

ORIGINAL ARTICLE

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือน
ที่ถูกสุขลักษณะ ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี****Factors Related to Residential Hygienic Household Management Behavior
in Bangsai Sub-district, Mueang Chonburi District, Chonburi Province****สิริกัญญา ทอดอาจ, ส.บ., วีรดา บุญเฉลียว, ส.บ., สายันท์ ปัญญาทรง, ป.ร.ด.,
ยอดมณู สายพรหม, วท.ม., ชวลิต กิจพิบูลย์, ศษ.ด.****Sirikanya Thodart, B.P.H., Wirada Bunchaleaw, B.P.H., Sayan Panyasong, Ph.D.,****Yordmanoo Saiprom, M.Sc., Chavalit Kigpiboon, Ed.D.**

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health Chonburi Praboromratchanok Institute

Corresponding author E-mail: chavalit@scphc.ac.th

Received: January 3, 2024 Revised: March 25, 2024 Accepted: May 16, 2024**บทคัดย่อ**

ที่มาของปัญหา: สถิติจำนวนครัวเรือนในจังหวัดชลบุรีมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โดยปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ดีและบุคคลมีพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะของประชาชนในพื้นที่ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน จำนวน 170 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การรับรู้ต่อการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ แรงจูงใจด้านสุขภาพในการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ และพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ดูแลบ้าน ($r=0.26, p<0.001$) และจำนวนสมาชิกภายในครัวเรือน ($r=0.16, p=0.04$) ส่วนระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าบ้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.21, p=0.007$) โดยพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ ($r=0.30, p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ ($r=0.31, p<0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ ($r=0.36, p<0.001$) การรับรู้อุปสรรคต่อการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ ($r=0.44, p<0.001$) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล ($r=0.68, p<0.001$) และแรงจูงใจภายนอกตัวบุคคล ($r=0.21, p=0.006$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: จำนวนสมาชิกภายในครัวเรือน จำนวนผู้ดูแลบ้าน ระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าบ้าน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคจากการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนและมาตรฐานสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมต่อการดำรงชีพของประชาชนในพื้นที่พักอาศัยต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, สุขาภิบาล, ถูกสุขอนามัย, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมจูงใจ

ABSTRACT

BACKGROUND: In Chonburi Province, there was a high increase in the number of households from 2019 to 2021, which resulted in a corresponding increase in the number of healthcare problems in residential areas. These problems could have been prevented through more effective residential healthcare management and appropriate residential healthcare management behaviors.

OBJECTIVES: The objective of this research was to study the factors related to hygienic household management behavior in Bangsai Sub-district, Mueang Chonburi District in Chonburi Province.

METHODS: This was a quantitative research that studied the factors related to hygienic household management behaviors among those living in Bangsai Sub-district, Mueang District in Chonburi Province from July 2022 to February 2023. Samples comprised 170 household representatives who were selected by the multi-stage sampling method. The research equipment included questionnaires used to collect data concerning general information, perceived severity of inappropriate residential household healthcare management, health motivation for residential hygienic household management, and residential hygienic household management behavior.

RESULTS: The research found that residential hygienic household management behavior was positively related to the number of housekeepers ($r=0.26, p<0.001$) and the number of people in the household ($r=0.162, p=0.04$). Further, the length of host stay was negatively related to residential hygienic household management behavior at a significant level ($r=-0.21, p=0.007$). In addition, residential hygienic household management behavior was significantly related to perceived susceptibility of inappropriate residential healthcare management ($r=0.30, p<0.001$), perceived severity of inappropriate residential healthcare management ($r=0.31, p<0.001$), perceived benefit of appropriate residential healthcare management ($r=0.36, p<0.001$), perceived barriers to inappropriate residential healthcare management ($r=0.44, p<0.001$), and internal motivations ($r=0.68, p<0.001$) as well as external motivations ($r=0.21, p=0.006$).

CONCLUSIONS: The number of people in a household, number of housekeepers, length of host stay, health belief model and health motivation were found to be significantly related to residential hygienic household management behavior. The results from this research should be beneficial in guiding disease prevention through more effective residential household healthcare management behaviors.

KEYWORDS: health behavioral, sanitary, hygienic, health belief model, motivation behavioral

บทนำ

จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีเขตอุตสาหกรรมหลายแหล่ง โดยเป็นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ ในปัจจุบันภาคการผลิตอุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดชลบุรีมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้มีการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรจากพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศมาประกอบอาชีพในเขตจังหวัดชลบุรีเพิ่มมากขึ้น จากสถิติจำนวนครัวเรือนช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่ามีจำนวนครัวเรือนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ตำบลบางทราย อำเภอมะนิลา จังหวัดชลบุรี โดยในปี พ.ศ. 2562 พบจำนวนครัวเรือน 7,410 ครัวเรือน และมีการเพิ่มขึ้นเป็น 7,458 ครัวเรือน ในปีพ.ศ. 2563 สำหรับในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 7,454 ครัวเรือน¹

สาเหตุที่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนครัวเรือนในพื้นที่ตำบลบางทรายเนื่องจากเป็นพื้นที่มีเขตอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ของจังหวัดชลบุรี นอกจากนี้พื้นที่ดังกล่าวยังมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดอีกด้วยส่งผลให้เกิดชุมชนแออัดและเกิดปัญหาด้านสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะและทำให้เกิดปัญหาโรคต่าง ๆ

ซึ่งปัจจุบันวิถีชีวิตและสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากวิถีแบบชนบทสู่วิถีชีวิตแบบสังคมเมืองที่มุ่งกับการสร้างรายได้เพื่อดำรงชีพที่มีค่าครองชีพที่สูงมากขึ้น ทำให้เกิดความละเลยต่อสภาพความเป็นอยู่และไม่มีการจัดการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องสุขาภิบาลในครัวเรือนขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสัตว์และแมลงพาหะนำโรค นำไปสู่ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สามารถลดอัตราการอุบัติการณ์หรือป้องกันได้ด้วยการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ดี และการรับรู้พฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องและเหมาะสม¹⁻²

พฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย บุคคล

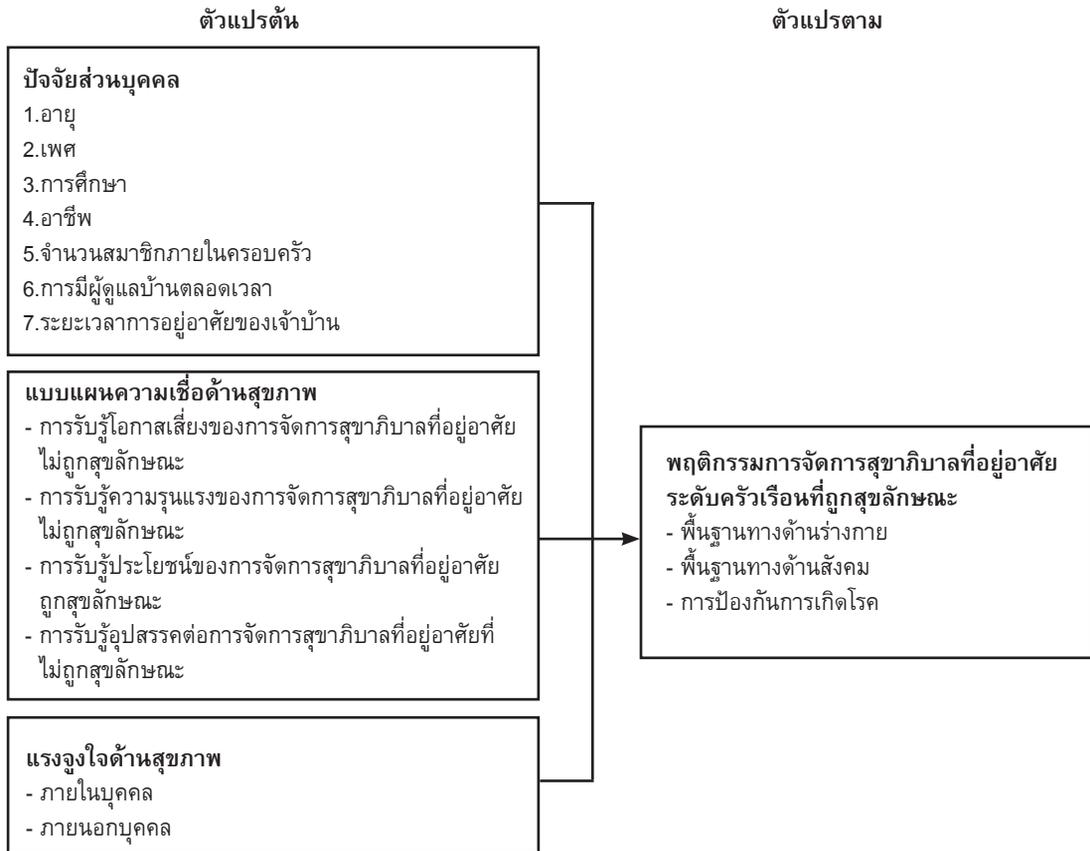
จะกระทำก็ต่อเมื่อตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน หากไม่ปฏิบัติเช่นนี้จะเกิดผลเสียแก่ตนได้ ซึ่งบุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะได้จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะแล้วจะทำให้เกิดผลเสียที่รุนแรงรวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต นอกจากนี้การมีการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะทำให้มีความเป็นอยู่ที่เหมาะสมแก่การดำรงชีพ ช่วยส่งผลดีต่อสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ และสังคม ซึ่งการมีสภาพแวดล้อมในการพักอาศัยที่ดีและมีความเป็นอยู่ที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อชุมชนทั้งรอบ ๆ³⁻⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจ⁶

ดังนั้นจึงนำมาสู่การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยในครัวเรือนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคจากการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่ระดับครัวเรือนที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรือมาตรฐานสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมต่อการดำรงชีพของประชาชนในที่พักอาศัยต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยในครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะและแบบแผนความเชื่อและแรงจูงใจ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โดยปัจจัยคัดสรรประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจ

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง มกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี หมายเลข 2023/12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ตัวแทนครัวเรือนในตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อายุ 18-60 ปี อาศัยอยู่ในครัวเรือนมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 7,454 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนในตำบล

บางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งผ่านเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (inclusive criteria) ดังนี้ 1.ตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18-60 ปี 2.อาศัยในครัวเรือนมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป 3.สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 4.กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusive criteria) คือ ผู้ที่ย้ายที่อยู่อาศัยไปต่างพื้นที่หรือไม่อยู่อาศัยในพื้นที่

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณทางสถิติ g*power โดยระบุเงื่อนไขวิเคราะห์แบบ Bivariate normal model เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size-given α , power and effect size ค่า correlation ที่ระดับปานกลาง (medium) คือ 0.3⁶ ค่า α เท่ากับ 0.05 ค่า Power ที่ 0.8 และกำหนดค่า ρ สำหรับสมมติฐานหลัก เท่ากับ 0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 152 ครัวเรือน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 170 ครัวเรือน

ดำเนินการสุ่มเลือกหมู่บ้านในระดับตำบลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ด้วยการจับฉลากผลที่ได้คือ หมู่ที่ 5 บ้านหัวหิน จำนวน 1,570 ครัวเรือน จากนั้นทำการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) เพื่อสุ่มหาตัวแทนครัวเรือนโดยใช้บัญชีครัวเรือนเป็นหน่วยการสุ่มและคำนวณช่วงการสุ่ม โดยมีช่วงการสุ่ม (k) เท่ากับ 10 นำบัญชีครัวเรือนลำดับที่ 1-10 มาสุ่มโดยการจับฉลากเพื่อเป็นครัวเรือนอันดับแรก หลังจากนั้นจะนำค่าช่วงการสุ่ม (k) มาบวกเพิ่มเป็นลำดับที่ของครัวเรือนในบัญชีครัวเรือนซึ่งเป็นครัวเรือนเป้าหมายในลำดับถัดมาและจะดำเนินการเช่นนี้จนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้ต่อการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ 3) แบบสอบถามแรงจูงใจด้านสุขภาพในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะโดยแบบสอบถามที่ 3, 4 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (ioc) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90 ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลบ้าน ระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าบ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ต่อการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะประกอบด้วยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรู้แรง การรับรู้อุปสรรค มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่าง

มีการรับรู้ต่อการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจด้านสุขภาพในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะมาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ สอบถามเกี่ยวกับพื้นฐานทางด้านร่างกาย พื้นฐานทางด้านสังคม และการป้องกันการเกิดโรคมียจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะแบ่งตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับสูง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.33-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.32 หมายถึง ระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ในการวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประสานงานกับเทศบาลตำบลบางทรายให้นัดหมายตัวแทนครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาประชุมร่วมกันเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อส่งเอกสารแนะนำโครงการวิจัย และอนุมัติ/ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากประชาชน หลังจากได้รับหนังสือยินยอมจากประชาชน คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และใช้สถิติเพื่อหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าข้อมูลจะต้องมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) ทดสอบด้วย Kolmogorov-smirnov Test เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่า 50 ครัวเรือน โดยมีผลการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) ตัวแปรอายุ จำนวนสมาชิกภายในครัวเรือน จำนวนผู้ดูแลบ้าน ระยะเวลาการอาศัยอยู่ของเจ้าบ้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุ่มลักษณะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ถูกสุ่มลักษณะ การรับรู้ความรุนแรงของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุ่มลักษณะ การรับรู้อุปสรรคของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุ่มลักษณะ แรงจูงใจภายนอก แรงจูงใจภายในและพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะมีค่าสถิติที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวแทนครัวเรือนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.8±9.7 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 77 คน (ร้อยละ 45.3) ซึ่งกลุ่มตัวแทนครัวเรือนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 61.8 และสมาชิกภายในครอบครัวเฉลี่ย 3.3±1.8 คน มีจำนวนผู้ดูแลบ้านเฉลี่ย 1.4±0.9 คน โดยมีระยะเวลาอยู่อาศัยของเจ้าบ้านเฉลี่ย 31.9±14.2 ปี

ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของตัวแทนครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง เมื่อพิจารณารายตัวแปรที่มีการรับรู้ระดับสูง พบว่า ตัวแทนครัวเรือนส่วนใหญ่การรับรู้โอกาสเสี่ยง ร้อยละ 70 (4.0±0.6) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ ร้อยละ 62.3 (4.0±0.7) การรับรู้อุปสรรคมีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.60 (3.60±0.60) และการรับรู้ความรุนแรง ร้อยละ 56.5 (3.9±0.6) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจด้านสุขภาพ

แรงจูงใจด้านสุขภาพของตัวแทนครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายตัวแปรที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแทนครัวเรือนส่วนใหญ่มีแรงจูงใจภายนอกบุคคลระดับสูง ร้อยละ 69.9 (3.8±0.4) และรองลงมา คือ แรงจูงใจภายในบุคคล ร้อยละ 51.3 (3.8±0.6) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มลักษณะ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มลักษณะ ได้แก่ จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลบ้านและระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มลักษณะ ($r=0.16, p=0.04$), ($r=0.26, p<0.001$) และ ($r=-0.21, p=0.007$) ตามลำดับ ในขณะที่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มลักษณะ (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มลักษณะ ด้วยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) (n=170)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะ (r)	p-value
อายุ (ปี)	-0.09	0.25
จำนวนสมาชิกภายในครัวเรือน (คน)	0.16	0.04
จำนวนผู้ดูแลบ้าน (คน)	0.26	<0.001
ระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าบ้าน (ปี)	-0.21	0.007

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มลักษณะ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) (n=170)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะจำนวน (ร้อยละ)		X ² (df)	Cramer's V/Phi	p-value
	ปานกลาง	สูง			
เพศ			0.76 (1)	0.02	0.09
ชาย	30 (46.2)	35 (53.8)			
หญิง	51 (51.4)	54 (51.6)			
ระดับการศึกษาสูงสุด			0.48 (3)	0.12	2.44
ประถมศึกษา	37 (48.1)	40 (51.9)			
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า	29 (53.7)	25 (46.3)			
ปริญญาตรี	14 (40.0)	21 (60.0)			
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (25.0)	3 (75.0)			
อาชีพ			0.24 (3)	0.15	3.97
รับราชการ	4 (36.4)	7 (63.6)			
ธุรกิจส่วนตัว	21 (39.6)	32 (60.4)			
เกษตรกร	1 (100.0)	0 (0.0)			
รับจ้างทั่วไป	55 (32.4)	50 (47.6)			

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะ

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะ (r=0.30, p<0.001), (r=0.31, p<0.001), (r=0.36, p<0.001), (r=0.41, p<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุ่มลักษณะ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) (n=170)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงจูงใจภายนอกตัวบุคคล	0.21	0.006
แรงจูงใจภายในตัวบุคคล	0.68	<0.001

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลบ้าน และระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าบ้าน ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนที่ถูกสุ่มลักษณะ⁷ ส่วนเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในขณะที่จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลบ้าน และระยะเวลาการอยู่อาศัย

ของเจ้าบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนที่ถูกสุ่มลักษณะเนื่องจากจำนวนสมาชิกภายในครัวเรือนและจำนวนผู้ดูแลบ้านที่มารวมถึงระยะเวลาการอยู่อาศัยของเจ้าของบ้านที่มากด้วยทำให้โอกาสในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าจำนวนสมาชิกภายในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ถูกละเลยเนื่องจากมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกันทำให้โอกาสในการจัดการ

สุขภาพที่อยู่อาศัยในครัวเรือนแตกต่างกัน^๓

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนที่ถูกสุขลักษณะสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรับรู้ปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว^๔ การรับรู้ความรุนแรงต่อการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนที่ถูกสุขลักษณะซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาจากระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการจัดการสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะแตกต่างกันรวมถึงสาระสำคัญในการศึกษาที่แตกต่างกันเนื่องจากมีระดับการรับรู้ความรุนแรงและสาระสำคัญของการศึกษาที่แตกต่างกัน^๕ สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนของประชาชนที่ถูกสุขลักษณะซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^๖ ในส่วนของการรับรู้อุปสรรคต่อการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ^๕

แรงจูงใจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพ ได้แก่ แรงจูงใจภายนอกตัวบุคคล และแรงจูงใจภายในตัวบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ เนื่องมาจากแรงจูงใจภายนอกตัวบุคคลที่ได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ พร้อมกับการได้รับคำแนะนำในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ ประชาชนจึงเห็นถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามสาระสำคัญของการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยระดับครัวเรือนที่ถูกสุขลักษณะ และแรงจูงใจภายในตัวบุคคลประกอบด้วยการที่บุคคลภายในครอบครัว มีความสนใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ถูก

สุขลักษณะ จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี และไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

ข้อเสนอแนะ ประการที่แรก จากผลการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้สร้างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยภายในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเกิดโรคและอุปสรรคการดำเนินชีวิตต่อการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะรวมถึงการรับรู้ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ ประการที่สอง การวิจัยครั้งต่อไปการขยายของเขตพื้นที่การวิจัยในระดับจังหวัดและการใช้เทคนิควิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mix method) จะทำให้ได้ข้อมูลและรายละเอียดที่มีความแม่นยำมากขึ้นซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อพื้นที่วิจัยในการนำไปสร้างแผนงานหรือโครงการพัฒนาสังคมต่อไป

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. Local government organizations. Basic information for planning the development of local government organizations in Chonburi in 2022. Chonburi: Strategy and Budget Division; 2022.
2. Ministry of Public Health. 2019 Report on the environmental health situation. Nonthaburi: Bureau of Environmental Health; 2019.
3. Sota C. Concepts, theories, and applications for health behavior development. 3rd ed. KhonKaen: KhonKaen University Press; 2011.
4. Wongsawang N, Kitreeawutiwong K, Ruamsook T. Home environmental management for health among older adults: role of community health nursing. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2021;1(1):68-7
5. Changsap B, Jarachvarawat C, Nakhaklajarn S, Kasiphon T, Wanidchaphloi S, Saguansit P. A causal model of household environment and sanitation behaviors of people in Khlong Toei community, Bangkok. Journal of Public Health 2010;40:53-64.
6. Palitnonkert A, Sriarun J, Chadlee N, Jantong T, Janpurm A, Chaisunan C, et al. Health belief model related to self-care behavior of patients with hypertension at

- Bangsamak sub-district health promoting hospital, Bangpakong district, Chachoengsao province. APHEIT Journal 2018;7(2):43-51.
7. Mattavangkul C, Ploykaew P, Thavanseriwatthana A, Sitthijad A, Noysiriwatthana T. Factors associated with preventive behavior and diseasecontrol of dengue hemorrhagic fever among people in the responsible area of Sai-See subdistrict health promoting hospital, Samutsakhon province. Journal of Nursing Siam University 2017;18(34):34-48.
 8. Pimpong S, Chaowanapreecha M, Srithongkul W, Yoyrurub V. The Effectiveness of the program participation in sanitary housing managementin Ban khlongtan, Srayaisom, Uthong, Suphanburi [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 21]. Available from: https://cdn.shopify.com/s/files/1/0561/1605/2164/files/21_7b1c0b26-feff-4797-afb4-057b865cf963.pdf?v=1620290584
 9. Syhavong N, Shokebumroong K. Relationship between Knowledge, risk factors perceived and selected factors to prevention behaviors relating pneumonia infection among adult people in Lao PDR. Proceedings of The National and International Graduate Research Conference 2016; 2016 Jan 15; KhonKaen, Thailand. KhonKaen: KhonKaen University; 2016. p. 866-77.