

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและกรอบทฤษฎี Health Belief Model
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
4. ความรู้เกี่ยวกับสารตะกั่วและพิษจากสารตะกั่วในอากาศ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนจึงไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเพียงเล็กน้อย อันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขในระยเวลานั้น (ค.ศ. 1950 - 1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker and Maiman, 1974 : 409 - 429)

พื้นฐานรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถาน (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ เดวิด เลวิน โดยทฤษฎีกล่าวว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (positive value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (negative value) โดยที่เลวินมีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก นอกจากนี้ เลวินยังเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรม

ใด ๆ เกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการ ประการแรก คือ การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่สอง คือ การประเมินผลลัพธ์ที่ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสองจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Rosenstock, 1974 : 328 - 335)

จากแนวคิดของ เลวิน โรเซนสตอก และคณะ จึงได้นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในด้านการป้องกันโรค โดยที่รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เชื่อว่าการมีสุขภาพดี เป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการและบุคคลก็จะพยายามเข้าหาการมีสุขภาพดีและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งพฤติกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้และความคาดหวังของบุคคล (บุษกร สุรัสสุรงค์, 2536 : 26) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากโรค การค้นหาโรค หรือการควบคุมโรคก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเอาใจใส่ต่อตนเองในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คุกคาม โดยมีความเชื่อว่าสถานการณ์ที่คุกคามตนเองนั้นมีความรุนแรงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในระดับหนึ่ง และมีความเชื่อว่าถ้าตนเองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคแล้ว จะมีประโยชน์ต่อตนเองทั้งในแง่ลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่คุกคามนั้น ๆ (Rosenstock, 1974 : 330)

นอกจากนี้ โรเซนสตอก ยังกล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง (3) การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ดังนั้นโรเซนสตอกจึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ต่อมา เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al., 1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ภายหลังจากนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว เบคเกอร์จึงได้นำมาปรับปรุงใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อที่จะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

บุคคลจะมีการรับรู้ต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกัน การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะการเกิดโรคจำเป็นจะต้องรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดความผิดปกติจากโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

นอกจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว บุคคลต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของตนด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอนามัย

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits)

การที่บุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเป็นพลังที่นำบุคคลไปสู่การปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใด แต่การจะเลือกวิธีปฏิบัติอย่างไรรูปแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจและการรับรู้ว่าวิธีที่จะปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพเพียงพอและสามารถลดภาวะคุกคามของโรคได้

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

อุปสรรคที่มีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ เรื่องความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความเจ็บป่วย และค่าใช้จ่าย เป็นต้น

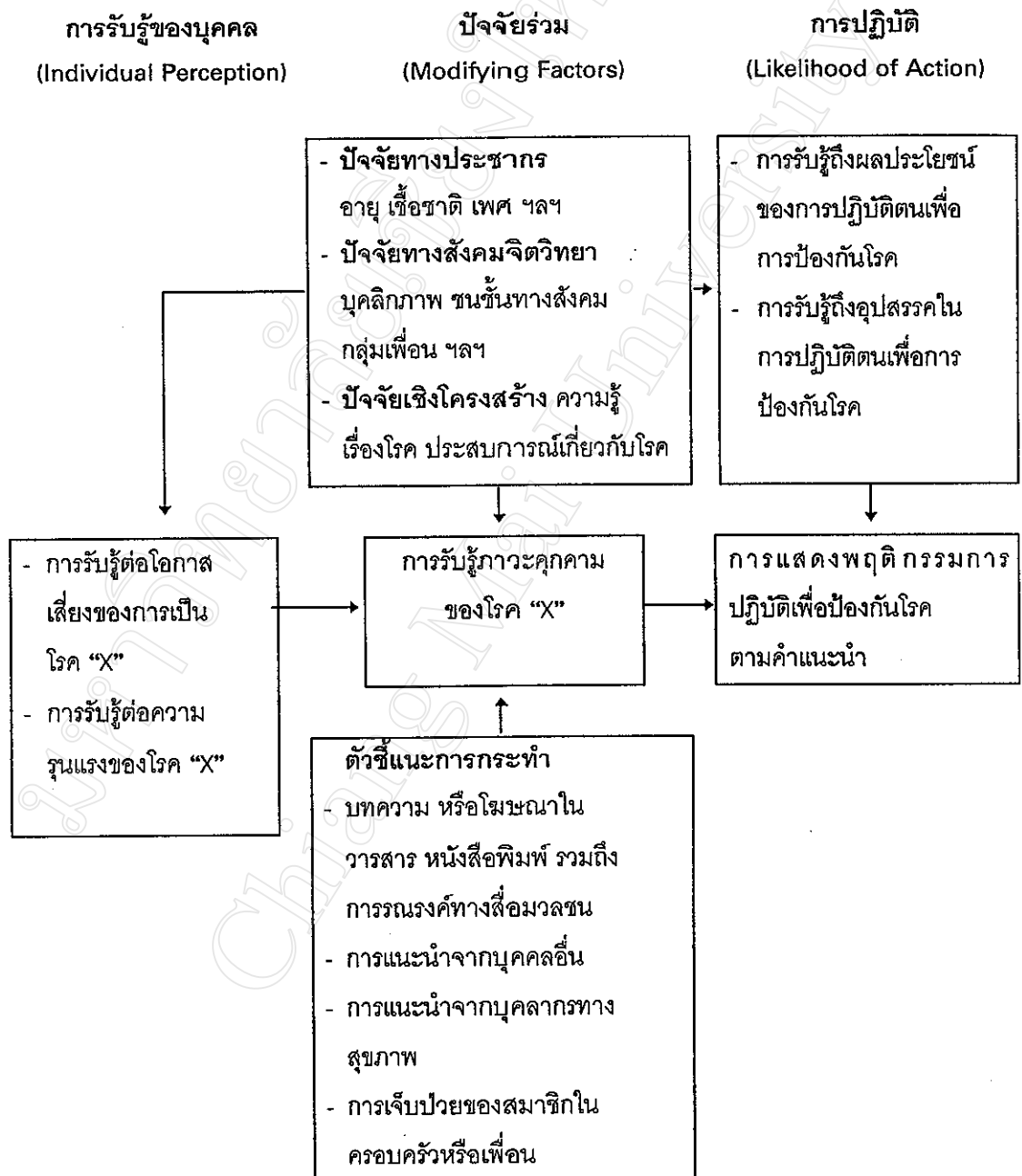
5. แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ถูกเร้าโดยสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอกให้เกิดการแสดงออกโดยสิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์เจ็บป่วย ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพนี้จะมีผลผลักดันร่วมกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Becker and Maiman, 1975 : 17 - 18)

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors)

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งมีปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งจะทำให้หน้าที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำที่เหมาะสม เบคเกอร์และคณะ (Becker et.al., 1974)

ได้นำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค
ดังในแผนภูมิที่ 1 ดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยเบคเกอร์ และคณะ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974 : 334)

จากแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคน่าจะเป็นไปตามขั้นตอนของแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพตำรวจจราจร ซึ่งเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการปฏิบัติงานบนท้องถนนมากกว่าอาชีพอื่น ๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self - care requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 1991)

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

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self - care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก
- รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

- หาคความเพลิดเพลนจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทาน
อาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขั้บถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- จัดการให้มีการขั้บถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
- จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขั้บถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครง

สร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขั้บถ่าย

- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนอง
ทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

- รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของ
ตนเอง

- ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบ
ธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- คงไว้ซึ่งสุขภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่ง
ของตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

- ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง
เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

- ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

- สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น
- จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

- พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

(health promotion & preventions)

- ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self - care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต การเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

- อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด
- ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

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

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self - care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อ พัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงทัศนคติและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะความเป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังกล่าว ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการดูแลตนเองที่ดี น่าจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพตำรวจจราจร ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากมลพิษทางอากาศบนท้องถนนได้มากกว่าอาชีพอื่น ๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการดูแลตนเองเป็นอีกตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

คำว่า “ภาวะ” ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525: 616) หมายถึง ความมี ความเป็น หรือความปรากฏ

โอเร็ม (Orem, 1991 : 181 - 182) ให้ความหมายของคำว่า “ภาวะ” (state) ว่า หมายถึง แนวทางที่บุคคลนั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามคำ “สุขภาพ” ไว้ว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเป็นอยู่ ปราศจากความเจ็บป่วยหรือความพิการใด ๆ (Marvin, Mark & Janet 1984 : 6) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมาย “ภาวะสุขภาพ” ของโอเร็ม (Orem, 1991 : 181, 184) ที่กล่าวว่า “ภาวะสุขภาพ” หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือหมายถึง ภาวะที่เป็นปกติสุข สมบูรณ์ของร่างกาย (being whole and sound) ซึ่งไม่เพียงแต่จะหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรค ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้น ยังรวมถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจและวิญญาณอีกด้วย

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2538 : 6) ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า หมายถึง สภาพที่เป็นสุขหรือความสุขสบายปราศจากโรค ดังนั้น ภาวะสุขภาพโดยสรุปจึงหมายถึง ภาวะที่ร่างกาย จิตใจ มีความสมบูรณ์ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วย สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความผาสุก และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากตำรวจจราจรเป็นกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากมลพิษบนท้องถนนซึ่งสัมผัสเป็นประจำทุกวัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะสุขภาพของตำรวจจราจร โดยส่วนนี้จะประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และวิเคราะห์ปริมาณตะกั่วในเลือด

ความรู้เกี่ยวกับสารตะกั่วและพิษจากสารตะกั่วในอากาศ

สารตะกั่ว (Lead) เป็นสารที่เติมลงไปให้น้ำมันเบนซินเพื่อให้เครื่องยนต์เดินเรียบไม่กระตุก ในประเทศไทยปัจจุบันกำหนดไว้ไม่เกิน 0.4 กรัมต่อลิตร สารนี้เมื่อถูกสันดาปจะกลายเป็นตะกั่วออกไซด์หรือตะกั่วฮาไลด์ ระบายออกสู่บรรยากาศพร้อมกับไอเสียที่พุ่งออก

จากรถยนต์ที่ใช้ในน้ำมันเบนซิน ประมาณกันว่ามีตะกั่วปนสู่บรรยากาศประมาณวันละ 5 ตัน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้น้ำมันไร้สารตะกั่วทำให้ปริมาณตะกั่วในอากาศลดลง (มูลนิธิโลกสีเขียว, 2536) สารตะกั่วเมื่อออกสู่บรรยากาศบางส่วนจะเข้าสู่ร่างกายโดยทางลมหายใจ บางส่วนจะตกลงทับถมบนถนนและบริเวณต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างยิ่ง เหตุผลที่สนับสนุนว่าอากาศมีตะกั่วเจือปนอันเนื่องมาจากรถยนต์และยานพาหนะนั้น ดร. ชาว (Dr. T.J. Chow) แห่งสถาบันสมุทรศาสตร์สคริป (วิจิตร บุญยะโหดระ, 2537) ได้ใช้หลักการด้านรังสี (ไอโซโทป) ของแร่ธาตุนั้น ๆ มาเป็นเครื่องพิสูจน์ว่ามีตะกั่วเจือปนกับอากาศที่ออกมาทางไอเสียรถยนต์หรือไม่ ซึ่งในการวิเคราะห์นี้ ดร. ชาว ได้เอาตัวอย่างของดินข้างถนนมาทำการวิเคราะห์ ผลของการวิเคราะห์นี้ปรากฏว่าตะกั่วมากกว่าร้อยละ 90 ของตัวอย่างดินเป็นตะกั่วที่ถูกปล่อยออกมาทางท่อไอเสียรถยนต์

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

นอกจากนี้ สารตะกัวยังมีผลต่อการทำงานของไตด้วย กล่าวคือ ถ้าได้รับสารตะกั่วเข้าไปมาก ๆ จนเลือดมีตะกั่วเข้มข้นมากกว่า 100 ไมโครกรัมเปอร์เซ็นต์ จะก่อให้เกิดการทำลายของเซลล์ของท่อเล็ก ๆ ของไต (renal tubule) จากการตรวจเนื้อเยื่อของไตก็พบว่า ตะกั่วทำให้เกิดการแข็งกระด้าง (sclerosis) และมีเยื่อพังผืดเหนียวระหว่างเนื้อเยื่อของไต ทำให้ขบวนการกรองของไตทั้งหมดลดลง ในที่สุดอาจเกิดอาการของไตวาย (renal failure) ได้ ซึ่งพบสาเหตุการตายของคนในโรงงานถลุงตะกั่วที่ได้รับพิษจากตะกั่วมานาน ๆ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คือ ความดันเลือดสูง โลหิตเป็นพิษ และเนื้อเยื่อไตแข็งกระด้าง (nephrosclerosis)

ผลต่อสมองและระบบประสาท พบว่า ตะกั่วจะเข้าไปทำลายระบบประสาทที่มีหน้าที่จดจำ เรียนรู้ และการรับรู้ความรู้สึก อาการทางสมองที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงนอน ซึม กระวนกระวาย ปัญญาอ่อน ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทหลอน วิงเวียน อาจเพ้อคลั่ง ชัก และเป็นอัมพาต จากการทดลองให้สารตะกั่วแก่สัตว์ทดลองกิน ในตอนแรกสัตว์จะมีอาการกระวนกระวาย ง่วงนอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ แล้วจึงเกิดพยาธิสภาพของเซลล์สมองตามมา ซึ่งมีสาเหตุจากเซลล์ประสาทถูกทำลายทำให้การส่งกระแส

ประสาทผิดปกติไป นอกจากนี้ยังพบว่า สารตะกั่วเป็นสารก่อการกลายพันธุ์ และสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่ง (ไมตรี สุทธิจิตต์, 2531)

ชนิดของพิษจากสารตะกั่วแบ่งออกเป็นลักษณะเฉียบพลันและเรื้อรัง พิษเฉียบพลันของตะกั่วที่แสดงอาการออกมาทางระบบประสาท ได้แก่ ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนในลักษณะเรื้อรังจะเกิดจากการมีตะกั่วสะสมในร่างกายเป็นเวลานาน อาการจะค่อยเป็นค่อยไป แล้วมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งไม่สามารถจะวินิจฉัยจากอาการได้ในระยะแรก แต่จะบอกได้ว่าอาการพิษจากตะกั่วกำลังจะรุนแรงขึ้น การตรวจวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยพิษจากตะกั่วจะใช้ข้อมูลระดับตะกั่วในเลือดเป็นตัวชี้ถึงระดับพิษเรื้อรังได้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องอย่างมีผลสำคัญในอาการเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากพิษตะกั่ว ซึ่งต้องใช้ข้อมูลทางห้องวิเคราะห์เป็นตัวบ่งชี้ ก่อนที่จะเกิดอาการรุนแรงจากพิษตะกั่วเรื้อรังขึ้น

จากอันตรายของตะกั่วที่มีต่อสุขภาพนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

วนิดา ศศิวิมลกุล และ อรพรรณ เมธาติลกุล (2535 : 19) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจากมลพิษในตำรวจจรรยา กรุงเทพมหานคร พบว่า ตำรวจจราจรกลาง กรุงเทพมหานคร มีปัญหาสุขภาพจากมลพิษทางจราจรร้อยละ 32 โดยจำแนกเป็นการป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วเรื้อรังร้อยละ 17 โรคระบบหายใจอักเสบเรื้อรังร้อยละ 20 และโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังร้อยละ 28 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ของกรุงเทพมหานครแล้วพบว่า ตำรวจจราจรมีปัญหาสุขภาพจากมลพิษในอัตราที่สูงกว่า สำหรับปัญหาโรคพิษตะกั่วเรื้อรัง พบว่า การศึกษาในปี 2535 ตำรวจจราจรมีอัตราสูงของโรคพิษตะกั่วเรื้อรังสูงกว่าการศึกษาในปี 2533 และ 2534 ของ อรพรรณ เมธาติลกุล และคณะ

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ (กองพิษวิทยา, 2538) ศึกษาในระดับตะกั่วในเลือดของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น อายุ 4 - 11 ปี ในกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับเด็กนักเรียนในจังหวัดสิงห์บุรี ในปี พ.ศ. 2536 - 2537 พบว่า ค่าเฉลี่ยของสารตะกั่วในเลือดของเด็กกรุงเทพมหานครเท่ากับ 9.26 ± 3.68 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร สูงกว่าเด็กสิงห์บุรี ซึ่งมีค่าเท่ากับ 5.73 ± 2.58 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 27.4 ของเด็กในกรุงเทพมหานครมีค่าสารตะกั่วในเลือดสูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร เปรียบเทียบกับเด็กนักเรียนจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งสูงกว่า 10 ไมโครกรัมเพียงร้อยละ 5.7 แสดงว่าปัญหาพิษจากสารตะกั่วยังมีอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ (2538) ศึกษาการปนเปื้อนของตะกั่วในเลือด และการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นละอองจากมลภาวะทางอากาศในตำรวจจราจรในเมืองเชียงใหม่ พบว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรที่มีระดับตะกั่วตั้งแต่ 10.0 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร มีจำนวน 36 นาย คิดเป็นร้อยละ 20.9 และมี 1 นายที่มีระดับตะกั่วอยู่ในระดับที่เป็นพิษ คือ 32.9 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษทางอากาศในตำรวจจราจรดังนี้

ชลลดา พรรคพิบูลย์ (2536) ได้ศึกษาความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรจากทุกสถานี เลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า ตำรวจจราจรร้อยละ 61 มีความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศในระดับปานกลาง ร้อยละ 26 มีความตระหนักสูง ร้อยละ 13 มีความตระหนักต่ำ ตัวแปรด้านอายุ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักต่อมลภาวะทางอากาศกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยการใช้หน้ากาก

เฉลิม ลีวศรีสกุล และคณะ (2538) ศึกษาปัญหามลพิษทางอากาศต่อการทำงานของปอดในตำรวจจราจรในเมืองเชียงใหม่ พบว่า จากจำนวนตำรวจจราจร 138 นาย มีจำนวน 7 นาย คิดเป็นร้อยละ 5.1 เป็นโรคทางเดินหายใจส่วนปลาย (small airways disease) ในจำนวน 7 นาย มีประวัติการสูบบุหรี่ 3 นาย ไม่สูบบุหรี่ 4 นาย และจากการที่มีเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร 4 นายที่เป็นโรคทางเดินหายใจส่วนปลาย (small airways disease) โดยไม่สูบบุหรี่นั้น สาเหตุความผิดปกติจึงน่าจะเกิดจากการสูดเอาฝุ่นธาตุ (mineral dusts) เข้าไปในขณะปฏิบัติงาน

จะเห็นได้ว่าปัญหามลพิษของสารตะกั่วที่มีผลต่อสุขภาพดังกล่าว เป็นปัญหาที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มตำรวจจราจรซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสสัมผัสพิษจากสารตะกั่วบนท้องถนน ดังนั้น หากทราบถึงระดับของสารตะกั่วในเลือดของตำรวจจราจรก็จะมีประโยชน์ต่อการประเมินสุขภาพ สามารถกำหนดแนวทางเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่สนับสนุนว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการดูแลตนเอง

การศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด

กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เกศินี ไชนิล (2536) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน

ภาวิณี โภคสินจำรูญ (2538) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ศิริพร พงษ์โกคา (2532) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี นิตยา เย็นจำ (2535) ศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ นุชกร สุวรรณรงค์ (2536) ศึกษาพบว่า องค์ประกอบบางประการของความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพและสิ่งชักนำภายนอกที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียง สุนทรี อุปพงศ์ (2540) ศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข

2. งานวิจัยที่สนับสนุนว่าการดูแลตนเองมีผลต่อภาวะสุขภาพ

โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า การที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีนั้น บุคคลสามารถกระทำได้ด้วย การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย มีแบบแผน มีลำดับขั้นตอนเป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ซึ่งเป็นเป้าหมายของภาวะสุขภาพดีของ บุคคล

ชวลี โสมิตทาภิวัฒน์ (2534) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

มณฑนา เจริญกุล (2534) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ สุดา วิไลเลิศ (2536) และ จิรประภา ภาวิไล (2536) ยังศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากการประมวลความรู้ แนวคิดทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงเชื่อ เป็นพื้นฐานว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์ กัน โดยมีกรอบแนวคิดในการทำวิจัยดังแผนภูมิที่ 2

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

