอตเตอร์ได้ประมวลผลงานและแนวความคิดของนักจิตวิทยาหลายคนเข้าด้วยกัน เพื่ออธิบายเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับอำนาจภายใน-ภายนอกตนให้ชัดเจน และกว้างขวางขึ้น ผลงานและแนวความคิดดังกล่าว รอตเตอร์ได้มาจากเวบเบลน (Veblen. 1899) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อในโชคกลางของบุคคล และสรุปว่าการเชื่อโชคเคราะห์นั้นมีขบวนการคล้ายคลึงกัน, เมอร์ตัน (Merton. 1946) ซึ่งพบว่าความเฉื่อยชามีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเชื่อโชคกลาง นอกจากนั้นก็ยังมีผลงานของคนอื่น ๆ อีก เช่น แองเกิล (Angyal. 1941) แมคเคลแลนด์, แอทกินสัน, คลาร์ก และโลเวลล์ (McClelland, Atkinson, Clark and Lowell. 1953), แครนดอลล์ (Crandall. 1963) และแฟร์ (Fhahes. 1957) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเดียวกันนี้ (พจน์ จันทรวิระกุล. 2515 : 6-7 ; อ้างอิงจาก Rotter. 1966 : 1)

รอตเตอร์ ศึกษาพฤติกรรม ทัศนคติเกี่ยวกับอำนาจภายใน – ภายนอกตนในเชิงการรับรู้ ในผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคลตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งอธิบายลักษณะของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนว่า เป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่ง ที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกัน จากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม และถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าผลตอบแทนมิได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดลงหรือเพิ่มความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นทัศนคติหรือ

บุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล นอกจากนั้นผลตอบแทนที่ได้รับแต่ละครั้งยังอาจทำให้ความคาดหวังต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วย ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับแรงเสริมบ่อยๆ เมื่อแสดงพฤติกรรมเดิมจะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับแรงเสริมจะทำให้บุคคลรับรู้สิ่งที่ได้รับนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชค เคราะห์ ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อหรือการรับรู้ดังกล่าวนี้จะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ ๆ ซ้ำอีกดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน

ที่มา : กรรณิการ์ พัฒนผลดุสิตวิทยา. (2542). *ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัยชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. หน้า 32.*

จากผลงานดังกล่าวและผลงานของเขาเองรอตเตอร์ได้สรุปไว้ดังนี้ คือ

1. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำของตนโดยตรง หรือจากความสามารถในตัวของเขา

2. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันด้วยอำนาจใด ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเขา เช่น โชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไป (ทรรชนีย์ วงศ์บา. 2537 : 21 ; อ้างอิงจาก Rotter. 1966 : unpagged)

นอกจากนี้ โซโลมอน และ โอเบอร์ลันเดอร์ (Solomon and Oberlander. 1974 : 123) ได้ทำการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนเหมือนกัน แต่อาศัยแนวคิดตามหลักความจริงเบื้องต้นในทฤษฎีแรงจูงใจทั่วไปซึ่งระบุว่าแรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์เราก็คือ ความพยายามที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมให้ได้ผล ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมจึงเป็นจิตลักษณะที่สำคัญของคนเราโดยทั่วไป “การควบคุม” นี้จะมีอยู่สองลักษณะ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมของตนเองการที่คนเลือกกระทำพฤติกรรมตามที่ตนคิดหรือต้องการ เรียกว่า ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) แต่การกระทำพฤติกรรมตามที่คนอื่นชักจูงหรือบังคับจะ เรียกว่า การคล้อยตาม (Conformity)

2. การควบคุมผลได้หรือผลการกระทำ (Outcomes) โดยพิจารณาว่า ผลดังกล่าวนี้เกิดจาก ทักษะ ความสามารถ และความพยายามของตนเอง หรือเป็นเพราะอำนาจของโชคกลาง โอกาส และ การกระทำของคนอื่น ถ้าเป็นเพราะทักษะหรือความพยายามของตนเองก็เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าเชื่อว่าเกิดจากโชคกลางหรือบุคคลอื่น จะเรียกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างไรก็ตามการ ควบคุมพฤติกรรมและการควบคุมผลได้ อาจจะปะปนกันอยู่มากในหลายสถานการณ์

ตามแนวคิดของทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วนั้น ได้อธิบายแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน ตามความคาดหวังโดย ทัวไปกับความคาดหวังเฉพาะของบุคคลอันเนื่องมาจากผลตอบแทนในอดีต จะทำให้เกิดความเชื่อโชคกลาง หรือเชื่อในความชำนาญ และความสามารถของตน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งอาจสรุปได้ว่า ถ้าบุคคลใด เชื่อว่าผลการกระทำที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดเนื่องมาจากเคราะห์กรรม โชคกลาง และบุคคลอื่นที่มีอำนาจ มากกว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลนั้นก็จะมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ส่วนบุคคลที่เชื่อว่าผลของ การกระทำที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดจากทักษะความชำนาญหรือความสามารถของตน ตนสามารถควบคุมได้ บุคคลนั้นก็จะมีความเชื่ออำนาจภายในตน

โซโลมอน และ โอเบอร์ลันเดอร์ (Solomon and Oberlander. 1974 : 123) ได้กล่าวต่อไปว่า การวิจัยส่วนมากมุ่งไปที่การควบคุมผลลัพธ์ที่ได้ คือศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลว่าพฤติกรรมที่ เขากระทำลงไปจะก่อให้เกิดผลตอบแทนตามที่ต้องการหรือไม่ รวมทั้งศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าหรือความสำคัญ ของผลตอบแทนที่มีต่อบุคคลนั้นด้วย ถ้าบุคคลใดเห็นว่าผลที่ได้รับนั้นมีได้เกิดจากการกระทำของเขา หรือมองเห็นความไม่สอดคล้องกันระหว่างผลตอบแทนกับความพยายามของตนแล้ว บุคคลนั้นจะรับรู้ สถานการณ์ดังกล่าวว่าเกิดจากอำนาจภายนอกตน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดเชื่อว่าการกระทำของเขา เป็นสิ่งที่ทำให้เขาได้รับหรือไม่ได้รับผลตอบแทนตามที่ต้องการ บุคคลนั้นก็จะรับรู้สถานการณ์ดังกล่าวว่า เกิดจากอำนาจของตนเอง

จากการศึกษาดังกล่าวได้มีผู้ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน (Internal - External Locus of Control) ไว้ดังนี้

รอตเตอร์ (ศิริพร สติยธาวร. 2540 : 49 ; อ้างอิงจาก Rotter. 1966 : 1-2) ได้สรุปความเชื่อ อำนาจภายใน - ภายนอกตนในเชิงการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้ คือ

1. บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Belief in Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อ หรือรับรู้ว่ามีอำนาจ หรือความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุม เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ และเชื่อว่าความสำเร็จ หรือความล้มเหลวที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำ ของตนเอง

2. บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (Belief in External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อ หรือรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถควบคุมสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ นั้นเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่เขาไม่อาจเข้าไปเกี่ยวข้องได้เลย เช่น โชคกลาง เคราะห์กรรม ความบังเอิญ อำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจของคนอื่น

นอกจากนี้ รอตเตอร์ ยังได้สรุปบุคลิกลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับพฤติกรรมในอนาคต
2. พยายามปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมไปตามลำดับขั้น
3. เห็นคุณค่าของทักษะหรือผลสัมฤทธิ์ (Achievement) จากความพยายามของตนเอง
4. ยากที่จะชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล

ลีฟคอร์ท (ทัศนากติ. 2528 : 9-10 ; อ้างอิงจาก Lefcourt. 1966 : 206 – 207) ได้ให้ความหมายว่าคนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนหมายถึง คนที่รับรู้สาเหตุการต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและทางลบเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ส่วนคนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึงคนที่รับรู้สาเหตุการทั้งทางบวกและทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของตนเองในสภาพการณ์ต่าง ๆ เหตุการณ์ดังกล่าวตนเองไม่สามารถควบคุมได้

โซโลมอน และโอเบอร์ลันเดอร์ (Solomon and Oberlander. 1974 : 119 – 123) ได้ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนว่า เป็นความเชื่อและการรับรู้ผลตลอดจนความต้องการควบคุมผลที่จะเกิดโดยพิจารณาว่าผลดังกล่าวนี้ เกิดจากทักษะความสามารถและความพยายามของตนเองหรือเป็นเพราะอำนาจโชคกลาง โอกาส หรือการกระทำของคนอื่น ถ้าเป็นเพราะทักษะหรือความพยายามของตนเองจะเรียกว่าความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าเชื่อว่าเกิดจากโชคกลางหรือบุคคลอื่นจะเรียกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน

คราวน์ (วนิชชา ฤกษ์ศิริ. 2540 : 10 ; อ้างอิงจาก Crowne. 1979 : 184) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายในคือ ความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลใดก็ตามจะตัดสินใจได้รับรางวัลหรือการลงโทษของบุคคลนั้น และความเชื่ออำนาจภายนอกที่ได้รับรางวัลหรือได้รับโทษเชื่อว่ามาจากอำนาจหรือการเอาใจผู้อื่นหรือโดยเคราะห์กรรม โชคชะตา

ลีฟคอร์ท (วนิชชา ฤกษ์ศิริ. 2540:10 ; อ้างอิงจาก Lefcourt. 1990 : 413 – 414) กล่าวสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจตน (Locus of Control) เป็นความเชื่อทั่วไปในเรื่องคุณสมบัติส่วนตัวหรือการกระทำกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้น ซึ่งจะอธิบายบุคคลตามความเชื่อที่ยึดถือเป็นแบบ “ภายใน” (Internal) หรือ “ภายนอก” (External) โดยดูจากเหตุผลและการควบคุมคนที่ยึดแบบ “ภายใน” จะเป็นบุคคลที่คิดว่าผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของตน ดังนั้นพวกนี้จะพยายามให้ได้มาซึ่งผลการกระทำนั้น ส่วนคนที่ยึดแบบ “ภายนอก” จะเป็นบุคคลที่คิดว่าความสำเร็จเป็นเรื่องโชค สิบบน ความไม่ยุติธรรมอื่น ๆ หรือความช่วยเหลือเกื้อหนุนจากผู้อื่น

ดวงเดือน แซ่ตั้ง (2532 : 32) ได้สรุปไว้ว่า ถ้าบุคคลใดเชื่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเกิดจากทักษะ ความชำนาญ หรือความสามารถของตน และตนสามารถควบคุมผลที่เกิดขึ้นได้ จะเป็นคนที่มีลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนบุคคลที่เชื่อว่าผลที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากโชคกลาง เคราะห์กรรม และบุคคลอื่น ๆ ซึ่งตนไม่สามารถควบคุมได้เป็นคนที่มีลักษณะเชื่ออำนาจภายนอกตน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อว่า การกระทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนกระทำลงไปนั้นมั่นใจว่าเกิดจากความพยายามความสามารถสติปัญญาของตน และยอมรับในผลที่สะท้อนกลับมาไม่ว่าผลนั้นจะออกมาดีหรือไม่ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้นเป็นบุคคลที่มีความเชื่อว่า ผลที่เกิดจากการกระทำลงไปนั้นไม่ได้เกิดจาก

ตนเองทั้งหมด แต่เกิดจากบุคคลอื่นหรือความบังเอิญ โชค สัมผัสสิ่งต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องกับโดยตน ไม่สามารถควบคุมสิ่งเหล่านั้นได้

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน เป็นสิ่งที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด จะเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโต เด็กก่อนวัยเรียนจะรับรู้ว่าคุณค่าและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเด็กโตขึ้นวุฒิภาวะมากขึ้น ควบคุมตนเองได้ดีขึ้นเรียนรู้ที่จะจัดการกับตนเอง พัฒนาทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเริ่มทำตนให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น โดยเปลี่ยนจากผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือมาเป็นผู้ริเริ่มกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความกระตือรือร้น การที่เด็กมีการควบคุมตนเอง และมีการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นมาจากตนเองจะสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของเด็กในด้านความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (Distefano, Pryer and Smith. 1973 : 151-153) , ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งแรกในชีวิต และประสบการณ์ที่สะสมในอดีตที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดา โดยทั่วไปแล้วบิดามารดาผู้ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูบุตรนั้น จะมีอิทธิพลในการปลูกฝังความคิด ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ให้กับเด็ก โดยเด็กจะซึมซับประสบการณ์เหล่านี้โดยไม่รู้ตัว บิดามารดาจะอบรมเลี้ยงดูบุตรไปตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง ถ้าตนเองเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ก็จะอบรมเลี้ยงดูบุตรให้มีความเชื่ออำนาจภายในตน ถ้าตนเองเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ก็จะอบรมเลี้ยงดูบุตรให้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ดังนั้นบิดามารดาจึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนของบุตร (ทรรศนีย์ วงศ์บัว. 2537 : 22 ; อ้างอิงจาก Robinson and Shaver. 1980 : unpagged) , นอกจากการเจริญเติบโต-พัฒนาการ ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็กแล้วยังมีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่สภาพสิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล และสังคมต่าง ๆ เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มคนในชุมชน และแนวทางการปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมา จนกลายเป็นวิถีชีวิต แนวทางการปฏิบัติเหล่านี้จะถูกปลูกฝังอยู่ในระบบความเชื่อของบุคคล สภาพแวดล้อมทางบ้าน และสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านที่อุดมไปด้วยบรรยากาศของการกระตุ้นให้เด็กได้พบกับสิ่งที่ท้าทายความสามารถ และการตั้งมาตรฐานความสำเร็จให้พอเหมาะ ตลอดจนการเสริมแรงให้กับเด็กมีความมานะพยายามมากขึ้น จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เด็กเกิดการพัฒนาความสำนึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำของเขา กับผลการกระทำที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากขึ้น ส่วนในทางตรงข้ามเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ถูกจำกัดโอกาส ไม่ได้รับการศึกษา ขนกลุ่มน้อย หรือบุคคลที่มีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำ เมื่อเผชิญปัญหา ก็ต้องพบกับความยากลำบากในการจะแก้ไข มีความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยคุณค่า จะทำให้บุคคลขาดโอกาสที่จะมีประสบการณ์กับการได้รับการเสริมแรง อันเป็นผลที่เกิดจากความพยายามกระทำของเขาซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดแนวโน้มของการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายนอกตน (ศิริพร สติธยธาว. 2540 : 52-53)

สตรีกลแลนด์ ได้กล่าวถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่นเมื่อบุคคลมีความทุกข์ และรับรู้ถึงตนเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ก็อาจจะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตเป็นไปด้วยดี บุคคลรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดจากการกระทำของตนเองความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 : 33 ; อ้างอิงจาก Strickland. 1978 : 353-358) ความเชื่ออำนาจภายในตนจะลดต่ำลงเมื่อถึงวัยชรา เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลช่วยตัวเองได้น้อยลง กลับต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมของตนจึงน้อยลง บุคคลจึงแสวงหาพลังอำนาจที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น และนอกจากนี้

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการได้รับผลตอบแทนที่คาดหวัง กล่าวคือ ถ้าบุคคลทำสิ่งใด และได้รับผลตอบแทนตามที่ตนเองคาดหวังไว้จะทำให้ความเชื่อในอำนาจภายในตนเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าตนเองทำสิ่งใดๆแล้วไม่ได้ผลตอบแทนจากความคาดหวังจะทำให้อำนาจภายนอกตนเพิ่มมากขึ้น (Rotter. 1966)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพโดยศึกษาปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร ปัจจัยดังกล่าวมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ โดยแยกศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

งานวิจัยปัจจัยด้านอายุกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ

การศึกษาของสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหลังคลอดที่มาพักพื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดจำนวน 310 คน ผลการศึกษาพบว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุมาก จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสตรีหลังคลอดกลุ่มนี้เชื่อว่าการมารับการตรวจรักษาและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้องจะสามารถช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้

งานวิจัยปัจจัยด้านระดับการศึกษากับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ

งานวิจัยของสปีค (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 : 37 ; อ้างอิงจาก Speak. 1987 : 25-30) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย มีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชครชะตาหรือความบังเอิญ สอดคล้องกับการศึกษาของยังยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 79-92) ที่ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษา ตนเองเมื่อเจ็บป่วย ของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่นพบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบทส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ และพบว่าความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ในงานวิจัยนี้ความเชื่อในระบบแพทย์พื้นบ้านเป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับสิ่งที่ไร้ตัวตน และข่าวสารข้อมูลจากกลุ่มอาชีพสาธารณสุข จะเป็นสิ่งที่ตนสามารถนำมาปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ

**งานวิจัยปัจจัยด้านสถานภาพสมรสกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ
และงานวิจัยปัจจัยจำนวนบุตรกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ**

การศึกษาของสปีค (กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา. 2542 : 37 ; อ้างอิงจาก Speak. 1987 : 25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีบุตรหลานคอยดูแลจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ

จากการศึกษางานวิจัย พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคม และจากผลของการศึกษาที่สอดคล้องกันของปัจจัยร่วมต่าง ๆ กับพฤติกรรมของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนทางด้านสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะเปรียบเทียบว่าตำราวจราจรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันจะมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพแตกต่างกันด้วยหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยข้างต้นเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ตำราวจราจรที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาสูง มีจำนวนบุตรมากกว่า มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่ามีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

ตามแนวคิดของสตรีกแลนด์ (Strickland. 1982 : 1192-1211) เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวกคือ จะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพแสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้นจะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตาและมักจะเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น หรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค และการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1982 : 115 – 120) ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพว่า สามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ทั้งในยามปกติและเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่อนี้มาทำนาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารได้เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการใช้เข็มขัดนิรภัย และพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสิ่งเหล่านั้น นอกจากนี้ ยังมีบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นผู้ที่สนใจต่อภาวะสุขภาพ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดูแลสุขภาพ และมีงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 100) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลอย่างหนึ่งก็คือความเชื่อ และเป็นที่ยอมรับว่าความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี คือมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของตำรวจจราจร นอกจากความเชื่อทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยคิดว่าความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ น่าจะมีผลต่อการดูแลตนเองของตำรวจจราจรด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

6. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจเรื่อง เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (ทัศนีย์ หงสาครประเสริฐ. 2540 : 30 ; อ้างอิงจาก WHO. 1987 : 120)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ให้ความหมาย ดูแลคือเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึงเอาใจใส่ในตัวเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเองและความหมายของการดูแลตนเองจะแตกต่างกัน ในแต่ละสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมาย ไว้ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530 : 10-13) ได้สรุปความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะส่วนการปฏิบัติ ของประชาชน โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพของตนเองใน 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ (Self-care in health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรม ที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพ ให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจาก อันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุม อาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพพันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของ ประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกัน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น วัคซีนคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การได้รับ วัคซีนคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับ ของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอ็กซเรย์ ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็ง ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับ ของการป้องกันที่มีเป้าหมาย ต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิด ขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆลงไป เพื่อ ตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้นๆ ซึ่งการดูแลตนเองเมื่อ เจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self-care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

เอ็อมพร ทองกระจาย (กชกร ไพรัตน์. 2544 : 14 ; อ้างอิงจาก เอ็อมพร ทองกระจาย. 2533 : 48 – 49) ได้ประมวลความคิดที่นักวิชาชีพต่าง ๆ เสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แล้วนิยามการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) คุ้มครองรักษาสภาพสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค (Disease prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุด หรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และศักยภาพดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพของตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชาชนและในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบ ๆ หนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 22 – 23) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

โอเรม (Orem . 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ เป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการและเกิดความปกติสุขในชีวิต โดยสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

ตามแนวคิดของโอเรม (ทศนี หงสาครประเสริฐ. 2540 : 30-31 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991 : 115-116) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1

ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้ การที่บุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสภาวะ การณ์นั้นๆ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการ

กระทำนั้นๆว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ การมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายในเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2

เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินกิจการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านี้หรือไม่ จะกระทำได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่จะต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเอง จะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติและเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้อย่างไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง ว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจ และมีเป้าหมายจะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาและความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าบุคคลนั้นได้ข้อมูลเพียงพอและเหมาะสม ที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่กระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำดูแลตนเองตามที่ได้เลือก (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 25)

จะเห็นได้ว่า แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม นั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กล่าวคือ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่กระทำตามการรับรู้ และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 6-11, 25) อย่างไรก็ตาม โอเรมได้ให้ข้อคิดไว้ว่าแม้เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคล คือเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่าง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ ซึ่งโอเรม เรียกการดูแลนั้นว่า “ไม่ใช้การบำบัด” (Nontherapeutic) ดังนั้น การดูแลตนเองจะเป็น “การดูแลตนเองเชิงบำบัด” (Therapeutic self-care) ต่อเมื่อก่อให้เกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้ (กชกร ไพรัตน์. 2544 : 16-17)

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือ รักษาโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่เสียไป

5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน
2. พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นความสามารถที่เกื้อหนุนการดูแลตนเอง
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

ความสามารถในแต่ละระดับ จะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป โดยที่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 23

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรับรู้กับความสามารถที่จะกระทำ (ทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำเป็น เป็นต้น) และคุณสมบัติและปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

- 1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล
- 1.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการได้กลิ่น
- 1.3 การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.5 นิสัยประจำตัว
- 1.6 ความตั้งใจ
- 1.7 ความเข้าใจในตนเอง
- 1.8 ความห่วงใยในตนเอง
- 1.9 การยอมรับตนเอง
- 1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)

พลังความสามารถ 10 ประการนี้ เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการเรียนรู้ และการกระทำอย่างจงใจ เพื่อดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 : 37 – 71) ได้แก่

- 2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง
- 2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
- 2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
- 2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
- 2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ
- 2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ที่เริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งเติบโตเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์และในการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง, แนวคิดที่บุคคลมีต่อสถานะสุขภาพของตนเอง และทักษะในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือการสูญเสียอวัยวะบางอย่างในร่างกายเกิดขึ้น หรือมีข้อจำกัดในด้านความรู้ ความชำนาญ หรือขาดแรงจูงใจ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม มีจุดเน้นที่บุคคลและเฉพาะเจาะจงลงไปคือความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง จากความเชื่อที่ว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ตัดสินใจและมีศักยภาพที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง (ปิยะนุช ชลธิ์, 2543 : 14)

องค์ประกอบของทฤษฎี โอเรมเรียกทฤษฎีนี้ว่า “ทฤษฎีทั่วไปทางการพยาบาล” (The General Theory of Nursing) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย คือ

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยใช้วิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สมจิต หุญเจริญกุล, 2534 : 12-16) ตามภาวะสุขภาพและระยะของพัฒนาการ คือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

- รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

- หาคความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

- จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

- ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์

ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

- รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

- ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- คงไว้ซึ่งสุขภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

- ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

- ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

- สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
- จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

- พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)

- ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต การเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่

- อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด

- ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะความเป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self Care Deficit)

เมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะทำการดูแลตนเองหรือบุคคลในปกครองได้ บุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (Self – care Deficits) เป็นผลให้บุคคลเกิดความต้องการการดูแลตนเองในรูปของการรักษา (Therapeutic Self –care Demand) ซึ่งอาจจะเป็นความต้องการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามการพัฒนาการ และตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการที่กล่าวนี้ต้องมากกว่าความสามารถหรือพลังหรือศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองหรืออาจกล่าวใหม่ได้ว่า บุคคลมีความ

ต้องการการดูแลตนเอง (Self – care Deficits) นั่นคือบุคคลอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (Self –care Deficits) จึงเป็นความจำเป็นที่บุคคลนั้นต้องการการพยาบาล

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self –care Deficits) เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

การให้บริการทางการพยาบาล (Nursing Capability or Nursing Agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการกำหนด จัดเตรียมและจัดดำเนินการให้การรักษายาบาลแก่บุคคลผู้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เพื่อให้การกำหนดกิจกรรมเป็นไปอย่างเหมาะสม โอเรม (Orem. 1980 : 97-101) ได้แบ่งระบบการพยาบาลไว้ 3 แบบ ดังนี้

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) พยาบาลเป็นผู้ทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะสาเหตุดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ ได้แก่ ผู้ไม่รู้สติ (Coma)
- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อันมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค หรือข้อจำกัดจากแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สติดี
- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เนื่องจากไม่กล้าตัดสินใจหรือไม่ทราบวิธี แต่สามารถปฏิบัติได้ ถ้าได้รับคำแนะนำหรือการสอน เช่นการออกกำลังกาย การตรวจวัดความดันโลหิต

2. ระบบทดแทนเป็นบางส่วน (Partly Compensatory Sytem) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันทำกิจกรรม โดยพยาบาลต้องช่วยทำเป็นบางส่วน เนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

- มีข้อจำกัดบางอย่างในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยขาดความรู้ และทักษะ
- ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเริ่มทำกิจกรรมแต่ขาดผู้ช่วยเหลือหรือได้คำแนะนำ

3. ระบบประคับประคองและให้การศึกษา (Supportive Education System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยควรที่จะเรียนรู้ในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาพยาบาล แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ถ้าขาดผู้ช่วยเหลือ (Assistance) ในการชี้แนะในส่วนที่บกพร่องหรือไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้ โอเรมยังได้อธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency) ว่าเป็นความสามารถของมนุษย์ หรือพลังอำนาจที่จะเข้ากระทำการดูแลตนเอง ความสามารถของบุคคลที่จะยอมรับในการดูแลตนเอง เป็นผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเรียกว่าปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ภาวะทางพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ทางสังคม วัฒนธรรม ปัจจัยต่าง ๆ ของระบบการดูแลสุขภาพ (เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำอย่างสม่ำเสมอ) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความเพียงพอของแหล่งประโยชน์ และความสามารถหาแหล่งประโยชน์มาใช้ได้ง่าย (Orem. 1991 : 136) รวมถึง การ

เรียนรู้ และประสบการณ์ชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนทัศน์ (Concept) ที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

โอเรม ได้ให้แนวคิดของพฤติกรรมในการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์และตั้งใจเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก โดยเป็นการกระทำของบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งมีแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยที่พฤติกรรมในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ดังนี้

1. อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในระดับพัฒนาการของอายุ (มัลลิกา ตั้งเจริญ. 2534 : 96 ; อ้างอิงจาก Orem. 1985 : 34) อายุมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในวัยทารกและวัยเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง เมื่อเด็กมีการเจริญเติบโตมากขึ้น จะสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51) ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น จะเพิ่มขึ้นตามอายุจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

2. เพศ โอเรมไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเพศ เพียงแต่กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในครอบครัว (นุชลี ศรีเมือง. 2543 : 44 ; อ้างอิงจาก Orem. 1980 : 15) เป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

3. ระยะพัฒนาการ พฤติกรรมในการดูแลตนเองจะขึ้นอยู่กับพัฒนาการแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล เช่น ในเด็กเล็กๆ อาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งจะอยู่ในระยะเริ่มต้นพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51) ในวัยผู้ใหญ่จะมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ใหญ่จะมีการประเมินถึงสิ่งเร้าต่างๆ มีการเลือกแนวทางและหาเป้าหมายในการปฏิบัติ มีการตัดสินใจ แล้วจึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะต่อมา (Orem. 1991:161)

4. ภาวะสุขภาพระยะของโรคเป็นตัวชี้บ่งถึงภาวะสุขภาพ และร่วมกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะทำให้มีอุปสรรค หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ (Orem. 1991 : 117)

5. สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี พฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของบุคคล โดยจะมีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล วิธีการดูแลตนเองที่บุคคลเรียนรู้และถ่ายทอดกันมาจนเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีอาจเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ แต่พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ซึ่งจำเป็นต้องการปรับเปลี่ยน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51)

6. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยและการรักษา (นุชลี ศรีเมือง. 2543 : 45 ; อ้างอิงจาก Orem. 1995 : 285) เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวย และเกื้อหนุนให้

บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

7. ปัจจัยทางระบบครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสและความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (นุชลี ศรีเมือง. 2543 : 45 ; อ้างอิงจาก Orem.1995 : 285) ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537:51) สำหรับสถานภาพสมรสที่เป็นปัจจัยหนึ่งทางระบบครอบครัวนั้น สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม โดยทั่วไปมักกล่าวว่าบุคคลที่มีชีวิตคู่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากผู้ที่แต่งงานแล้วจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Orem. 1985 : 91-120, 211) มีรายงานการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า หม้าย หรือแยกกันอยู่

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ แบบแผนการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร ก็เป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เช่น ในคนที่สูบบุหรี่ ความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลนั้นคือ ร่างกายและปอดปราศจากควันและสารพิษ บุคคลต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมโดยการหยุดสูบบุหรี่เพื่อให้บรรลุความต้องการดูแลตนเองนั้น แต่อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่ที่เป็นนิสัยก็อาจจะไม่ทำให้บุคคลนั้นตอบสนองการดูแลตนเองได้ (นุชลี ศรีเมือง. 2543 : 46 ; อ้างอิงจาก Orem. 1995 : 204)

9. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบบุคคล สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537:51)

10. แหล่งประโยชน์ที่เพียงพอและเหมาะสม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Orem. 1980 : 108)

11. ประสบการณ์ในชีวิต ประสบการณ์ในชีวิตบางอย่างของบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความหวัง จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51)

12. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพและการรักษาที่ดี ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 86 , 175) นอกจากนี้บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ อาจเนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพน้อย (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 838) ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอ และมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท โดยสามารถที่จะเรียนรู้ และทำความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถแก่ตนเองมากขึ้น

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวมาแล้วนี้ ถึงแม้ว่าจะมีบางปัจจัยที่มีผลการศึกษามากน้อยต่างกัน แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัย

ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร ซึ่งปัจจัยดังกล่าวที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอาจมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่จะทำให้พฤติกรรมทางสุขภาพของตำรวจจราจรมีความแตกต่างกันในด้านของการดูแลตนเองมีผู้ที่ทำการศึกษาถึงปัจจัยร่วมดังกล่าวไว้ คือ

งานวิจัยปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลตนเอง โดยแยกศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

งานวิจัยปัจจัยด้านอายุกับการดูแลตนเอง

งานวิจัยของเคจีเลส และคนอื่นๆ (ทศนี้ หงษาครประเสริฐ, 2540 : 62 ; อ้างอิงจาก Kegeles and others, 1965) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ทำการศึกษาตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสุวารีวรรณ กิจสมัค (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยสตรีหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี, 20-24 ปี, และ 35-39 ปี ซึ่งตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการตามแนวคิดของโอเรม สอดคล้องกับการศึกษาของวิสเฟลด์, เคริท์และบล็อค (Weissfeld, Kirscht and Brock, 1990 : 141) พบว่า เพศหญิงชาวผิวดำผู้ที่มีอายุมาก จะมีความห่วงใยต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 48-61) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

งานวิจัยปัจจัยด้านระดับการศึกษากับการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของรุทท์ (นุชลี ศรีเมือง, 2543 : 47 ; อ้างอิงจาก Ruth, 1973 : 136-156) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย ตลอดจนสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า เข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 48-61) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธร พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 79-92) ที่ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี สุดดี (2537 : ก-ข) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์นี้เป็นการดูแลตนเองในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา เทพศิริ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาลักษณะทางพุทธศาสนาและจิตลักษณะของบิณฑบาตที่เกี่ยวข้อง

กับพฤติกรรมการดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมียมากกว่าบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดานั้นเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ตามแนวความคิดของโอเรม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าสตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

งานวิจัยปัจจัยด้านสถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 42) ได้ศึกษาอ้อมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จ. หนองคาย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กแตกต่างกัน โดยมารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการปฏิบัติมีการป้องกันและควบคุมโรค ติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดานั้นเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ตามแนวความคิดของโอเรม แต่การศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยปัจจัยด้านจำนวนบุตรกับการดูแลตนเอง

กรรณิกา ทิพย์คง (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กต่างกัน โดยมารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน มีการปฏิบัติดีกว่ามารดาที่มีจำนวนบุตร 1 คน แต่การศึกษาของนันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรที่แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์ บุญเกียรติ (2539 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังกล่าว ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการดูแลตนเองที่ดีน่าจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพตำรวจจราจร ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนได้มากกว่าอาชีพอื่น ๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการดูแลตนเองเป็นอีกตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

7. งานวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง

งานวิจัยต่างประเทศ

เบคเกอร์ และคณะ (วีรชาติ รณเกียรติธรรมคุณ. 2543 : 36-37 ; อ้างอิงจาก Becker, et al. 1977 : 348-366) ได้ทำการศึกษา โมเดลความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามโปรแกรมการลดความอ้วนในมารดาที่พบบุตรมารับบริการตรวจที่คลินิกเด็ก โดยผลของพฤติกรรมปฏิบัติตามปฏิบัตินั้นสามารถวัดได้จากน้ำหนักตัวของเด็กที่ลดลงและการมาตามนัดหมายของคลินิกทุกครั้ง ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการลดความอ้วน การรับรู้อุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรมการลดความอ้วนในระดับดี จะมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของเด็กที่ลดลง และมารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วนมาก จะพบบุตรมาตรวจตามนัดหมายของคลินิกทุกครั้ง ในงานวิจัยนี้ จะเห็นได้ว่ามารดาที่ตระหนักถึงโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดในบุตรที่เป็นโรคอ้วน จะพบบุตรมาเข้ารับการรักษาโดยการเข้ารับการรักษาที่ถือเป็นการดูแลสุขภาพของบุตรเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดโดยโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของรันดอลล์ และวิลเลอร์ (Rundall and Wheeler. 1979) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการป้องกันโรค โดยกำหนดการวัดเป็นจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ในการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดี จะมีจำนวนครั้งของการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรคดี และผู้ที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมาพบแพทย์สูง จะมีจำนวนครั้งของการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรคน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของแอนดริโอลิ (Andreoli.1981 : 323-328) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับดี และมีความร่วมมือในการรักษาโรคที่ดีด้วย โดยความร่วมมือในการรักษาโรคจะแสดงถึงการดูแลตนเองในขณะเจ็บป่วย

งานวิจัยในประเทศ

การศึกษาของสุตา ภูทอง (2529 : ก-ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงบริการที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ กับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 48-61) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กับ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกันว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ดี จะมารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ในหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์จะไม่มารับบริการฝากครรภ์ ในงานวิจัยนี้การฝากครรภ์แสดงถึงการดูแลตนเองของหญิงขณะที่มีครรภ์ รวมถึง

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคหอบหืด การศึกษาของประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และการศึกษาของจินตนา มนทลปัญญากุล (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน คือ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ กับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย (2532) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดขั้นถอนพิษ ผลการศึกษพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เย็นน้ำ (2535 : ก-ข) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ การศึกษาของบุษกร สุรัสวดี (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียง ของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่น ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียง คือการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา กาเผือก (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ของตำรวจจราจรในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของมนวดี ปรายรุ่งทอง (2542 : 72-75) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับรถยนต์ส่วนบุคคล ในเขตกรมการขนส่งทางบก กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการใช้เข็มขัดนิรภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัย ในงานวิจัยนี้พฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับรถยนต์ส่วนบุคคลเป็นการดูแลตนเองขณะขับขีรถยนต์

สรุปโดยรวม งานวิจัยที่เกี่ยวกับการนำโมเดลความเชื่อทางด้านสุขภาพมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพบว่า เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากโมเดลความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จากความสัมพันธ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีการดูแลตนเองดีด้วย แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรที่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษางานวิจัยดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานของการวิจัยว่า ตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่า

8. งานวิจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเอง

งานวิจัยต่างประเทศ

เคอร์ (ทรศนีย์ วงศ์ปา. 2527 : 24 ; อ้างอิงจาก Kerr. 1986 : 87 – 92) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับการลดความดันโลหิตจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน โดยการเข้าร่วมในโปรแกรมลดความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อความบังเอิญสูง ในงานวิจัยนี้พฤติกรรมการเข้าร่วมในโปรแกรมลดความดันโลหิตแสดงถึงการดูแลตนเอง ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคนเนดี้, โปรบาร์ท และดอร์แมน (สุวารีวรรณ กิจสมักร. 2539 : 54 ; อ้างอิงจาก Kennedy, Probart and Dorman. 1991 : 319-329) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องกัมมันตภาพรังสี ความห่วงใยต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะมีความห่วงใยต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

งานวิจัยในประเทศ

กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี และผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจบังเอิญสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำ

ในวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ

ลาเฟร์รี และไอเซนเบิร์ก (ทรศนีย์ วงศ์ปา. 2527 : 24 ; อ้างอิงจาก Laffery and Isenberg. 1983 : 187-195) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายในเวลาว่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพจะยอมรับและเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ในงานวิจัยนี้ การออกกำลังกายในเวลาว่างเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง ที่แสดงถึงการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดีในหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของทรศนีย์ วงศ์ปา (2537 : 63) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนทางด้านสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมป้องกัน

โรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ ในกองทัพภาคที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ในงานวิจัยนี้พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของของทหารเกณฑ์ แสดงถึงการดูแลตนเองเพื่อที่จะป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 145) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ กับพฤติกรรมเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของกรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา (2542 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สรุปจากผลงานการวิจัยดังได้กล่าวมาทั้งที่เป็นงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบรวมถึงงานวิจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองจะเห็นได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากความสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะเปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยคาดหวังว่าถ้าตำรวจจราจรมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพควรมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ในงานวิจัยดังได้กล่าวข้างต้นนี้ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

9. ความรู้เกี่ยวกับสารตะกั่วและพิษจากสารตะกั่วในอากาศ

สารตะกั่ว (Lead) เป็นสารที่เติมลงไปในน้ำมันเบนซินเพื่อให้เครื่องยนต์เดินเรียบ ไม่กระตุกในประเทศไทยปัจจุบันกำหนดไว้ไม่เกิน 0.4 กรัมต่อลิตร สารนี้เมื่อถูกสันดาปจะกลายเป็นตะกั่วออกไซด์หรือตะกั่วฮาไลด์ ระบายออกสู่บรรยากาศพร้อมกับไอเสียที่พ่นออกจากเครื่องยนต์ที่ใช้ น้ำมันเบนซินประมาณกันว่า มีตะกั่วพ่นสู่บรรยากาศประมาณวันละ 5 ตัน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้น้ำมันไร้สารตะกั่วทำให้ปริมาณตะกั่วในอากาศลดลง (มูลนิธิโลกสีเขียว. 2536) สารตะกั่วเมื่อออกสู่บรรยากาศบางส่วนจะเข้าสู่ร่างกายโดยทางลมหายใจ บางส่วนจะตกลงทับถมบนถนนและบริเวณต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างยิ่ง เหตุผลที่สนับสนุนว่าอากาศมีตะกั่วเจือปนอันเนื่องมาจากรถยนต์และยานพาหนะนั้น ดร.ชาว (Dr.T.J. Chow) แห่งสถาบันสมุทรศาสตร์สคริป (วิจิตร บุญยะโหตระ. 2537) ได้ใช้หลักการด้านรังสี (ไอโซโทป) ของแร่ธาตุนั้น ๆ มาเป็นเครื่องพิสูจน์ว่ามีตะกั่วเจือปนกับอากาศที่ออกมาทางไอเสียรถยนต์หรือไม่ ซึ่งในการวิเคราะห์นี้ ดร.ชาว ได้เอาตัวอย่างของดินข้างถนนมา

ทำการวิเคราะห์ ผลของการวิเคราะห์นี้ปรากฏว่าตะกั่วมากกว่าร้อยละ 90 ของตัวอย่างดินเป็นตะกั่วที่ถูกปล่อยออกมาทางท่อไอเสียรถยนต์

พิษของสารตะกั่วต่อสุขภาพนั้นเมื่อหายใจเอาสารตะกั่วเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้าสู่ระบบเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถทำลายระบบสร้างเม็ดเลือดแดงและการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ซึ่งเป็นสารสีแดงของเม็ดเลือดแดง และมีหน้าที่นำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกในภาวะต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าภาวะปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคโลหิตจางได้ (ไมตรี สุทธิจิตต์, 2531)

นอกจากนี้ สารตะกั่วยังมีผลต่อการทำงานของไตด้วย กล่าวคือ ถ้าได้รับสารตะกั่วเข้าไปมาก ๆ จนเลือดมีตะกั่วเข้มข้นมากกว่า 100 ไมโครกรัมเปอร์เซ็นต์ จะก่อให้เกิดการทำลายของเซลล์ของท่อเล็ก ๆ ของไต (renal tubule) จากการตรวจเนื้อเยื่อของไตพบว่า ตะกั่วทำให้เกิดการแข็งกระด้าง (sclerosis) และมีเยื่อพังผืดเหนียวระหว่างเนื้อเยื่อของไต ทำให้กระบวนการกรองของไตทั้งหมดลดลง ในที่สุดอาจเกิดอาการของไตวาย (renal failure) ได้ ซึ่งพบว่าสาเหตุการตายของคนในโรงงานถลุงตะกั่วที่ได้รับพิษจากตะกั่วมานาน ๆ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คือความดันเลือดสูง โลหิตเป็นพิษ และเนื้อเยื่อไตแข็งกระด้าง (nephrosclerosis)

ผลต่อสมองและระบบประสาท พบว่า ตะกั่วจะเข้าไปทำลายระบบประสาทที่มีหน้าที่จดจำ เรียนรู้ และการรับรู้ความรู้สึก อาการทางสมองที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงนอน ชีพ กระวนกระวาย ปัญญาอ่อน ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทหลอน วิงเวียน อาจเพ้อคลั่ง ชัก และเป็นอัมพาต จากการทดลองให้สารตะกั่วแก่สัตว์ทดลองกิน ในตอนแรกสัตว์จะมีอาการกระวนกระวาย ง่วงงุน และมีพฤติกรรมแปลกๆ แล้วจึงเกิดพยาธิสภาพของเซลล์สมองตามมา ซึ่งมีสาเหตุจากเซลล์ประสาทถูกทำลายทำให้การส่งกระแสประสาทผิดปกติไป นอกจากนี้ยังพบว่า สารตะกั่วเป็นสารก่อการกลายพันธุ์ และสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่ง (ไมตรี สุทธิจิตต์, 2531)

ชนิดของพิษจากสารตะกั่วแบ่งออกเป็นลักษณะเฉียบพลันและเรื้อรัง พิษเฉียบพลันของตะกั่วที่แสดงอาการออกมาทางระบบประสาท ได้แก่ ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนในลักษณะเรื้อรังจะเกิดจากการมีตะกั่วสะสมในร่างกายเป็นเวลานาน อาการจะค่อยเป็นค่อยไป แล้วมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งไม่สามารถจะวินิจฉัยจากอาการได้ในระยะแรก แต่จะบอกได้ว่าอาการพิษจากสารตะกั่วกำลังจะรุนแรงขึ้น การตรวจวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยพิษจากตะกั่วจะใช้ข้อมูลระดับตะกั่วในเลือดเป็นตัวชี้ถึงระดับพิษเรื้อรังได้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญในอาการเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากพิษตะกั่ว ซึ่งต้องใช้ข้อมูลทางห้องวิเคราะห์เป็นตัวบ่งชี้ ก่อนที่จะเกิดอาการรุนแรงจากพิษตะกั่วเรื้อรังขึ้น

10. งานวิจัยพื้นที่การปฏิบัติงานกับความเชื่อด้านสุขภาพ และพื้นที่การปฏิบัติงานกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ

ชลลดา พรรคพิบูลย์ (2536) ได้ศึกษาความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรจากทุกสถานี เลือกแบบเจาะจงผลการศึกษาพบว่า ตำรวจจราจรร้อยละ 6 มีความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศในระดับปานกลาง, ร้อยละ 26 มีความตระหนักสูง, ร้อยละ 13 มีความตระหนักต่ำ ในตัวแปรด้านอายุ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

ความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศกับพฤติกรรมป้องกันตนเองโดยการใช้หน้ากาก ในงานวิจัยนี้เป็น การศึกษาความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศของตำรวจจราจร ซึ่งความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศนี้ เป็นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของตำรวจจราจร เป็นจำนวนร้อยละ 26 ที่มีความตระหนักใน ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา กาเผือก (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ของตำรวจจราจรในอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ตำรวจจราจร 128 นาย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับดี ปริมาณ สารตะกั่วในเลือดอยู่ในระดับปกติ คืออยู่ในช่วง 6.09-7.37 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (เกณฑ์มาตรฐานของ องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 25 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร) แต่ในระดับที่ต้องมีการเฝ้าระวังคือ ปริมาณตะกั่วในเลือดตั้งแต่ 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีตำรวจจราจรที่ ปฏิบัติงานบนท้องถนน จำนวน 3 นายจากตำรวจจราจรที่อาสาสมัครเข้ารับการตรวจทั้งหมด 50 นาย มี ปริมาณตะกั่วในเลือดในระดับที่ควรเฝ้าระวัง

จากอันตรายของสารตะกั่วและมลภาวะทางอากาศที่มีต่อสุขภาพนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาค้นคว้าดังนี้ วณิดา ศศิวิมลกุล และอรรพพรณ์ เมฆาติลกุล (2535 : 19) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจากมลพิษ ในตำรวจจราจร กรุงเทพมหานคร พบว่า ตำรวจจราจรกลาง กรุงเทพมหานคร มีปัญหาสุขภาพจาก มลพิษทางจราจรร้อยละ 32 โดยจำแนกเป็นการป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วเรื้อรัง ร้อยละ 17 โรคระบบหายใจ อักเสบเรื้อรังร้อยละ 20 และโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังร้อยละ 28 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ ปัญหาสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ของกรุงเทพมหานครแล้ว พบว่า ตำรวจจราจรมีปัญหาสุขภาพจาก มลพิษในอัตราสูงของโรคพิษตะกั่วเรื้อรังสูงกว่าการศึกษาในปี 2533 และ 2534 ของอรรพพรณ์ เมฆาติลกุล และคณะ

เฉลิม ลีวศรีสกุล และคณะ (2538) ทำการศึกษาปัญหามลพิษทางอากาศต่อการทำงานของปอด ในตำรวจจราจรในเมืองเชียงใหม่ ผลจากการศึกษาพบว่า จากจำนวนตำรวจจราจร 138 นาย มีจำนวน 7 นาย คิดเป็นร้อยละ 5.1 เป็นโรคทางเดินหายใจส่วนปลาย (Small airways disease), ในจำนวน 7 นาย มีประวัติการสูบบุหรี่ 3 นาย ไม่สูบบุหรี่ 4 นาย และจากการที่มีเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร 4 นายที่ เป็นโรคทางเดินหายใจส่วนปลาย (Small airways disease) โดยไม่สูบบุหรี่นั้น สาเหตุความผิดปกติจึง น่าจะเกิดจากการหายใจเอาฝุ่นธาตุ (Mineral dusts) เข้าไปในขณะปฏิบัติงาน

ในการศึกษาของทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ (2538) ที่ทำการศึกษากาปนเปื้อนของ ตะกั่วในเลือดและการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นละอองจากมลภาวะทางอากาศในตำรวจจราจรในเมืองเชียงใหม่ พบว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรที่มีระดับตะกั่วตั้งแต่ 10.0 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร มีจำนวน 36 นาย คิดเป็น ร้อยละ 20.9 และมี 1 นายที่มีระดับตะกั่วอยู่ในระดับที่เป็นพิษ คือ 32.9 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ (กองพิษวิทยา. 2538) ได้ศึกษาระดับตะกั่วในเลือด ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น อายุ 4 – 11 ปี ในกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับเด็กนักเรียน ในจังหวัดสิงห์บุรี ในปี พ.ศ. 2536-2537 พบว่า ค่าเฉลี่ยของสารตะกั่วในเลือดของเด็กกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 9.26 ± 3.68 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร สูงกว่าเด็กสิงห์บุรี ซึ่งมีค่าเท่ากับ 5.73 ± 2.58 ไมโครกรัม ต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 27.4 ของเด็กในกรุงเทพมหานครมีค่า

สารตะกั่วในเลือดสูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร เปรียบเทียบกับเด็กนักเรียนจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งสูงกว่า 10 ไมโครกรัมเพียงร้อยละ 5.7 แสดงว่าปัญหาพิษจากสารตะกั่วยังมีอยู่ในกรุงเทพมหานคร

การศึกษาของชลลดา พรศพิบูลย์ ที่ศึกษาดำรงจรรยาในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรจากทุกสถานี, การศึกษาของวนิดา ศศิวิมลกุล และอรรพพรณ์ เมธาติลกุล, รวมถึงการศึกษาของกฤษฎา กาเผือก, เณลิ้ม ลีวศรีสกุล และคณะ, งานวิจัยของทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ ที่ศึกษาดำรงจรรยาในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 2 จังหวัดเป็นจังหวัดที่จัดว่าเป็นพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่น มีการคมนาคมขนส่งมากมาย มีเทคโนโลยีอยู่ในระดับที่สูงไม่น้อยไปกว่าเขตกรุงเทพมหานครผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้

อีกทั้งงานวิจัยของทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ, เณลิ้ม ลีวศรีสกุล และคณะ, กฤษฎา กาเผือก ที่ศึกษาระดับสารตะกั่วของตำรวจจราจรในเมืองเชียงใหม่ จากผลการศึกษาพบว่ามีการจราจรที่มีระดับสารตะกั่วในเลือดในระดับที่ควรเฝ้าระวังและเป็นอันตราย, งานวิจัยของวนิดา ศศิวิมลกุล และอรรพพรณ์ เมธาติลกุล พบว่าปัญหาสุขภาพจากมลพิษทางการจราจรมีระดับสูงขึ้นจากอดีต และจากงานวิจัยของสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของสารตะกั่วในเลือดของเด็กกรุงเทพมหานครสูงกว่าเด็กสิงห์บุรี รวมถึงจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพื้นที่การปฏิบัติงานกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจถึงระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานครที่มีโอกาสสัมผัสพิษจากสารตะกั่วบนท้องถนนที่มากกว่าในเมืองเชียงใหม่และจังหวัดอื่นๆ แต่ในกรุงเทพมหานครนี้มีทั้งเขตพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่น และเขตพื้นที่ที่มีการจราจรเบาบาง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ที่มีการจราจรแตกต่างกันว่าจะมีการรับรู้ทางสุขภาพ มีความตระหนักถึงอันตรายของมลพิษในอากาศบนท้องถนนแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด รวมถึงการศึกษาในงานวิจัยที่กล่าวไว้ข้างต้นทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานว่า ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพต่างกัน และตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าปัญหามลพิษของสารตะกั่วที่มีผลต่อสุขภาพดังกล่าว เป็นปัญหาที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มตำรวจจราจรซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสสัมผัสพิษจากสารตะกั่วบนท้องถนนมากและยาวนานกว่าอาชีพอื่น ดังนั้น หากทราบถึงระดับของสารตะกั่วในเลือดของตำรวจจราจรก็จะมีประโยชน์ต่อการประเมินสุขภาพ สามารถกำหนดแนวทางเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรต่อไป

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มลภาวะทางอากาศในกรุงเทพมหานครที่ทวีความรุนแรงขึ้น และอันตรายของสารตะกั่วที่มีผลต่อสุขภาพในระยะยาว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ รวมถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเอง ของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร โดยคาดหวังว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยด้านประชากร สิ่งแวดล้อม

ด้านการจราจรแตกต่างกัน จะทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกันด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

- [illegible]

35. ตำรวจจราจรที่มีสภาพสมรรถสจะมีการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด
36. ตำรวจจราจรที่มีสภาพสมรรถสจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด
37. ตำรวจจราจรที่มีสภาพสมรรถสจะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด
38. ตำรวจจราจรที่มีสภาพสมรรถสจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด
39. ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่ามีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ
40. ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่ามีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ
41. ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่ามีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ
42. ตำรวจจราจรที่มีสภาพสมรรถสจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่ามีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ
43. ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยแบ่งวิธีการดำเนินการออกเป็นขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. ลักษณะของเครื่องมือ
4. การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือ
5. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ ตำรวจจราจรที่สังกัดงานจราจรในกรุงเทพมหานครทุกนาย ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจรบนท้องถนน ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 5019 นาย (กองทะเบียนพล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ ตำรวจจราจรที่สังกัดงานจราจรในกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจรบนท้องถนน ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 370 นาย โดยใช้การคำนวณจากสูตรของยามานะ (Yamanie. 1967 : 581) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดของกลุ่มประชากร
	e	แทน	ความคาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า } n &= \frac{5019}{1 + 5019(0.05)^2} \\ &= 370\end{aligned}$$

เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดย

1. แบ่งเขตพื้นที่การปฏิบัติงาน ใช้การสุ่มแบบระดับชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งเป็นสถานีตำรวจนครบาลที่มีตำรวจจราจรปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ที่มีสภาพการจราจรหนาแน่น และสถานีตำรวจนครบาลที่มีตำรวจจราจรปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ที่มีสภาพการจราจรเบาบาง

พื้นที่บริเวณที่มีการจราจรหนาแน่น และพื้นที่ที่มีการก่อสร้างปิดบัง เช่น บริเวณที่มิดไฟฟ้างว้าง เนื่องจาก พื้นที่บริเวณดังกล่าวจะมีปัญหามลพิษสูงกว่ามาตรฐานประมาณ 3 – 4 เท่า (มาตรฐาน 100 พีพีบี. มูลนิธิป้องกันควันพิษและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม) พบว่า มีสถานีตำรวจที่มีตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำรวจนครบาลชั้นใน 5 สถานี ประกอบด้วยสถานีตำรวจนครบาลปทุมวัน สถานีตำรวจนครบาลลุมพินี สถานีตำรวจนครบาลพญาไท สถานีตำรวจนครบาลดินแดง และสถานีตำรวจนครบาลมักกะสัน (สจร.สาร. 2540 : 35) และพบว่า มีสถานีตำรวจที่จัดว่าเป็นเขตพื้นที่การจราจรเบาบางคือ เป็นเขตพื้นที่ที่ปัญหาการจราจร การแออัดของรถยนต์น้อยกว่า จากสถิติจำนวนรถยนต์ของกองวิชาการและวางแผน กรมการขนส่งทางบก ปี พ.ศ.2538 – 2540 (กรมการขนส่งทางบก. 2541 : เอกสารอัดสำเนา)

2. ในการสุ่มสถานีตำรวจ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเลือกจากสถานีตำรวจในพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่น รวมทั้งในบริเวณที่รถไฟฟ้างว้างผ่าน จำนวน 5 สถานี ได้แก่ สถานีตำรวจนครบาลปทุมวัน สถานีตำรวจนครบาลลุมพินี สถานีตำรวจนครบาลพญาไท สถานีตำรวจนครบาลดินแดง และสถานีตำรวจนครบาลมักกะสัน และสถานีตำรวจที่อยู่ในเขตพื้นที่มีการจราจรเบาบางจำนวน 10 สถานี ได้แก่ สถานีตำรวจนครบาลเตาปูน สถานีตำรวจนครบาลสามเสน สถานีตำรวจนครบาลบางกอกน้อย สถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ สถานีตำรวจนครบาลพลโยธิน สถานีตำรวจนครบาลบางรัก สถานีตำรวจนครบาลประชาชื่น สถานีตำรวจนครบาลบึงกุ่ม สถานีตำรวจนครบาลอุดมสุข และสถานีตำรวจนครบาลพลับพลาไชย การที่ผู้วิจัยเลือกจำนวนสถานีตำรวจในพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่นจำนวน 5 สถานี และสถานีตำรวจที่อยู่ในเขตพื้นที่มีการจราจรเบาบางจำนวน 10 สถานี เนื่องจากอัตรากำลังพลในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน สถานีตำรวจนครบาลที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่มีการจราจรหนาแน่นจะมีจำนวนข้าราชการตำรวจจราจรมากกว่าสถานีตำรวจนครบาลที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่มีการจราจรเบาบาง และในสถานีตำรวจนครบาลบางสถานีที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่มีการจราจรเบาบางบางแห่งมีจำนวนตำรวจจราจรอยู่น้อยมาก

3. การสุ่มหน่วยตัวอย่างจากระดับชั้นโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่การปฏิบัติงานอย่างละ 185 คน

4. ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ในการหาขนาดตัวอย่างในแต่ละสถานีตำรวจนครบาล จากจำนวนประชากรของแต่ละเขตพื้นที่การปฏิบัติงานจำนวน 185 คน โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละสน.} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่การปฏิบัติงาน} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละสน.}}{\text{จำนวนประชากรในแต่ละเขตพื้นที่การปฏิบัติงาน}}$$

5. การเลือกจำนวนตำรวจจราจรจากสถานีตำรวจดังกล่าว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเท่าๆกันในการถูกเลือก จำนวน 370 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร

3. ลักษณะของเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ได้แสดงรายละเอียดของแบบสอบถามไว้ในภาคผนวก โดยมีลักษณะคำตอบ การให้คะแนน และการแปลความหมายของคะแนนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากรได้แก่ ชื่อ-นามสกุล สถานที่ตำรวจ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร

ลักษณะคำตอบ เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมายถูก สำหรับการให้คะแนนในส่วนนี้ คิดเป็นร้อยละของประชากรทั้งหมด

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากกฤษณา กาเผือก (2541 : 67-70) จำนวน 25 ข้อ

ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของท่านมาก
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของท่านน้อย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

การให้คะแนน เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้นการให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อคำถามดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ถ้าเลือกคำตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ถ้าเลือกคำตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 0.มลพิษทางอากาศบนท้องถนนมีอันตรายต่อสุขภาพ 0.ถ้าร่างกายได้รับมลพิษทางอากาศบนท้องถนนนานๆเข้าจนเกิดความเคยชิน มลพิษทางอากาศเหล่านั้นก็ไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายได้					
การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 0.อากาศเสียบนท้องถนนนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายกับระบบทางเดินหายใจแล้วยังมีอันตรายต่อระบบอื่นๆของร่างกายอีกด้วย 0.เมื่อป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจแล้ว ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง					
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 0.การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษที่ได้มาตรฐานขณะปฏิบัติงานสามารถช่วยกรองสารพิษในอากาศได้ 0.ข้าพเจ้ายังไม่มีอาการแสดงใดๆว่าป่วยจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนจึงยังไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันอันตรายใดๆ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน อันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 0. หน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานถือเป็น สิ่งสิ้นเปลือง 0. การตรวจร่างกายทำให้เสียเวลา					
แรงจูงใจด้านสุขภาพ 0. การมีความรู้เรื่องมลพิษทางอากาศจะทำให้ ข้าพเจ้ารักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรง 0. เพื่อนตำรวจจราจรที่เจ็บป่วยเป็นสิ่งเตือนใจให้ ข้าพเจ้าดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี					

การแปลความหมายของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คัดจากค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความเชื่อ
ด้านสุขภาพของตำรวจจราจร โดยแบ่งระดับของความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 1.0 ถึง 1.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำมาก
 ค่าเฉลี่ย 1.5 ถึง 2.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ
 ค่าเฉลี่ย 2.5 ถึง 3.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 3.5 ถึง 4.49 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี
 ค่าเฉลี่ย 4.5 ถึง 5 คะแนน ถือว่ามีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากกรรณิการ์
พัฒน์ผดุงวิทยา (2542 : 119-121) จำนวน 16 ข้อ

โดยข้อความที่เป็นทางบวก มีข้อ 1-3

ข้อความที่เป็นทางลบ มีข้อ 4-16

ลักษณะคำตอบ มีทั้งข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ กำหนดให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

ข้อความที่เป็นทางบวก ตอบว่า “ใช่” แสดงถึง ความเชื่ออำนาจภายในตน
 ตอบว่า “ไม่ใช่” แสดงถึง ความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ข้อความที่เป็นทางลบ ตอบว่า “ใช่” แสดงถึง ความเชื่ออำนาจภายนอกตน
 ตอบว่า “ไม่ใช่” แสดงถึง ความเชื่ออำนาจภายในตน

การให้คะแนน ข้อความที่เป็นทางบวก ตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

ตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

ข้อความที่เป็นทางลบ ตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน

ตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

ตัวอย่าง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<u>ข้อความทางบวก</u>		
0.การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานเป็นวิธีที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน		
0.การเจ็บป่วยเป็นเพราะข้าพเจ้าไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง		
<u>ข้อความทางลบ</u>		
0.ความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากความโชคร้ายของข้าพเจ้า		
0.ข้าพเจ้ามีสุขภาพดีหรือไม่ดีเป็นเรื่องของโชคชะตา		

การแปลความหมายของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกบนด้านสุขภาพ

- ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม แสดงว่า มีความเชื่ออำนาจภายในตน
- ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม แสดงว่า มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ส่วนที่ 4 การดูแลตนเอง

แบบสอบถามการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากกฤษณา กาเหวอ (2541 : 71-72) จำนวน

29 ข้อ

ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

- ทำเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอเป็นประจำ
- ทำบ่อย ๆ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมบ่อย ๆ (ไม่สม่ำเสมอ)
- ทำบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมบางครั้ง
- ทำนานๆครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรม นานๆครั้ง
- ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมเลย

การให้คะแนน เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้น

การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อคำถามดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ถ้าเลือกคำตอบ

ทำเป็นประจำ	ได้	5	คะแนน
ทำบ่อย ๆ	ได้	4	คะแนน
ทำบางครั้ง	ได้	3	คะแนน
ทำนานๆครั้ง	ได้	2	คะแนน
ไม่เคย	ได้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ถ้าเลือกคำตอบ

ทำเป็นประจำ	ได้	1	คะแนน
ทำบ่อย ๆ	ได้	2	คะแนน
ทำบางครั้ง	ได้	3	คะแนน
ทำนานๆครั้ง	ได้	4	คะแนน
ไม่เคย	ได้	5	คะแนน

ตัวอย่าง

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยๆ	ทำบางครั้ง	ทำนานๆครั้ง	ไม่ทำ
0.ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง					
0.ข้าพเจ้าไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี					

การแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเอง คัดจากค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการดูแลตนเองของตำรวจจราจร โดยแบ่งระดับของการดูแลตนเองออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.0 ถึง 1.49	คะแนน	ถือว่าการดูแลตนเองในระดับต่ำมาก
ค่าเฉลี่ย 1.5 ถึง 2.49	คะแนน	ถือว่าการดูแลตนเองในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 2.5 ถึง 3.49	คะแนน	ถือว่าการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.5 ถึง 4.49	คะแนน	ถือว่าการดูแลตนเองในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 4.5 ถึง 5	คะแนน	ถือว่าการดูแลตนเองในระดับดีมาก

4. การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวความคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง กำหนดนิยามปฏิบัติการของความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง

2. นำความรู้ที่ได้จากข้อ 1 มาสร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา และความมุ่งหมายที่ต้องการ เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร จำนวน 6 ข้อ
- 2.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ
- 2.3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ
- 2.4 แบบสอบถามการดูแลตนเอง จำนวน 29 ข้อ

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น จากนั้นนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

- ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านพิจารณา นำมาหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อที่มีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสอบถามส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพที่หาความเที่ยงตรงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับตำรวจจราชที่มิใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) มาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) โดยใช้วิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125)

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพที่ผ่านการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น .9145

- ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามส่วนของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแล้ว พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านพิจารณา นำมาหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อที่มีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสอบถามส่วนของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพที่หาความเที่ยงตรงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับตำรวจจราชที่มิใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) มาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) โดยใช้วิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125)

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามส่วนของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพที่ผ่านการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น .8244

- การดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามส่วนของการดูแลตนเอง พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านพิจารณา นำมาหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อที่มีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสอบถามส่วนของการดูแลตนเองที่หาความเที่ยงตรงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับตำรวจจราจรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) มาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) โดยใช้วิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125)

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามส่วนของการดูแลตนเองที่ผ่านการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น .9634

4. นำผลไปรายงานต่อประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท เพื่อขอความเห็นชอบ เพื่อนำแบบสอบถามดังกล่าวไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

5. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรถึงผู้กำกับการสถานีตำรวจทั้ง 15 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 นาย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน รวมระยะเวลา 1 เดือน เมื่อได้แบบสอบถามผู้วิจัยนำมาตรวจสอบข้อมูลให้สมบูรณ์

4. นำแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาให้คะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

6. การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตำรวจจราจร นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แยกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร
3. แบบสอบถามส่วนที่ 2 วัดความเชื่อด้านสุขภาพ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. แบบสอบถามส่วนที่ 3 วัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. แบบสอบถามส่วนที่ 4 วัดการดูแลสุขภาพ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร โดยใช้การทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8-13, 15-38
7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร โดยใช้การทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 14, 39-42
8. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพโดยใช้การทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-6
9. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพโดยใช้การทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7
10. การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลสุขภาพของตำรวจจราจร โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 43

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 7.1.1 หาค่าร้อยละ
- 7.1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย
- 7.1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

7.2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

- 7.2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อดูความถูกต้องของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ และตรวจสอบความถูกต้องของภาษา
- 7.2.2 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนน

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติการหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติการ

7.2.3 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total Correlation) แบบวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)

7.2.4 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

7.3 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

7.3.1 การเปรียบเทียบปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ใช้การทดสอบค่าที (t-test)

7.3.2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร โดย การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้แทนความหมายดังนี้

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
M	แทน ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
R	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณ
X_1	แทน ความเชื่อด้านสุขภาพ
X_2	แทน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
X_3	แทน การดูแลตนเอง
X_4	แทน อายุ
X_5	แทน สถานภาพสมรส
X_6	แทน จำนวนบุตร
X_7	แทน ระดับการศึกษา
X_8	แทน สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร
R^2	แทน สัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์
a	แทน ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์
b	แทน สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
β	แทน สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
$\hat{Y}$	แทน การดูแลตนเองที่ได้จากการพยากรณ์ด้วยตัวพยากรณ์ต่าง ๆ ในรูปคะแนนดิบ
Z	แทน การดูแลตนเองที่ได้จากการพยากรณ์ด้วยตัวพยากรณ์ต่าง ๆ ในรูปคะแนนมาตรฐาน
S.Eest	แทน ความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้าน ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้าน ระหว่างกลุ่มตัวแปรสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มของตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส

ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองโดยใช้ตัวแปรสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็นตัวทำนาย

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การนำเสนอในส่วนที่เกี่ยวกับค่าสถิติพื้นฐาน เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การดูแลตนเองโดยภาพรวมและแต่ละด้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร อายุ
สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา

ตัวแปร	ระดับตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร	พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	50.0
	พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	50.0
	รวม	370	100.0
2. อายุ	ต่ำกว่า 40 ปี	203	54.9
	มากกว่า 40 ปี	167	45.1
	รวม	370	100.0
3. สถานภาพสมรส	โสด	49	13.2
	คู่	321	86.8
	รวม	370	100.0
4. จำนวนบุตร	ไม่มีบุตร	75	20.3
	มีบุตร	295	79.7
	รวม	370	100.0
5. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	78.9
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	21.1
	รวม	370	100.0

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่น และพื้นที่การจราจรเบาบางจำนวนเท่ากัน คือ พื้นที่ละ 185 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว มีจำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 ส่วนใหญ่มีบุตร จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 79.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9

ตาราง 2 ระดับการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก มลพิษทางอากาศบนท้องถนน	4.50	0.46	ดีมาก
1	มลพิษทางอากาศบนท้องถนนมีอันตรายต่อสุขภาพ	4.79	0.47	ดีมาก
2	ตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนโดยไม่ใช้หน้ากากป้องกันทำให้ป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย	4.65	0.56	ดีมาก
3	ถ้าร่างกายได้รับมลพิษทางอากาศบนท้องถนนนานๆ เข้าจนเกิดความเคยชิน มลพิษทางอากาศเหล่านั้นก็ไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายได้	3.91	1.17	ดี
4	ตำรวจจราจรเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและพิษจากสารตะกั่ว	4.57	0.73	ดีมาก
5	อากาศบนท้องถนน มีทั้งสารตะกั่ว ฝุ่นละออง ซึ่งสามารถทำอันตรายต่อสุขภาพ	4.65	0.65	ดีมาก
6	แม้ข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ แล้วรักษาจนหายเป็นปกติ ถ้าไม่สวมหน้ากากป้องกันมลพิษก็มีโอกาสป่วยเป็นโรคซ้ำได้อีก	4.42	0.77	ดี

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.5-5.0) คือมีคะแนนเฉลี่ย 4.50 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมากนั้นประกอบด้วยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนในด้านมลพิษทางอากาศบนท้องถนนมีอันตรายต่อสุขภาพ ด้านตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนโดยไม่ใช้หน้ากากป้องกันทำให้ป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ด้านอากาศบนท้องถนนมีทั้งสารตะกั่ว ฝุ่นละอองซึ่งสามารถทำอันตรายต่อสุขภาพ และด้านตำรวจจราจรเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและพิษจากสารตะกั่ว ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50-4.49 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีนั้นประกอบด้วยด้านแม้ข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจแล้วรักษาจนหายเป็นปกติ ถ้าไม่สวมหน้ากากป้องกันมลพิษก็มีโอกาสป่วยเป็นโรคซ้ำได้อีกและด้านถ้าร่างกายได้รับมลพิษทางอากาศบนท้องถนนนานๆ จนเกิดความเคยชินมลพิษทางอากาศเหล่านั้นก็ไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายได้

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
	การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	4.43	0.51	ดี
7	อากาศเสียบนท้องถนนนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายกับระบบทางเดินหายใจแล้วยังมีอันตรายต่อระบบอื่นๆของร่างกาย	4.50	0.59	ดีมาก
8	เมื่อป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจแล้ว ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง	4.49	0.62	ดี
9	ถ้าร่างกายรับสารตะกั่วมากจะทำให้เป็นมะเร็ง	4.31	0.76	ดี
10	อากาศเสียในกรุงเทพมหานครจะทำให้สุขภาพเลวลง	4.57	0.56	ดีมาก
11	สารตะกั่วมีผลต่อสมอง และระบบประสาทซึ่งรุนแรง ทำให้มีอาการชักและเป็นอัมพาตได้	4.29	0.78	ดี

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนโดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีคือ มีคะแนนเฉลี่ย 4.43 (คะแนนเฉลี่ย 3.5-4.49) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมากนั้นประกอบด้วยด้านอากาศเสียในกรุงเทพมหานครจะทำให้สุขภาพเลวลง และด้านอากาศเสียบนท้องถนนนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายกับระบบทางเดินหายใจแล้วยังมีอันตรายต่อระบบอื่นๆของร่างกาย ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.5-4.49 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีนั้นประกอบด้วย ด้านเมื่อป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจแล้วทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ด้านถ้าร่างกายรับสารตะกั่วมากจะทำให้เป็นมะเร็ง และด้านสารตะกั่วมีผลต่อสมองและระบบประสาทซึ่งรุนแรงทำให้มีอาการชักและเป็นอัมพาตได้

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย				
	จากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	3.97	0.60	ดี
12	ยังไม่มีอาการแสดงใดๆว่าป่วยจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนจึงยังไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันอันตรายใดๆ	3.72	1.06	ดี
13	สุขภาพแข็งแรงจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี	4.03	1.01	ดี
14	การสวมหน้ากากป้องกันขณะปฏิบัติงานไม่ช่วยป้องกันมลพิษทางอากาศเข้าสู่ร่างกาย	3.57	1.15	ดี
15	การใช้หน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานช่วยลดอันตรายและความรุนแรงจากมลพิษทางอากาศได้	4.24	0.77	ดี
16	การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษที่ได้มาตรฐานขณะปฏิบัติงานสามารถช่วยกรองสารพิษในอากาศได้	4.30	0.77	ดี

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนโดยภาพรวมและแต่ละด้านทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดี คือมี คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.49 โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนในด้านการสวมหน้ากากป้องกันมลพิษที่ได้มาตรฐานขณะปฏิบัติงานสามารถช่วยกรองสารพิษในอากาศได้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.30 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนในด้านการสวมหน้ากากป้องกันขณะปฏิบัติงานไม่ช่วยป้องกันมลพิษทางอากาศเข้าสู่ร่างกายมีคะแนนต่ำสุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 3.57

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	4.03	0.71	ดี
17	หน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานถือเป็นสิ่งสิ้นเปลือง	4.10	0.89	ดี
18	การตรวจร่างกายทำให้เสียเวลา	4.25	0.82	ดี
19	การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานทำให้เสีย บุคลิกภาพของตำรวจ	4.07	0.87	ดี
20	การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานทำให้หายใจ ไม่สะดวก เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	3.51	1.15	ดี
21	การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานแสดงถึง ความอ่อนแอ	4.21	0.77	ดี

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนโดยภาพรวมและแต่ละด้านทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดี คือมี คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.49 โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนในด้านการตรวจร่างกายทำให้เสียเวลา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.25 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนในด้านการสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานทำให้หายใจไม่สะดวกเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานมีคะแนนต่ำสุด คือ 3.51

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
	แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.36	0.50	ดี
22	การมีความรู้เรื่องมลพิษทางอากาศจะทำให้ข้าพเจ้ารักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรง	4.34	0.65	ดี
23	การหาความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางอากาศทำให้ทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับสารพิษทางอากาศได้	4.36	0.58	ดี
24	การตรวจหาสารตะกั่วในเส้นเลือดเป็นประจำ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพจากการปฏิบัติงานบนท้องถนนได้เป็นอย่างดี	4.34	0.67	ดี
25	เพื่อนตำรวจจราจรที่เจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เตือนใจให้ดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี	4.40	0.56	ดี

จากตาราง 2 พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.49 โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพในด้านเพื่อนตำรวจจราจรที่เจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เตือนใจให้ดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.40 ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพในการมีความรู้เรื่องมลพิษทางอากาศจะทำให้ข้าพเจ้ารักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและการตรวจหาสารตะกั่วในเส้นเลือดเป็นประจำ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพจากการปฏิบัติงานบนท้องถนนได้เป็นอย่างดีมีคะแนนต่ำสุด คือ 4.34

ตาราง 3 สรุประดับการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวม และแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก มลพิษทางอากาศบนท้องถนน	4.50	0.46	ดีมาก
2	การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	4.43	0.51	ดี
3	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	3.97	0.60	ดี
4	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	4.03	0.71	ดี
5	แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.36	0.50	ดี
รวมเฉลี่ย		4.26	0.40	ดี

จากตาราง 3 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี คือมีคะแนนเฉลี่ย 4.26 โดยแต่ละด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.50 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.43-3.97 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์มีการรับรู้ที่ดี

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านอำนาจภายในตนและภายนอกตน
ด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านอำนาจภายในตน และภายนอกตนด้านสุขภาพ	M	S.D.
ความเชื่อด้านอำนาจภายในตน		
1. การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานเป็นวิธีที่จะช่วยป้องกันไม่ให้ เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน	0.88	0.33
2. การเจ็บป่วยเป็นเพราะไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง	0.78	0.41
3. สุขภาพจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับกระทำการของตัวเอง	0.79	0.41
ความเชื่อด้านอำนาจภายนอกตน (เชื่อในอำนาจลึกลับ)		
4. ความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากความโชคร้ายของตัวเอง	0.86	0.35
5. มีสุขภาพดีหรือไม่ดีเป็นเรื่องของโชคชะตา	0.91	0.28
6. การเจ็บป่วยจากการทำงานขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นตัวกำหนด	0.91	0.29
7. มีสุขภาพดีเพราะโชคดี	0.85	0.35
8. มีสุขภาพดีเกิดจากการทำบุญไว้ในชาติที่แล้ว	0.89	0.31
9. ถึงแม้ว่าจะดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีแต่ก็ยังมีโอกาสเจ็บป่วยได้เพราะโชคชะตาได้กำหนด ไว้แล้ว	0.82	0.38
10. ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ ถูกกำหนดไว้แล้วในแต่ละคน	0.85	0.36
11. การเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรมของตัวเอง	0.89	0.31
ความเชื่อด้านอำนาจภายนอกตน (เชื่อผู้อื่น)		
12. เชื่อในความสามารถของแพทย์ที่จะทำให้มีสุขภาพที่ดีมากกว่าความสามารถของตนเอง	0.45	0.50
13. ถ้าเจ็บป่วย เชื่อว่าแพทย์เท่านั้นที่จะช่วยให้หายได้	0.44	0.50
14. คิดว่าสุขภาพอนามัยของตัวเองนั้นขึ้นอยู่กับผู้บังคับบัญชา	0.88	0.32
15. ชีวิตของถูกควบคุมโดยบุคคลรอบ ๆ ตัวข้าพเจ้า	0.88	0.33
16. สวมหน้ากากป้องกันมลพิษเพราะผู้บังคับบัญชาเป็นคนสั่งถ้าไม่เช่นนั้น ข้าพเจ้าก็จะไม่สวม	0.95	0.23
รวมเฉลี่ย	0.81	0.18

จากตาราง 4 พบว่า ความเชื่อด้านอำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพโดยภาพรวมมี
คะแนนเฉลี่ย 0.81 โดยความเชื่อด้านอำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ (เชื่อผู้อื่น) เรื่องการสวมหน้ากาก
ป้องกันมลพิษเพราะผู้บังคับบัญชาเป็นคนสั่งถ้าไม่เช่นนั้นข้าพเจ้าก็จะไม่สวม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ
0.95 รองลงมาคือ ความเชื่อด้านอำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ (เชื่ออำนาจลึกลับ) เรื่องมีสุขภาพดีหรือ
ไม่ดีเป็นเรื่องของโชคชะตา การเจ็บป่วยจากการทำงานขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นตัวกำหนด สุขภาพดีเกิด
จากการทำบุญไว้ในชาติที่แล้ว และการเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรมของตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ย 0.91 ,

0.91 , 0.89 และ 0.89 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อว่าแพทย์เท่านั้นที่จะช่วยให้หายได้ (เชื่อผู้อื่น) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 0.44

ตาราง 5 ระดับการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
1. ไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี	4.10	1.10	ดี
2. เมื่อมีอาการไม่สบาย จะรีบไปปรึกษา แพทย์ทันที	3.69	1.06	ดี
3. นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.80	1.05	ดี
4. ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วัน แต่ละครั้งนานติดต่อกัน อย่างน้อย 30 นาที	3.15	1.26	ปานกลาง
5. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	3.51	1.25	ดี
6. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และครบ 5 หมู่	3.82	0.97	ดี
7. หลังเลิกงานหรือในวันหยุด ทำงานอดิเรก หรือพักผ่อนเพื่อ ผ่อนคลายความเครียด	3.90	0.97	ดี
8. หลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน เช่น อันตรายจากควันพิษบนท้องถนน อันตรายจากเสียงของ เครื่องยนต์อันตรายจากความร้อนและแสงแดด เป็นต้น	3.78	1.07	ดี
9. ควบคุมดูแลรักษาความสะอาดของสภาพแวดล้อมรอบๆตัว	3.99	0.90	ดี
10. ดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าให้แข็งแรง	4.14	0.82	ดี
11. ให้ความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว กับการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	3.86	0.94	ดี
12. ให้ความสนใจกับสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย	4.26	0.75	ดี
13. หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีคนแออัด	3.93	0.85	ดี
14. สนใจในการดูแลระบบการขับถ่าย	4.19	0.79	ดี
15. คิดทบทวนก่อนที่จะกระทำในเรื่องที่ส่งผลต่อสุขภาพ	4.06	0.81	ดี
16. เมื่อรู้สึกอ่อนเพลียจะพักผ่อนอย่างเพียงพอ	4.01	0.88	ดี
17. เลือกกระทำในสิ่งที่มีสุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น	4.10	0.84	ดี
18. สนใจอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพอนามัย	3.81	0.95	ดี
19. อยู่ในบ้านที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกไม่แออัด	3.93	1.11	ดี
20. ออกกำลังกายด้วยการเดิน วิ่งเหยาะๆ หรือรำมวยจีน	3.21	1.18	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	M	S.D.	แปลผล การรับรู้
21. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะพยายามทำสมาธิ และหาวิธีแก้ไข	3.16	1.17	ปานกลาง
22. จะถามแพทย์เมื่อไม่เข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องเกี่ยวกับโรค	3.45	1.04	ปานกลาง
23. สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเอง	3.78	0.88	ดี
24. ปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพดี	3.78	1.01	ดี
25. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	4.06	0.90	ดี
26. เมื่อเจ็บป่วยจะแสวงหาความรู้เพื่อปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง	4.00	0.91	ดี
27. หลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในที่ที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่	3.65	1.12	ดี
28. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	4.16	0.88	ดี
29. คลายเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์	4.29	0.83	ดี
รวมเฉลี่ย	3.85	0.62	ดี

จากตาราง 5 พบว่า การดูแลตนเองโดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 3.85 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์การดูแลตนเองในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อคลายเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ คือ 4.29 และการออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วันแต่ครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 3.15

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้าน ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-7 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกได้ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวม ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่า "ตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่า" ดังแสดงผลในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	N	M	S.D.	t	p
ความเชื่อด้านสุขภาพต่ำ	182	3.71	0.59	-4.33***	.000
ความเชื่อด้านสุขภาพสูง	188	3.98	0.62		

จากตาราง 6 พบว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2.2 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	N	M	S.D.	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำ	143	3.75	0.62		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูง	227	3.91	0.62	-2.36 *	.019

จากตาราง 7 พบว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

2.3 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 8

ตาราง 8 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	N	M	S.D.	t	p
การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำ	192	3.71	0.59		
การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูง	178	3.99	0.62	-4.61***	.000

จากตาราง 8 พบว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

2.4 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ตามสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	N	M	S.D.	t	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำ	146	3.72	0.61	-3.16**	.002
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูง	224	3.93	0.61		

จากตาราง 9 พบว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

2.5 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ตามสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกัน

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน	N	M	S.D.	t	p
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำ	215	3.80	0.64	-1.98*	.049
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูง	155	3.92	0.58		

จากตาราง 10 พบว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

2.6 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรแรงจูงใจด้านสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพแตกต่างกัน

แรงจูงใจด้านสุขภาพ	N	M	S.D.	t	p
แรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำ	199	3.70	0.60	-5.26***	.000
แรงจูงใจด้านสุขภาพสูง	171	4.02	0.59		

จากตาราง 11 พบว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

2.7 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มของตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ” ดังแสดงผลในตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนกับตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพ	N	M	S.D.	t	p
ความเชื่ออำนาจภายนอก	113	3.89	0.68	0.87	.385
ความเชื่ออำนาจภายใน	25	3.83	0.59		

จากตาราง 12 พบว่าตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มตัวแปร สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8-38 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกได้ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครที่มีความแตกต่างกัน ในระหว่างกลุ่มตัวแปรสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร ตามสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพต่างกัน” ดังแสดงผลในตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	4.25	0.42	-0.73	0.465
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	4.28	0.37		

จากตาราง 13 พบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

3.2 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง ตามสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่างกัน” ดังแสดงผลในตาราง 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	4.49	0.51	-0.59	0.557
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	4.51	0.40		

จากตาราง 14 พบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9

3.3 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง ตามสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกันมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่างกัน” ดังแสดงผลในตาราง 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	4.35	0.54	-2.897**	0.004
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	4.51	0.48		

จากตาราง 15 พบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า ตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรเบาบาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10

3.4 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่น และเบาบาง ตามสมมติฐานข้อที่ 11 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกันมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่างกัน” ดังแสดงผลในตาราง 16

ตาราง 16 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	3.98	0.60	0.29	0.770
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	3.96	0.61		

จากตาราง 16 พบว่า ตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11

3.5 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง ตามสมมติฐานข้อที่ 12 ที่ตั้งไว้ว่า “ ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกันมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่างกัน ” ดังแสดงผลในตาราง 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	4.06	0.69	1.08	0.283
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	3.99	0.72		

จากตาราง 17 พบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12

3.6 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง ตามสมมติฐานข้อที่ 13 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปต่างกัน” ดังแสดงผลในตาราง 18

ตาราง 18 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	4.32	0.47	-1.49	0.138
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	4.40	0.52		

จากตาราง 18 พบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13

3.7 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบาง ตามสมมติฐานข้อที่ 14 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน” ดังแสดงผลในตาราง 19

ตาราง 19 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบาง

พื้นที่การจราจร	N	M	S.D.	t	P
พื้นที่การจราจรหนาแน่น	185	0.81	0.18	-0.23	0.816
พื้นที่การจราจรเบาบาง	185	0.82	0.18		

จากตาราง 19 พบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นกับเบาบางมีความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14

3.8 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 15 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 20

ตาราง 20 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	203	4.28	0.39	1.06	0.291
มากกว่า 40 ปี	167	4.24	0.41		

จากตาราง 20 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15

3.9 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 16 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 21

ตาราง 21 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	203	4.51	0.43	0.66	0.510
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	167	4.48	0.49		

จากตาราง 21 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16

3.10 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 17 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 22

ตาราง 22 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	103	4.44	0.47	0.42	0.677
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	167	4.42	0.56		

จากตาราง 22 พบว่าตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 17

3.11 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 18 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 23

ตาราง 23 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	203	3.99	0.61	0.55	0.581
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	167	3.95	0.59		

จากตาราง 23 พบว่าตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18

3.12 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 19 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 24

ตาราง 24 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	203	4.08	0.64	1.79	0.075
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	167	3.95	0.78		

จากตาราง 24 พบว่าตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19

3.13 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 20 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 25

ตาราง 25 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	203	4.36	0.50	-0.18	0.854
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	167	4.37	0.50		

จากตาราง 25 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 20

3.14 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 21 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 26

ตาราง 26 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	4.27	0.38	1.02	0.308
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	4.22	0.44		

จากตาราง 26 พบว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 21

3.15 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 22 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 27

ตาราง 27 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	4.53	0.44	2.28*	0.023
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	4.40	0.50		

จากตาราง 27 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22

3.16 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 23 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 28

ตาราง 28 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	4.45	0.48	1.78	0.076
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	4.34	0.62		

จากตาราง 28 พบว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 23

3.17 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 24 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 29

ตาราง 29 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	3.96	0.60	-0.83	0.405
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	4.02	0.61		

จากตาราง 29 พบว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 24

3.18 เปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 25 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 30

ตาราง 30 เปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	4.03	0.69	0.21	0.832
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	4.01	0.77		

จากตาราง 30 พบว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 25

3.19 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 26 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 31

ตาราง 31 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	4.37	0.49	0.56	0.576
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	4.33	0.54		

จากตาราง 31 พบว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 26

3.20 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 27 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 32

ตาราง 32 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	4.27	0.46	0.09	0.924
มีบุตร	295	4.26	0.38		

จากตาราง 32 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีบุตรกับตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตรมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 27

3.21 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 28 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 33

ตาราง 33 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	4.50	0.49	0.06	0.955
มีบุตร	295	4.49	0.45		

จากตาราง 33 พบว่าตำรวจจราจรที่มีบุตรกับตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตรมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 28

3.22 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 29 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 34

ตาราง 34 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	4.48	0.51	0.99	0.324
มีบุตร	295	4.42	0.52		

จากตาราง 34 พบว่าตำรวจจราจรที่มีบุตรกับตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตรมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 29

3.23 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 30 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 35

ตาราง 35 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	3.93	0.67	-0.714	0.476
มีบุตร	195	3.98	0.59		

จากตาราง 35 พบว่าตำรวจจราจรที่มีบุตรกับตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตรมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 30

3.24 เปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 31 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 36

ตาราง 36 เปรียบเทียบการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	4.03	0.80	0.05	0.957
มีบุตร	295	4.02	0.68		

จากตาราง 36 พบว่าตำรวจจราจรที่มีบุตรกับตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตรมีการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 31

3.25 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 32 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 37

ตาราง 37 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	4.37	0.54	0.17	0.869
มีบุตร	295	4.36	0.49		

จากตาราง 37 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีบุตรกับตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตรมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 32

3.26 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 33 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด” ดังแสดงผลในตาราง 38

ตาราง 38 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	4.30	0.43	0.65	0.514
คู่	321	4.26	0.39		

จากตาราง 38 พบว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 33

3.27 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 34 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด” ดังแสดงผลในตาราง 39

ตาราง 39 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	4.52	0.48	0.34	0.732
คู่	321	4.50	0.45		

จากตาราง 39 พบว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 34

3.28 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 35 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด” ดังแสดงผลในตาราง 40

ตาราง 40 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	4.57	0.47	2.01 [*]	0.045
คู่	321	4.41	0.52		

จากตาราง 40 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 35

3.29 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 36 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด” ดังแสดงผลในตาราง 41

ตาราง 41 เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	3.98	0.63	0.04	0.969
คู่	321	3.97	0.60		

จากตาราง 41 พบว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 36

3.30 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 37 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด” ดังแสดงผลในตาราง 42

ตาราง 42 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	4.05	0.78	0.21	0.836
คู่	321	40.2	0.70		

จากตาราง 42 พบ ว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 37

3.31 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 38 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด” ดังแสดงผลในตาราง 43

ตาราง 43 เปรียบเทียบแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	4.35	0.54	-0.22	0.827
คู่	321	4.36	0.49		

จากตาราง 43 พบว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 38

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรสต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 39-42 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกได้ดังนี้

4.1 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 39 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีอายุมากกว่าจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าตำรวจจราจรที่มีอายุน้อยกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 44

ตาราง 44 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน

อายุ	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่า 40 ปี	203	0.82	0.19	0.65	0.515
ตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป	167	0.81	0.17		

จากตาราง 44 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 39

4.2 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพ ของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 40 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ดังแสดงผลในตาราง 45

ตาราง 45 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	M	S.D.	t	P
ต่ำกว่าปริญญาตรี	292	0.81	0.18	-1.64	0.102
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	78	0.84	0.19		

จากตาราง 45 พบว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 40

4.3 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 41 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีบุตรจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าตำรวจจราจรที่ไม่มีบุตร” ดังแสดงผลในตาราง 46

ตาราง 46 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนบุตรต่างกัน

จำนวนบุตร	N	M	S.D.	t	P
ไม่มีบุตร	75	0.79	0.18	-1.51	0.131
มีบุตร	295	0.82	0.18		

จากตาราง 46 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีจำนวนบุตรต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 41

4.4 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ตามสมมติฐานข้อที่ 42 ที่ตั้งไว้ว่า “ตำรวจจราจรที่มีสภภาพสมรสคู่จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสโสด” ดังแสดงผลในตาราง 47

ตาราง 47 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครระหว่างกลุ่มที่สถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	N	M	S.D.	t	P
โสด	49	0.80	0.18	-0.17	0.866
คู่	321	0.81	0.18		

จากตาราง 47 พบว่า ตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 42

ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครโดยใช้ตัวแปร สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 43 ที่ตั้งไว้ว่า “ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร” ดังแสดงผลในตาราง 48-49

ตาราง 48 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนาย (R^2) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครเมื่อใช้วิธี Stepwise

ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.205	0.042	0.040	16.178***
ความเชื่อด้านสุขภาพ, อายุ	0.285	0.081	0.076	16.191***
ความเชื่อด้านสุขภาพ, อายุ, ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ	0.309	0.095	0.088	12.864***

จากตาราง 48 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรตัวแรกที่เข้าสู่สมการทำนาย สามารถทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.20

ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายในขั้นที่ 2 คือ อายุ สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ได้ร้อยละ 8.10 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.6 (R^2 Change = 0.076)

ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายในขั้นที่ 3 คือ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพ, อายุ ทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร ได้ร้อยละ 9.5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8 (R^2 Change = 0.088)

ตาราง 49 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นทีละตัวแปรเพื่อพยากรณ์การดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร

ลำดับที่	ตัวพยากรณ์	b	β	t	p
1	ความเชื่อด้านสุขภาพ (X_1)	.408	.262	4.912***	.000
2	อายุ (X_4)	.244	.196	3.933***	.000
3	ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (X_2)	-.439	-.128	-2.406*	.017

a = 2.111

R^2 = 0.095

R = 0.309

S.Eest = 0.350

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณจากตาราง 49 พบว่า มีกลุ่มพยากรณ์ 3 ตัว ที่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือมีประสิทธิภาพสูงในการพยากรณ์การดูแลตนเอง ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ โดยความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือสามารถพยากรณ์การดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเบต้าของความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเท่ากับ .262 ซึ่งหมายความว่าค่าตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้ค่าการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ .262 หน่วย ตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นอันดับ 2 คือ อายุ ซึ่งสามารถรวมกับความเชื่อด้านสุขภาพพยากรณ์การดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีค่าเบต้าของอายุเท่ากับ .196 นั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ .196 หน่วย สำหรับตัวแปรที่มีอิทธิพลเป็นอันดับ 3 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถพยากรณ์การดูแลตนเองรวมกับความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าค่าเบต้าของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเท่ากับ -.128 นั่นคือ เมื่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปทำให้การดูแลตนเองลดลงเท่ากับ .128 หน่วย

ตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีสหสัมพันธ์ร่วมกับการดูแลตนเองเท่ากับ .309 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 9.5 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ .350 และมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Y} = 2.111 + .408 (X_1) + .244 (X_4) - .439 (X_2)$$

สมการพยากรณ์การดูแลตนเองในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .262 (X_1) + .196 (X_4) - .128 (X_2)$$

จากผลการศึกษาทั้งหมดสามารถสรุปข้อมูลตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบการดูแลตนเองจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและแต่ละด้าน ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและแต่ละด้านสูง จะมีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและแต่ละด้านต่ำกว่า ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1-6

2. การเปรียบเทียบการดูแลตนเองจำแนกตามตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7

3. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8

4. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้านของตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน ผลการศึกษาพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 10

แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติใน 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 9,11-13

5. การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 14

6. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 15-20

7. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 21

8. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 5 ด้านของตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ผลการศึกษาพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 22

แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 23-26

9. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของตำรวจจราจรที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 27-32

10. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของตำรวจจราจร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 33

การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 5 ด้านของตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ผลการศึกษาค้นพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 35

แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 34,36-38

11. การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีอายุต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 39

12. การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 40

13. การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 41

14. การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 42

15. การวิเคราะห์ความถดถอยโดยใช้ตัวแปรปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีตัวแปร 3 ตัว คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ที่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 9.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .262 ($p < .001$) , .196 ($p < .001$) , -.128 ($p < .001$) ตามลำดับ

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรที่มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศ และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปแตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของตำรวจจราจรที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน
4. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจร ที่มีการปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรแตกต่างกัน
5. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ของตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรแตกต่างกัน
6. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีอายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และระดับการศึกษาแตกต่างกัน
7. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีอายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและระดับการศึกษาแตกต่างกัน
8. เพื่อตรวจสอบระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร
9. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร โดยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรเป็นตัวทำนาย

สมมติฐานการวิจัย

1. ตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่า
2. ตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่า
3. ตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนต่ำกว่า

- [illegible]

- [illegible]

42. ตำรวจจราจรที่มีสภาพสมรรถนะจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรรถนะต่ำ

43. ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ตำรวจจราจรที่สังกัดงานจราจรในกรุงเทพมหานครทุกหน่วยที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจรบนท้องถนน ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 5019 นาย (กองทะเบียนพลสำนักงานตำรวจแห่งชาติ)

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ตำรวจจราจรที่สังกัดงานจราจรในกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจราจรบนท้องถนน ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 370 นาย โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9145

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีทั้งข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ กำหนดให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .8244

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9634

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรถึงผู้กำกับการสถานีตำรวจทั้ง 15 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยทางชีวสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร และการดูแลตนเองของตำรวจจราจร โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) แบบ Independent Group

เพื่อศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร และการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ตำรวจจราจรที่ศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 370 คน ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรหนาแน่นและพื้นที่การจราจรเบาบางจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.0 เป็นตำรวจจราจรที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 54.9 อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 45.1 เป็นตำรวจจราจรที่สมรสแล้ว ร้อยละ 86.8 เป็นโสด ร้อยละ 13.2 ตำรวจจราจรส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 79.7 ไม่มีบุตร ร้อยละ 20.3 และส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 78.9 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 21.1

ตำรวจจราจรมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนอยู่ในระดับดีมาก มีการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน และแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ตำรวจจราจรมีความเชื่ออำนาจภายนอกคนด้านสุขภาพ โดยมีความเชื่อในอำนาจลึกลับและมีความเชื่อในอำนาจผู้อื่นโดยเฉพาะเชื่อในผู้บังคับบัญชาแต่มีความเชื่อในความสามารถของแพทย์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำคือมีค่าเฉลี่ย 0.44 - 0.45

ตำรวจจราจรมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 2

1. การเปรียบเทียบการดูแลตนเองจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและแต่ละด้าน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ

ในด้านความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและแต่ละด้านสูง จะมีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและแต่ละด้านต่ำกว่า

ในด้านความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพ ไม่พบความแตกต่างกันของการดูแลตนเอง

2. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้าน ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกต้นด้านสุขภาพของตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน

ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมในตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน

ความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้านของตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน ผลการศึกษาพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรที่แตกต่างกันเพียงด้านเดียว แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติใน 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกต้นด้านสุขภาพในตำรวจจราจรที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้านของตำรวจจราจรจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส

ในด้านอายุ ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้าน

ในด้านระดับการศึกษา ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวม แต่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน

ในด้านจำนวนบุตร ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมและแต่ละด้าน

ในด้านสถานภาพสมรส ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวม แต่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน

4. การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต้นด้านสุขภาพของตำรวจจราจรจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส

ในด้านอายุ ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต้นด้านสุขภาพ

ในด้านระดับการศึกษา ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต้นด้านสุขภาพ

ในด้านจำนวนบุตร ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต้นด้านสุขภาพ

ในด้านสถานภาพสมรส ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต้นด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 การทำนายการดูแลตนเอง

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณโดยใช้ตัวแปรปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านการจราจร ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีตัวแปร 3 ตัว คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ที่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร โดยมีความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ สามารถพยากรณ์การดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าอำนาจในการพยากรณ์มีร้อยละ 4.20 และค่าเบต้าของความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเท่ากับ .262 ซึ่งหมายความว่าตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้ค่าการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ .262 หน่วย ตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นอันดับ 2 คือ อายุ ซึ่งสามารถรวมกับความเชื่อด้านสุขภาพ พยากรณ์การดูแลตนเองได้ร้อยละ 8.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวพยากรณ์แรกเพียงตัวเดียวร้อยละ 3.9 และพบว่า ค่าเบต้าของอายุเท่ากับ .196 นั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ .196 หน่วย ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นอันดับ 3 โดยสามารถรวมกับความเชื่อด้านสุขภาพ และอายุพยากรณ์การดูแลตนเองได้ร้อยละ 9.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเบต้าของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพเท่ากับ -.128 นั่นคือ เป็นตัวบอกว่าเมื่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปทำให้การดูแลตนเองลดลงเท่ากับ .128 หน่วย

ตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพมีสหสัมพันธ์ร่วมกับการดูแลตนเองเท่ากับ .309 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 9.50 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ .350 และมีสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Y} = 2.111 + .408 (X_1) + .244 (X_4) - .439 (X_2)$$

สามารถพยากรณ์การดูแลตนเองโดยใช้คะแนนมาตรฐาน

$$Z = .262 (X_1) + .196 (X_4) - .128 (X_2)$$

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร พบผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร และปัจจัยทางชีวสังคมดังนี้

1. **ความเชื่อด้านสุขภาพ** จากการศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด สามารถพยากรณ์การดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 4.2 นอกจากนั้นในด้านความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ต่างกัน กล่าวคือตำรวจจราจรที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าจะมีการดูแลตนเองดีกว่าตำรวจจราจรที่มี

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเกี่ยวข้องกับความคิด การตัดสินใจ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นเครื่องกำหนดแนวโน้มให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆให้เป็นไปตามความเชื่อในสิ่งนั้นๆ การปฏิบัติตัวทางสุขภาพอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆประการ เช่น ความรู้ที่มีเกี่ยวกับโรค ประสบการณ์ที่มีต่อโรค ความเชื่อเดิม ค่านิยม แบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลนั้นๆ โดยที่รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการและบุคคลก็พยายามเข้าหาการมีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ดังที่โรเซนสตอก (Rosenstock, 1974 : 330) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากโรค การค้นหาโรคหรือการควบคุมโรคก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเอาใจใส่ต่อตนเองในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคาม โดยมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สถานการณ์ที่คุกคามตนเองนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในระดับหนึ่งและมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บปวดต่างๆได้ ต่อมาเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 11) ได้เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยกล่าวว่าเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่เสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือผลของสื่อต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ทางสุขภาพ หรือการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากแพทย์ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานที่เจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพของตน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ทำให้มีการดูแลตนเองดีโดยมารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์จะไม่มารับบริการฝากครรภ์

2. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ จากการศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้เป็นผลอันเนื่องมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อของบุคคล แนวความคิดเดิมนั้นเชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่อภายในตนเองสูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีความเชื่อภายนอกตนเพราะบุคคลเหล่านี้จะมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่กระทำ เป็นผู้ที่ควบคุมสิ่งต่างๆได้ดีกว่าสิ่งอื่นๆจึงมีการดูแลตนเองได้ดีกว่า แต่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับแนวความคิดเดิม เพราะแท้จริงแล้วความเชื่อเกี่ยวข้องโดยตรงกับความรู้สึกละจิตใจของมนุษย์ การมีสุขภาพที่ดีจะรวมถึงทั้งภาวะร่างกายและจิตใจ และความเชื่อของมนุษย์ก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บุคคลหนึ่งอาจมีความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพ แต่ขณะที่บุคคลอีกบุคคลหนึ่งอาจมีความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพแต่การปฏิบัติตนของทั้งสองความเชื่อส่งผลในทางที่ดีต่อสุขภาพ ในอดีตที่ผ่านมามนุษย์มีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติหรือภูตผีวิญญาณต่างๆ อันเป็นผลมาจากการที่มนุษย์เกิดมาท่ามกลางธรรมชาติ มีชีวิตผูกพันอยู่กับธรรมชาติสูงมาก ในขณะที่มีความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติน้อยมาก เมื่อได้พบเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ

ทางธรรมชาติเกิดขึ้น จึงเป็นเรื่องน่ากลัว แปลกประหลาดและไม่สามารถอธิบายคำตอบได้ จึงเชื่อว่ามีอำนาจลึกลับบางอย่างทำให้เป็นไปเช่นนั้น และความเชื่อก็เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง ในสังคมหนึ่งๆ มักจะมีความเชื่อในลักษณะคล้ายคลึงกันอันเป็นผลมาจากวัฒนธรรม การสืบทอดของสังคมนั้นๆ ในสังคมของไทยก็เช่นกันทั้งในสังคมเมืองและสังคมชนบทความเชื่อในอดีตก็ยังคงมีอิทธิพล

อยู่มาก ดังที่ปราโมทย์ ประสาทกุลและคนอื่นๆ (2542 : 5) กล่าวไว้ว่า การแพทย์สมัยใหม่มองปัญหาและสุขภาพของประชาชนอยู่เฉพาะความเจ็บป่วยอันที่สาเหตุมาจากเชื้อโรค หรือความผิดปกติบางอย่างในร่างกายเท่านั้น แต่มิได้มองปัญหาทางสุขภาพของประชาชนว่าเป็นอาการซึ่งเกิดขึ้นในคนที่มีความรู้สึกนึกคิด มีความเชื่อและมีศักดิ์ศรี ฉะนั้นสภาพความเป็นจริงปัญหาทางสุขภาพของประชาชนมิได้เป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วย การมองปัญหาสุขภาพของประชาชนในแง่ของการแพทย์อย่างเดียว จึงอาจไม่เป็นภาพที่กว้างขวางเพียงพอที่จะครอบคลุมปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

3. สิ่งแวดล้อมด้านการจราจร ดังจะเห็นได้ว่าสังคมและเทคโนโลยีในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามาก สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญก้าวหน้านั้นๆ สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติลดน้อยลงมีเครื่องจักรกลและวัตถุตัดแปลงเข้ามาแทนที่มากขึ้น เกิดภาวะการขาดความสมดุลกันทางธรรมชาติ กรุงเทพมหานครกำลังประสบกับปัญหาเหล่านี้ ปัญหาหนึ่งก็คือปัญหาภาวะอากาศและสภาพทั่วไปบนท้องถนนกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากควันเสียของเครื่องยนต์จากยานพาหนะชนิดต่างๆ ปัญหาภาวะทางอากาศจึงถูกมองคู่กับการจราจรที่หนาแน่นหรือสังคมเมือง ดังนั้นสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรจึงเป็นสิ่งที่ควรแก่การศึกษา แต่ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพด้านย่อย 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมลพิษทางอากาศบนท้องถนน ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ระหว่างตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรที่ต่างกัน และสิ่งแวดล้อมด้านการจราจรยังไม่สามารถใช้พยากรณ์การดูแลตนเองได้ อาจเป็นเพราะพื้นที่การจราจรบางพื้นที่ที่ศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่ผลการวิจัยพบว่าตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การจราจรที่ต่างกันมีการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้นสามารถอธิบายได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้กล่าวไว้ว่า แม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคก็อาจจะยังไม่มีความประพฤติเพื่อป้องกันโรคนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น เพนเดอร์ (Pender. 1975: 386) กล่าวว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสุขภาพของตนมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง โดยประเมินจากอาการแสดง หรือการคุกคามของโรคและผลกระทบที่มีต่อครอบครัว อาชีพ และสังคม ซึ่งระดับการคุกคามของโรคจะเริ่มตั้งแต่ความไม่สบายเพียงเล็กน้อย

น้อยไปจนถึงความรุนแรง ชันพิการ หรือ ความตาย ดังนั้นในเขตพื้นที่การจราจรหนาแน่นจะพบความรุนแรงของมลพิษทางอากาศที่มากกว่ามีผลต่อสุขภาพมากและรุนแรงกว่า ทำให้มีการรับรู้ถึงผลกระทบที่รุนแรงกว่าด้วย ผลกระทบนี้ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของวนิดา ศศิวิมลกุล และอรพรรณ เมธาติลกกุล (2535 :19) ที่พบว่าตำรวจจราจรกลางกรุงเทพมหานคร มีปัญหาสุขภาพจากมลพิษทางการจราจรร้อยละ 32 จำแนกเป็นการป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วร้อยละ 17 โรคระบบหายใจร้อยละ 20 โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังร้อยละ 28 และจากการศึกษายังพบว่าตำรวจจราจรมีปัญหาสุขภาพสูงกว่าการศึกษาในปี 2533 และ 2534 ของอรพรรณ เมธาติลกกุลและคณะ

4. ปัจจัยทางชีวสังคม จากการศึกษาพบความสามารถในการพยากรณ์ของอายุ โดยสามารถร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 8.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ทั้งนี้เนื่องจากอายุสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย (สุววิวรรณ กิจสมักร. 2539 : 147 ; อ้างอิงจาก Orem. 1980 : 154) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531) ที่ศึกษาพบว่า อายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว โดยตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะ บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ความสามารถไปตามระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้นย่อมมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆได้มากกว่ารวมทั้งมีความสามารถในการคิด ประเมิน ไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล และนำเอาความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา สุขแสง (2544) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน

สถานภาพสมรสและจำนวนบุตร คู่สมรสและบุตร ถือเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มหนึ่งที่ใกล้ชิดกัน จะมีส่วนช่วยให้เข้าถึงหรือมีความรู้เกี่ยวกับโอกาสในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว โดยตำรวจจราจรที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนดีกว่าตำรวจจราจรที่เป็นโสด ทั้งนี้เพราะมลพิษทางอากาศบนท้องถนนนับวันยังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น กลุ่มสนับสนุนทางสังคมนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ตำรวจจราจรเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคจีเลส และคนอื่นๆ (สุววิวรรณ กิจสมักร. 2529 : 50 ; อ้างอิงจาก Kegeles and others. 1965) ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจหามะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วมีความเชื่อเกี่ยวกับ

ผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

5. การดูแลตนเอง จากการศึกษาความแตกต่างของการดูแลตนเองจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันของการดูแลตนเองในทุกๆด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ ในส่วนของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพไม่พบความแตกต่างกันในการดูแลตนเอง แต่การศึกษาอำนาจการทำนายการดูแลตนเองพบว่ามีมีความเชื่อด้านสุขภาพอายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการดูแลตนเองของตำรวจจราจรได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองนั้นมีอยู่หลายด้าน ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่า ตำรวจจราจรรับรู้ว่าเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศสูง รับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศมีผลต่อสมองและระบบประสาท รับรู้ถึงประโยชน์-อุปสรรคในการสวมหน้ากากป้องกันมลพิษทางอากาศ และทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับสารพิษทางอากาศทำให้ตำรวจจราจรมีการดูแลตนเองดี และสำหรับความเชื่อในอำนาจภายในและภายนอกด้านสุขภาพนั้น สำหรับงานวิจัยนี้ตำรวจจราจรมีความเชื่อในผู้บังคับบัญชาของตนสูงและสูงกว่าความเชื่อแพทย์ จะเห็นได้ว่าผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีอิทธิพลในความคิด ความเชื่อของตำรวจจราจร ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งที่เรากันเคยในสังคมไทย ในความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา จะเป็นความเกี่ยวข้องผูกพัน เชื่อมั่น ให้ความเคารพ เอื้ออาทร มีความหวังดีแก่กันและกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเดิมหลายๆงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเห็นว่า ไม่พบความแตกต่างกันในหลายๆด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะในอาชีพ โดยมีลักษณะของบุคลิกภาพโดยภาพรวมของแต่ละอาชีพจะมีความคล้ายคลึงกัน อาชีพของตำรวจก็เช่นกันบุคลิกภาพโดยรวมของตำรวจแต่ละนายจึงไม่แตกต่างกันมากนัก ทำให้ลักษณะของความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความนึกคิดของบุคคลไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญมากในการพยากรณ์การดูแลตนเองของตำรวจจราจร และยังพบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางอากาศ สนับสนุนแรงจูงใจด้านสุขภาพ และส่งเสริมสวัสดิการในการป้องกันมลพิษทางอากาศให้กับตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงสูง ซึ่งย่อมส่งผลให้ตำรวจจราจรมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานไม่ย่อท้อต่ออาชีพการทำงาน

2. จากผลการวิจัยพบว่า ตำรวจจราจรมีความเชื่อในผู้บังคับบัญชาของตนสูงกว่าความเชื่อในตนเอง และพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเป็นตัวแปรที่สามารถใช้พยากรณ์การดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้บังคับบัญชาจะเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญมากอย่างหนึ่งในการปฏิบัติตัวในเรื่องการดูแลตนเอง และผู้บังคับบัญชาก็จะเป็นสิ่งที่สำคัญในเรื่องของการให้ขวัญกำลังใจ เป็นแบบอย่างที่ดี

และเป็นที่พักพิงที่ดีของผู้ได้บังคับบัญชา นอกจากนั้นผู้บังคับบัญชายังสามารถปลูกฝังค่านิยมที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ได้บังคับบัญชาได้ด้วยวิธีต่าง ๆ กันไป มีผลทำให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความรัก และพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่

3. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้ความโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการศึกษาของตำรวจชั้นผู้น้อย ซึ่งย่อมจะส่งผลให้ตำรวจมีความรู้ ความเข้าใจในโรค และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

4. จากผลการวิจัยพบว่า ตำรวจจราจรมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ดังนั้นหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องควรเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ตำรวจจราจรมีสุขภาพที่ดี เป็นกำลังที่เข้มแข็งในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. การแบ่งกลุ่มพื้นที่การจราจรเพื่อเปรียบเทียบกันในงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พื้นที่ที่จัดเป็นพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่นเป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตพระราชฐานชั้นใน ส่วนพื้นที่ที่เหลือทั้งหมดจัดเป็นเขตพื้นที่การจราจรเบาบาง แต่ปัจจุบันพบว่าพื้นที่การจราจรมีการติดขัดในเกือบทุกแห่ง พื้นที่ต่าง ๆ มีความหนาแน่นของยานพาหนะและมีมลพิษทางอากาศมากไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและตัวแปรต่าง ๆ ระหว่างตำรวจจราจรที่อยู่ในเมืองหลวงและต่างจังหวัดอาจพบผลที่ต่างออกไป
2. เปรียบเทียบในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่มีโอกาสสัมผัสมลพิษทางอากาศ เพื่อทราบข้อมูลทางด้านสุขภาพ และเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป
3. ศึกษาผลกระทบของมลพิษทางการจราจรที่ส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ในร่างกาย เช่น หู ตา ผิวหนัง ปริมาณสารตะกั่วในเส้นเลือด เป็นต้น
4. จากการวิจัยในครั้งนี้จำนวนข้อสอบถามเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีจำนวนน้อยกว่าข้อสอบถามเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาก ทั้งนี้อาจมีผลทำให้ผลการวิจัยมีโอกาสดลาดเคลื่อนได้ ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอให้มีการวิจัยตรวจสอบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง โดยปรับข้อสอบถามเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพให้มีน้ำหนักพอ ๆ กับความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร ไพรัตน์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัววิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดສຳເນາ.
- กรมการขนส่งทางบก. (2541). เอกสารอุดສຳເນາ.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2538). กองพิษวิทยา. กรุงเทพฯ : กรม ฯ.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดສຳເນາ.
- กระทรวงมหาดไทย. (2540). พระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการกรมตำรวจ ฉบับที่ 3. กรุงเทพฯ : กระทรวง ฯ.
- กฤษณา กาเผือก. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อุดສຳເນາ.
- กองทะเบียนพล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2545). อัตรากำลังพลของกองบัญชาการตำรวจนครบาล กรุงเทพมหานคร. อุดສຳເນາ.
- กุลนทีกร น้อยโนนทอง. (2537). ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สังคมวิทยาการพัฒน). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อุดສຳເນາ.
- โมษิต กลัษเฐียร. (2543). การออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศการจราจรเพื่อใช้ในการจราจรของสถานีตำรวจนครบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อุดສຳເນາ.
- งามพิศ สัตย์สงวน. (2533). หลักมานุษยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก. (เอกสารประกอบคำสอน). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. อุดສຳເນາ.

- จรรยา เศรษฐบุตร. (2529). "แนวความคิดและทฤษฎีมนุษยวิทยาการแพทย์ : ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 5 ปี," ใน *ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา : มนุษย์วิทยาการแพทย์*. บรรณาธิการโดย เบญจา ยอดคำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล. หน้า 7-26. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ. (2539). *พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- จารุณี สุตติ. (2526). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านทางสุขภาพ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- จิราภ หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้ส่งสัยถูกข่มขืนที่มารับการบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- จรี จุลละเกศ. (2514). *มนุษยวิทยาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : อักษรไทย.
- เฉลิม ลิ่วศรีสกุล และคณะ. (2539). *บทคัดย่อการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 13*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิดา สุขแสง. (2544). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ชลลดา พรหมพิบูลย์. (2536). *ความตระหนักต่อมลภาวะอากาศของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- ชวลี โพษิตทาภิวัฒน์. (2534). ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. (2528). ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- ดวงจันทร์ อาภาวิชชุธรรม. (2536). การเติบโตของเมืองและสภาพแวดล้อมของเมืองเชียงใหม่. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
- ดวงเดือน แซ่ตั้ง. (2531). อิทธิพลการใช้แรงเสริมด้วยเบี้ยรางวัลต่อความเชื่ออำนาจในตนของเด็กก่อนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดສຳເນາ.
- ทรรศนีย์ วงษ์บา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ และการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพบกที่ 3. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อุดສຳເນາ.
- ทวีศักดิ์ บุญสุ. (2537). ความเชื่อของชาวเยอะ : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านหนองระเวียง หมู่ที่ 4 ต.เวียงชัย อ.พยุหะภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ไทยคดีศึกษา). สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒภาคใต้. อุดສຳເນາ.
- ทัศนีย์ หงสาครประเสริฐ. (2540). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดສຳເນາ.
- ทัศนีย์ ทองภักดี. (2528). ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล กับความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ของเด็กวัยรุ่นไทย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดສຳເນາ.
- ทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ. (2539). บทคัดย่อการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 13. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรวิช ไสธนานนท์. (2534). บุคลิกภาพทางการเมืองกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อุดສຳເນາ.
- นพรัตน์ มหากาญจนกุล. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. อุดສຳເນາ.

- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- นิตยา เย็นน้ำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- นุชลี ศรีเมือง. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลีนิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. ปริญญาโท นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดສຳເນາ.
- บุษกร สุรังสรรค์. (2536). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- บุญทิพย์ สิริธรังศรี. (2537, มกราคม). “ความเชื่ออำนาจภายในการควบคุมตนกับการดูแลสุขภาพตนเอง,” วารสารสุโขทัยธรรมมาธิราช. 7(1) : 15.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พระพัชรา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และคนอื่นๆ. (2542). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการย้ายถิ่นของชาวชนบท: กรณีศึกษาของอำเภอนางรอง จ.บุรีรัมย์. (เอกสารทางวิชาการ). กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญดา จิรกุลพัฒนา. (2536). การให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.

- ปิยะนุช ชลธิ์. (2543). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก หลังผ่าตัดคลอดบุตร ตึกสูติกรรมพิเศษโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- พจน์ จันทวีระกุล. (2515). ความสัมพันธ์ระหว่างความอยากรู้อยากเห็น ทักษะคิดแบบเชื่ออำนาจ ภายใน-ภายนอกตนและความสามารถในการอ่าน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 7. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- พวงพยอม การกัญญ. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ไพฑูรย์ หายมันสมสุข. (2538). ตะกั่ว : พิษวิทยาและความปลอดภัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิเคราะห์สาร มลพิษอุตสาหกรรมภาคเหนือ กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม.
- เพ็ญแข แสงแก้ว. (2541). การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- แพรวะพี เรื่องเดช. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ปิญญู จิตต์ธรรม. (2518, กรกฎาคม.). "ความเชื่อ," รวมคำแหง. 2(7) : 54-57.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. (2538). สุขภาพและอนามัยส่วนบุคคล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ฯ.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไมตรี สุทธิจิตต์. (2531). สารพิษรอบตัวเรา. เชียงใหม่ : ดาวคอมมิวนิกราฟฟิค.
- มูลนิธิป้องกันควันพิษและพิษภัยสิ่งแวดล้อม. (2545). กรุงเทพฯ : มูลนิธิ ฯ.
- ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. (2528). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของ ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. (2534). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสาธารณสุขความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกัน โรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล. อัดสำเนา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษร เจริญทัศน์.

- วีระชาติ รมณีย์ธรรมคุณ. (2543). การประยุกต์โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมการแยกทิ้งขยะมูลฝอยของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกทม. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- วณิชชา ฤกษ์ศิริ. (2540). ผลการใช้ตัวแบบในนิทานที่มีต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็กประถมศึกษาปีที่ 2 ที่มีระดับสติปัญญาแตกต่างกัน. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- วนิดา ศศิวิมลกุล และอรพรรณ เมธาติลกุล. (2539). บทคัดย่อการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพครั้งที่ 13. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนา สาริยาชีวะ. (2541). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันบุหรี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2532). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ศิริพร สถิตย์ถาวร. (2540). ผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนแตกต่างกัน. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- สนิท พึ่งสาย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ ฯ : วิถีภูสิน.
- . (2537). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรันตัง.
- สมใจ ยิ้มวิไล. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สมทรง สุขศิลป์. (2526). ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- สมบุรณ์ บุญเกียรติ. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกาโรคในผู้หญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุดา ภูทอง. (2529). การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุเทพ สุนทรเกสซ์. (2511). ทฤษฎีสังคมวิทยาร่วมสมัย : พื้นฐานแนวความคิดทางสังคมและวัฒนธรรม. เชียงใหม่ : ไกลบอลวิชั่น.
- สุโท เจริญสุข. (2520). จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- สุธีวงศ์ พงศ์ไพบูลย์. (2529). ความเชื่อของชาวภาคใต้. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์การพิมพ์.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุรเดช สำราญจิตต์. (2527). ความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพของครูระดับประถมศึกษา เขตการศึกษา 12. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- สุรีย์ บุญญานุพงศ์. (2534). ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อัดสำเนา.
- สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุวาริวรรณ กิจสมักร. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อัฒมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อัดสำเนา.
- สำนักงานคณะกรรมการจัดระบบการจราจรทางบก. (2540). สจร. สาร. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ฯ.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2545). ประวัติความเป็นมาของกองบังคับการตำรวจจราจร. (ออนไลน์).

แหล่งที่มา : <http://www.trafficpolice.go.th/history.php>. วันที่สืบค้น 15 พฤษภาคม 2545.

อาคม อรุณรัตน์. (2537). ความเชื่อที่มีเจตนาอบรมสั่งสอนของชาวบ้าน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ไทยคดีศึกษา). สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒภาคใต้. อุดสาเนา.

เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดสาเนา.

Andreoli, K.G. (1981, November-December). "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients," **Nursing Research**. 3 (11) : 323-328.

✓ Becker M.H. ; Drachman, Robert H. and Kirscht John P. (1974, March). "New Approach to Explaining sick Role Behavior in Lowincome Population," **American Journal of Public Health**. 64 (3) : 205-216.

Becker M.H., Maiman L.A. (1975, January). "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations," **Medical Care**. 13 (1) : 10-24.

Bowes, John E. (2002). **Health Belief Model**. (Online). Available :

<http://www.comminit.com/ctheories/sld-2931.html>. Retrieved May 11, 2002.

Coburn ; David and Clyde R. Pope. (1994, March). "Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior," **Journal of Health and Social Behavior**. 15 (3) : 67 - 77.

Distefano, M.K. and C.E. Smith. (1973, February). "Comparison of Normal Adolescents, Psychiatric Patients and Adults on the Internal – External Control," **Journal of Clinical Psychology**. 40 (2) : 151 –153.

Maiman, L.A. and Becker, M. H. (1974). "The Health Belief Model : Origins and Correlates," **The Health Belief Model and Personal Health Behavior**. p. 9-25. New Jersey : Chales B' Stack.

Marvin R. Levy ; Mark dignan and Janet H. (1984). **Life & Health : the Concept of Health**. New York : Shirreffs Random House, Inc.

Nemeck, M.A. (1990, March). "Health beliefs and preventive behavior : A review of research Literature," **A AOHN Journal**. 38 (3) : 127-136.

Orem Dorothea. E. (1980). **Nursing : Concept of Practice**. 2nd ed. New York : McGraw - Hill.

----- (1985). **Nursing : Concepts of Practice**. 3rd ed. New York : McGraw - Hill.

----- (1991). **Nursing : Concepts of Practice**. 4th ed. New York : Mosby -Year Book.

Pender, N.J. (1975, March). "Conceptual model for perventive health behavior," **Nursing Outlook**. 23 (3) : 350 – 385.

- Phipps, W.J., B.C. Long and N.F. Woods. (1983). **Medical Surgical Nursing**. 2nd ed. Saint Louis : C.V. Mosby.
- Ritchie, E. and Phares. (1969, September). "Attitude Change as a Function of Internal – External Control and Communicator Status," **Journal of Personality**. 37 (9) : 429 – 443.
- Rosenstock, Irwin M. (1974, May). "Historical Original of the Health Belief Model," **Health Education Monographs**. 2 (5) : 328-335.
- . (1990). **The Health Belief Model : Explaining Health Behavior Through Expectancies. Health Behavior and Health Education** . San Francisco : Jossey-Bass Publisher.
- Rotter , Julian B. (1966, January). "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control Of Reinforcement," **Psychological Monographs : General and Applied**. 80 (1) : 609.
- Schcibe K.E. (1970). **Beliefs and Value**. New York : Holf Rinehart and Winston, Inc.
- Solomon, D.and M.I. Oberlander. (1974). "Locus of control in the Classroom," **Psychological Concepts in the Classroom**. p. 123. New York : Harper and Row Publishers.
- Strickland, B.R. (1982, June). " Internal – External expectancies and health related behaviors," **Journal of Cousulting and Clinical Psychology**. 46 (6) : 1192 – 1211.
- Wallston. (1982). "Who is Responsible for your Health? The Construct of health locus of control," In **Social Psychology of Health and Illness**. p.115 – 120. New York : Shirreffs Random House, Inc.
- Yaman e, Taro. (1967). **Statistic : An Introductory Analysis**. 2nd ed. New York : Haper and Row.

ภาคผนวก

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ของหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาจากตำรวจจราจรได้โปรดพิจารณาและตอบคำถามทุกข้อของแบบสอบถามนี้ด้วยความเป็นจริงที่สุด เพื่อความสมบูรณ์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ และจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาต่อไป

ผู้วิจัยใคร่ขอเรียนชี้แจงว่า การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่กระทบกระเทือนหรือเกิดความเสียหายต่อ ตำรวจจราจรแต่ประการใด และขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำไปใช้เพียงเพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ มา ณ ที่นี้ด้วย

นางสาว วริศญา บางศรี
นักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

--	--	--

หมายเลขแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. ปฏิบัติงานอยู่ในสถานใดตำรวจนครบาล.....
3. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
4. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด
 - ☐ คู่
 - ☐ อยู่ด้วยกัน
 - ☐ แยกกันอยู่
 - ☐ หม้าย
 - ☐ หย่าร้าง
5. จำนวนบุตร
 - ☐ ไม่มีบุตร
 - ☐ มีบุตร
6. ระดับการศึกษา
 - ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

ส่วนที่ 2 : ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเชื่อหรือความรู้สึก
ที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อหรือความรู้สึกของท่านมาก
- ไม่แน่ใจ หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อหรือความรู้สึกของท่านเพียง
ครึ่งหนึ่ง
- ไม่เห็นด้วย หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อหรือความรู้สึกของท่านน้อย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก มลพิษทางอากาศบนท้องถนน					
1. มลพิษทางอากาศบนท้องถนนมีอันตรายต่อ สุขภาพ					
2. ตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานบนท้องถนนโดยไม่ใช้ หน้ากากป้องกันทำให้ป่วยเป็นโรคระบบทางเดิน หายใจได้ง่าย					
3. ถ้าวร่างกายได้รับมลพิษทางอากาศบนท้องถนน นานๆ เข้าจนเกิดความเคยชิน มลพิษทางอากาศ เหล่านั้นก็ไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายได้					
4. ตำรวจจราจรเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทาง เดินหายใจและพิษจากสารตะกั่ว					
5. อากาศบนท้องถนน มีทั้งสารตะกั่ว ฝุ่นละออง ซึ่งสามารถทำอันตรายต่อสุขภาพ					
6. แม้ข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ แล้ว รักษากันหายเป็นปกติ ถ้าไม่สวมหน้ากากป้องกัน มลพิษก็มีโอกาสป่วยเป็นโรคซ้ำได้อีก					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 7. อากาศเสียบนท้องถนนนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายกับระบบทางเดินหายใจแล้วยังมีอันตรายต่อระบบอื่นๆของร่างกายอีกด้วย 8. เมื่อป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจแล้ว ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง 9. ถ้าร่างกายรับสารตะกั่วมากจะทำให้เป็นมะเร็ง 10. อากาศเสียในกรุงเทพมหานครจะทำให้สุขภาพเลวลง 11. สารตะกั่วมีผลต่อสมอง และระบบประสาทซึ่งรุนแรงทำให้มีอาการชักและเป็นอัมพาตได้					
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 12. ข้าพเจ้ายังไม่มีอาการแสดงใดๆว่าป่วยจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนจึงยังไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันอันตรายใดๆ 13. สุขภาพข้าพเจ้าแข็งแรงจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี 14. การสวมหน้ากากป้องกันขณะปฏิบัติงานไม่ช่วยป้องกันมลพิษทางอากาศเข้าสู่ร่างกาย 15. การใช้หน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานช่วยลดอันตรายและความรุนแรงจากมลพิษทางอากาศได้ 16. การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษที่ได้มาตรฐานขณะปฏิบัติงานสามารถช่วยกรองสารพิษในอากาศได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนน 17. หน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานถือเป็นสิ่งสิ้นเปลือง 18. การตรวจร่างกายทำให้เสียเวลา 19. การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานทำให้เสียบุคลิกภาพของตำรวจ 20. การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานทำให้หายใจไม่สะดวก เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน 21. การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานแสดงถึงความอ่อนแอ					
แรงจูงใจด้านสุขภาพ 22. การมีความรู้เรื่องมลพิษทางอากาศจะทำให้ข้าพเจ้ารักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรง 23. การหาความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางอากาศทำให้ทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับสารพิษทางอากาศได้ 24. การตรวจหาสารตะกั่วในเส้นเลือดเป็นประจำเป็นการประเมินภาวะสุขภาพจากการปฏิบัติงานบนท้องถนนได้เป็นอย่างดี 25. เพื่อนตำรวจจราจรที่เจ็บป่วยเป็นสิ่งเตือนใจให้ข้าพเจ้าดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี					

ส่วนที่ 3 : ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก
 ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. การสวมหน้ากากป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานเป็นวิธีที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน		
2. การเจ็บป่วยเป็นเพราะข้าพเจ้าไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง		
3. สุขภาพจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับการทำงานของข้าพเจ้า		
4. ความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากความโชคร้ายของข้าพเจ้า		
5. ข้าพเจ้ามีสุขภาพดีหรือไม่ดีเป็นเรื่องของโชคชะตา		
6. การเจ็บป่วยจากการทำงานขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นตัวกำหนด		
7. ข้าพเจ้ามีสุขภาพดีเพราะโชคดี		
8. ข้าพเจ้ามีสุขภาพดีเกิดจากการทำบุญไว้ในชาติที่แล้ว		
9. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าจะดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีก็ยังมีโอกาสเจ็บป่วยได้เพราะโชคชะตาได้กำหนดไว้แล้ว		
10. ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ ถูกกำหนดไว้แล้วในแต่ละคน		
11. การเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรมของข้าพเจ้า		
12. ข้าพเจ้าเชื่อในความสามารถของแพทย์ที่จะทำให้ข้าพเจ้ามีสุขภาพที่ดีมากกว่าความสามารถของตนเอง		
13. ถ้าข้าพเจ้าเจ็บป่วย ข้าพเจ้าเชื่อว่าแพทย์เท่านั้นจะช่วยให้หายได้		
14. ข้าพเจ้าคิดว่าสุขภาพอนามัยของตัวเองนั้นขึ้นอยู่กับผู้บังคับบัญชา		
15. ชีวิตของข้าพเจ้าถูกควบคุมโดยบุคคลรอบ ๆ ตัวข้าพเจ้า		
16. ข้าพเจ้าสวมหน้ากากป้องกันมลพิษเพราะผู้บังคับบัญชาเป็นคนสั่ง ถ้าไม่อย่างนั้นข้าพเจ้าก็จะไม่สวม		

ส่วนที่ 4 : การดูแลตนเอง

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ
ทำบ่อย ๆ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมบ่อย ๆ (ไม่สม่ำเสมอ)
ทำบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง
ทำนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรม นาน ๆ ครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมเลย

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย ๆ	ทำบางครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่ทำ
1. ข้าพเจ้าไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี					
2. เมื่อมีอาการไม่สบาย ข้าพเจ้าจะรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที					
3. ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง					
4. ข้าพเจ้าออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วัน แต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที					
5. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีควันบุหรี่					
6. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และครบ 5 หมู่					
7. หลังเลิกงานหรือในวันหยุด ข้าพเจ้าทำงานอดิเรก หรือพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด					
8. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ขณะปฏิบัติงาน เช่น อันตรายจากควันพิษบนท้องถนน อันตรายจากเสียงของเครื่องยนต์ อันตราย จากความร้อนและแสงแดด เป็นต้น					
9. ข้าพเจ้าควบคุมดูแลรักษาความสะอาดของสภาพ แวดล้อมรอบ ๆ ตัว					
10. ข้าพเจ้าดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าให้แข็งแรง					
11. ข้าพเจ้าให้ความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็น ส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยๆ	ทำบางครั้ง	ทำนานๆครั้ง	ไม่ทำ
12.ข้าพเจ้าให้ความสนใจกับสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย					
13.ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีคนแออัด					
14.ข้าพเจ้าสนใจในการดูแลระบบการขับถ่าย					
15.ข้าพเจ้าคิดทบทวนก่อนที่จะกระทำในเรื่องที่ส่งผลต่อสุขภาพ					
16.เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียจะพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
17.ข้าพเจ้าเลือกกระทำในสิ่งที่จะช่วยให้มีสุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น					
18. ข้าพเจ้าสนใจอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพอนามัย					
19. ข้าพเจ้าอยู่ในบ้านที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกไม่แออัด					
20. ข้าพเจ้าออกกำลังกายด้วยการเดิน วิ่งเหยาะๆ หรือรำมวยจีน					
21. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นข้าพเจ้าจะพยายามทำสมาธิและหาวิธีแก้ไข					
22.ข้าพเจ้าจะถามแพทย์เมื่อไม่เข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค					
23.ข้าพเจ้าสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเอง					
24.ข้าพเจ้าปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพดี					
25. ข้าพเจ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย					
26. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยจะแสวงหาความรู้เพื่อปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง					
27. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในที่ที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่					
28. ข้าพเจ้าดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว					
29. ข้าพเจ้าคลายเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว วิชาญญา บางศรี
วันเดือนปีเกิด	14 เมษายน 2517
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	293 ถนนพิชัยสงคราม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2534	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเฉลิมขวัญสตรี
พ.ศ. 2538	ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2546	ปริญญาโทการศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม) สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร