

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย
ของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย
ของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



นางสาวสรินทร์ แก้วดา

ผู้วิจัย



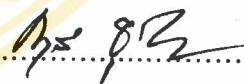
รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล ค.ค.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



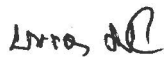
รองศาสตราจารย์วงเดือน ปันดี ส.ค.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ครุณี ชูณหะวัต ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 15 กันยายน 2551

.....

นางสาวสรินทร์ แก้วดา

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทน์โมลี ส.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สุปรียา ดันสกุล ค.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์วงเดือน ปั่นดี ส.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ดร.ฉวี ชุมะวัต ก.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา ตันสกุล รองศาสตราจารย์ ดร. วงเดือน ปั่นดี และ รองศาสตราจารย์ ดร. ณี ชุมพะวัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุริย์ จันทรโมลี ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมอันเป็นประโยชน์ยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะบดีและบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและมีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความรู้ในการศึกษา ทั้งยังให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้ ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

รสรินทร์ แก้วตา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(FACTORS RELATED TO FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE BEHAVIOR
AMONG PERSONNEL, FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL)

รสรินทร์ แก้วตา 4637228 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : สุปรียา ตันสกุล, ก.ด., วังเดือน ปั่นดี, ส.ด.,
ครุณี ชุมหวัด, ก.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ปัจจัยร่วม สิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การทดสอบค่าเอฟ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.0 ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.01$) ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.01$) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.01$) โดยที่ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายมากที่สุด

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรนำปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไปใช้ในการจัดโครงการ/ กิจกรรมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำสำคัญ: แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์/ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร/

การออกกำลังกาย

FACTORS RELATED TO FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE BEHAVIOR
AMONG PERSONNEL, FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL

ROSSARIN KAEWTA 4637228 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND
BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: SUPREYA TANSAKUL, Ph.D., WONGDYAN PANDII,
Dr.P.H., DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed.

ABSTRACT

This study was a cross-sectional survey research aiming to study factors related to food consumption and exercise behavior among personnel at the Faculty of Medicine in Ramathibodi Hospital. Pender's Health Promotion Model was applied to determine, cognitive-perceptual factors, modifying factors and cues to action. Four hundred samples were selected by a stratified random sampling technique and systematic random sampling. Data were collected through the use of a self-administrated questionnaire. Statistical analysis was performed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that 64.0 percent of the personnel had a lower level of food consumption and exercise behavior. Cognitive-perceptual factors related to food consumption and exercise behavior were: health promotion value, perceived self-efficacy, perceived health status and perceived barriers towards performing health behavior ($P\text{-value} < 0.01$). A modifying factors related to food consumption and exercise behavior was age ($P\text{-value} < 0.01$). Their level of health information access affected decisions related to food consumption and exercise behavior ($P\text{-value} < 0.01$). Perceived self-efficacy was the most important variable related to food consumption and exercise behavior.

The results of this study suggested that self – efficacy should be emphasized in the implementation of a health promotion program for personnel at the Faculty of Medicine in Ramathibodi Hospital.

KEY WORDS: PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL/
FOOD CONSUMPTION/ EXERCISE BEHAVIOR

138 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	9
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	12
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายในประเทศ	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย	43
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	44
รูปแบบการวิจัย	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ	53
ผลการทดสอบเครื่องมือ	53
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูล	54
การวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยร่วม	57
ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้	60
ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งชักนำในการปฏิบัติ	62
ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย	62
ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	63
ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย	63
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และสิ่งชักนำใน	64
การปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย	
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	92
บรรณานุกรม	106
ภาคผนวก	111
ประวัติผู้วิจัย	138

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วม	58
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้	61
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งชักนำในการปฏิบัติ	62
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย	63
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	63
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย	64
7	ความแตกต่างระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัวและลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย	65
8	ความแตกต่างกลุ่มเลือดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง	66
9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง	67
10	ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง	68

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์	16
2	แสดงภาพปิรามิดการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย	25
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	43

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable chronic diseases) จากการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของประชากรโลกโดยประเมินจากดัชนีภาระโรค ทั้งในแง่การตายก่อนวัยอันควรและการเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลและรักษา โดยรวมแล้วพบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญ คือโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง (วงสวาท โกศลวัฒน์, 2548: 6)

ในปี พ.ศ. 2547 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมสมัชชา ที่ประเทศไทย ที่ประชุมได้ให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งกำลังเป็นปัญหาใหญ่ของทุกประเทศทั่วโลก โรคที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โดยประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปีละกว่า 7,000 คน หรือร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด การมีไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคเส้นเลือดสมองถึงร้อยละ 18 และเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 56 ซึ่งโรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ที่ประชุมองค์การอนามัยโลก จึงให้ความสำคัญทางด้านข้อมูลข่าวสารพร้อมทั้งกระตุ้นให้ทุกประเทศทั่วโลก ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคดังกล่าว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 17)

สำหรับประเทศไทย คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคมะเร็งกันมากขึ้นกว่าเดิม สถิติอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 292 รายต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 451 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 257 เป็น 381 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็ง เพิ่มขึ้นจาก 72 คน เป็น 102 คนต่อประชากรแสนคนในเวลา 3 ปี ทุกๆ 6 นาที มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคเบาหวาน 1 คน ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคและการขาดการออกกำลังกาย เช่น การบริโภคอาหาร หวานเกินไป มันเกินไป เค็มเกินไป รับประทานเครื่องดื่มที่ปรุงแต่งเกินธรรมดา การ

ใช้ชีวิตสบายเกินไป นิ่งๆ นอนๆ มากเกินจนไม่ได้ใช้ร่างกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องทุ่นแรงในชีวิตประจำวันมากมาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548: 10–11) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสิ้น

จากรายงานของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2546: 25) โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2546 พบว่าการตายก่อนวัยอันควรของผู้ใหญ่ช่วงอายุ 25 – 44 ปี 5 อันดับแรกมีสาเหตุมาจาก โรคเอดส์ อุบัติเหตุการจราจร โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดและการฆ่าตัวตาย ตามลำดับ ช่วงอายุ 45 – 59 ปี 5 อันดับแรกของการตายก่อนวัยอันสมควร มีสาเหตุมาจาก โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด โรคตับแข็ง อุบัติเหตุการจราจร และโรคเอดส์ ตามลำดับ ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับพฤติกรรม ในการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกายซึ่งส่งผลต่ออัตราการตายของประชาชนไทย

จากการศึกษาของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยรามคำแหง ในเรื่องสภาวะการณ์ด้านพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชาชนโดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม – 6 มิถุนายน 2547 ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ นครราชสีมา สงขลา และสมุทรปราการ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างขาดการออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 59.64 โดยกลุ่มตัวอย่างมีเงื่อนไขและเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอได้ เนื่องจาก ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่สะดวกใกล้บ้าน ขาดกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้กลุ่มคนวัยทำงานที่ต้องทำงานใช้แรงหรือทำงานบ้าน มีจำนวนมากที่ไม่ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเหนื่อยล้าจากการทำงานแล้ว การออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ไม่มีความจำเป็น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 1) การออกกำลังกายเป็นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนทุกเพศทุกวัย และหากมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องสม่ำเสมอ จะช่วยให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ผ่อนคลายจากการทำงานที่ตึงเครียด ทำให้กล้ามเนื้อร่างกายและหัวใจแข็งแรง นอกจากนี้ยังสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย เพื่อป้องกันโรคทำให้ไม่เจ็บป่วยง่าย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยโรคต่างๆ เช่น อาการปวดเมื่อย ปวดศีรษะ ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งประเทศต้องสูญเสียเงินเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ในการรักษาปีละเกือบสามแสนล้านบาท (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนการบริการ กระทรวงสาธารณสุข, 2547 :1) และจากรายงานการสำรวจเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยบริโภคอาหารไขมันสูงร้อยละ 86.3 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานร้อยละ 71.7 รับประทานอาหารประเภทจานด่วน ร้อยละ 15.3 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551: 6) และจากผลการสำรวจเรื่องอาหารที่คนไทยบอกว่าต้อง

กินเป็นประจำ ของชีวิตจิตใจ พ.ศ. 2549 พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรม “กินตามใจปาก” โดยพบว่าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมร้อยละ 56.7 ดื่มชา กาแฟร้อยละ 54.6 รับประทานอาหารประเภทแป้งอย่างจนไหม้เกรียม ร้อยละ 54.1 รับประทานอาหารผลไม้ดองร้อยละ 35.1 รับประทานอาหารประเภทจานด่วนร้อยละ 33.4 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.5 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551: 7)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการจะลดอัตราการเกิดโรคได้นั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องริบดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้ปี 2545 – 2547 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ ทุกพื้นที่ได้รับรู้และตระหนักใส่ใจในด้านสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรประชาชน ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการออกกำลังกาย ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ในปี พ.ศ. 2546 การรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยมุ่งเน้นประเด็น การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร เพื่อปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง และบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยได้คุณค่า กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพโดยกองสุขศึกษา จึงได้จัดทำโครงการรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพ ปี 2546 เพื่อสนับสนุน “การสร้างสุขภาพทั่วไทย” อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนมีการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนและมีสุขภาพดีตลอดไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 99)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันอุดมศึกษา ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีพันธกิจในการจัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์องค์ความรู้ เทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้บริการทางการแพทย์และวิชาการ รวมทั้งรณรงค์และชี้นำสังคม ด้านสุขภาพอนามัย เพื่อพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมไทยและภูมิปัญญาไทย บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถือได้ว่าเป็นตัวอย่างที่ดีของประชาชนโดยทั่วไป ดังนั้น บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงควรเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้แบบสอบถามและผลการตรวจสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม 2544 – 30 มีนาคม 2546 จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,172 คน พบว่าบุคลากรมาตรวจสุขภาพ 3,192 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 บุคลากรที่ได้รับการตรวจมีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็นเพศ

หญิงร้อยละ 83 เป็นโสดร้อยละ 49.1 จากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของบุคลากร โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 33.2 รองลงมาคือโรคภูมิแพ้ร้อยละ 19.7 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 16.3 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 11.7 ไมเกรนร้อยละ 10.7 จากผลการตรวจสุขภาพตรวจพบภาวะผิดปกติร้อยละ 79.3 (2,532 ราย) ภาวะผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ ปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 33.2 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 22.5 โรคอ้วนร้อยละ 18.3 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.3 เบาหวานร้อยละ 2.5 ด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ พฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 68.3 รองลงมาคือเรื่องการรับประทานอาหาร โดยพบว่าชอบรสเค็มหรือปรุงรสทุกครั้งร้อยละ 61.9 รับประทานอาหารที่มีรสหวานหรือผลไม้หวานร้อยละ 60 อาหารดองเค็ม ปิ้งย่าง ร่มควัน ร้อยละ 47 รับประทานอาหารไขมันสูงเกิน 3 มื้อต่อสัปดาห์ ร้อยละ 36.9 รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 26.8 และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาร้อยละ 59.7 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 37.3 การสูบบุหรี่ร้อยละ 6.6 ด้านจิตใจพบว่าบุคลากรมีภาวะเครียด ระดับปานกลางร้อยละ 12.4 เครียดมาก ร้อยละ 1.6 โดยอาการที่พบบ่อยๆเป็นประจำส่วนใหญ่คืออาการปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้างร้อยละ 10.4 อาการที่พบเป็นครั้งคราวคือ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจร้อยละ 78.9 และอาการที่พบน้อยที่สุดคือ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ด้านทัศนคติต่อความคาดหวังด้านสุขภาพ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพบ้างร้อยละ 71.8 และ ไม่ดูแลสุขภาพเลยร้อยละ 7.3 (รุ่งทิพา บุรณะกิจเจริญ และคณะ, 2547: 141)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าบุคลากรส่วนหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการเจ็บป่วยและภาวะผิดปกติ รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งหากทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติทางสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ปัญหาในการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ สิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว
 - 1.2 ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3 สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 ด้าน คือ
 - 2.1 การรับประทานอาหาร
 - 2.2 การออกกำลังกาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัจจัยร่วม
 - 1.1 เพศ หมายถึง สถานะทางเพศของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย
 - 1.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามการสมรสแบ่งเป็น โสด คู่ หม้ายและหย่า/แยก
 - 1.4 ลักษณะงาน หมายถึง ลักษณะงานที่ปฏิบัติตามหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาธิวิทยา รังสี ชูการ คนงานและอื่นๆ
 - 1.5 ดัชนีมวลกาย (Body mass index = BMI) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะอ้วนผอมในผู้ใหญ่ด้วยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเซนติเมตร แล้วคำนวณค่า BMI โดย $\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$ โดยมีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

ค่า BMI น้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ เมตร² ถือว่าอยู่ในภาวะผอม

ค่า BMI ระหว่าง 20.0 – 25 กิโลกรัม / เมตร² ถือว่าอยู่ในภาวะปกติ

ค่า BMI มากกว่า 25.0 กิโลกรัม / เมตร² ถือว่าอยู่ในภาวะอ้วน

1.6 จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้างานจนออกงาน นับเป็นชั่วโมงต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง

1.7 กรู๊ปเลือด หมายถึง หมู่เลือดของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กรู๊ปเลือด เอ กรู๊ปเลือด บี กรู๊ปเลือด เอ บี และกรู๊ปเลือด โอ

1.8 บุคลิกภาพ หมายถึง บุคลิกลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือบุคลิกภาพแบบเอและบุคลิกภาพแบบไม่ใช่เอ

1.9 การมีโรคประจำตัว หมายถึง มีโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาโดยแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้

2.1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การให้ค่าหรือให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

2.2 การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ให้ประสบผลสำเร็จได้ด้วยตนเอง

2.3 การรับรู้สถานะสุขภาพของตน หมายถึง ความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการประเมินจากสุขภาพโดยทั่วไปในภาพรวม 2 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ต่อสิ่งที่เป็นตัวขวางกั้นการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

3. สิ่งชักนำในการปฏิบัติ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย จากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร วิทยุ อินเทอร์เน็ต และบุคลากรทางการแพทย์

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีผลต่อสุขภาพส่วนบุคคลให้แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยครอบคลุมพฤติกรรม 2 ด้านดังนี้

4.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 3 มื้อทุกวัน การรับประทานผักและผลไม้รสไม่หวานมาก ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมากหรือเนื้อสัตว์ติดมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด (หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด) รวมทั้งไม่ดื่มน้ำอัดลมหรือ เครื่องดื่มชูกำลัง

4.2 การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายตามความสามารถ และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วนและใช้แรงกล้ามเนื้อ จะใช้กิจกรรมใดก็ได้ เช่น การบริหารร่างกาย เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือการเล่นกีฬาที่มีได้มุ่งเพื่อการแข่งขัน โดยถือหลักคือ ไม่เคร่งเครียด สนุกสนานเพลิดเพลิน และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที ทั้งนี้ไม่รวมถึงการทำงานที่ใช้แรงงานปกติ

5. บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หมายถึง ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวที่ทำงานในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2551

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 400 คน ปฏิบัติงานในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2551

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987: 54) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม หรือมุ่งให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น ด้วยเป้าหมายสำคัญทางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งยกระดับภาวะสุขภาพดังกล่าวแล้วทำให้มีผู้สนใจและให้ความสำคัญพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

โกชแมน (Gochman 1988: 4) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่าหมายถึง การที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยาเป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health related behavior) จึงเกี่ยวกับพฤติกรรม 3 ประเภทดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อ

ดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และพาแลงค์ (Palank 1991: 816) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น นอกจากนั้น แฮริส และกูเทน (Harries and Guten 1979: 6) ได้นิยามกลุ่มไปถึง การรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวมหมวก ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหาร ทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาของมื้ออาหาร
- 1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยิงนกตกปลา การพักผ่อนหย่อนใจในวันหยุดสุดสัปดาห์ การงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่และการงดใช้สารเสพติดต่างๆ
- 1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย เช่น การสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย
- 1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรคเช่นการตรวจ หามะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การเอ็กซเรย์ประจำปีและการไปพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น แมคคาร์รี (Macharie 1978: 121) กล่าวถึงพฤติกรรมนี้ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำและตัดสินใจที่จะแสวงหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งจะเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลยแต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่างๆ นั้นหายไปตัวเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือความคิดเห็นของตัวเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Life Styles for disease prevention) เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีพื้นฐานของความคิดมาจากข้อมูลภาวะการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บของบุคคล ว่าปัจจุบันสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรมิได้เกิดมาจากโรคติดเชื้อต่างๆ (Infection Disease) ทั้งนี้เพราะความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถแก้ไขปัญหามารักษาโรคของเชื้อโรคต่างๆ อย่างได้ผล (ยกเว้นโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อชนิดใหม่ ที่เพิ่งจะพบในทศวรรษที่ผ่านมา) แนวโน้มของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนมาเป็นปัญหาอื่น อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค” นั้น จัดได้ว่าเป็นแนวทางของการแก้ปัญหาที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้ทางหนึ่ง และนับว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุก

กรีนและกรูเธอร์ (Green and Kruter 1991: 4) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา และการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner 1993: 659) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชนและสังคม

วอกเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender 1987: 70-81) ได้เสนอรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิต และลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 6 ด้านดังนี้

1. การเข้าใจตัวเองอย่างแท้จริง (Self-actualization)
2. การรับประทานอาหาร (Nutrition)
3. การออกกำลังกาย (Exercise)
4. การรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Health responsibility)
5. การจัดการกับความเครียด (Stress management)
6. การช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน (Interpersonal support)

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่จะมุ่งยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาว เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกว่า “การมีคุณภาพชีวิตที่ดี” ที่แท้จริง

นอกจากการให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวแล้ว ยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติและงานวิจัยอีกด้วย (Pender, Walker, Sechrist and Frank Stromberg 1990 cited in Johnson, et al 1993: 132) ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมอย่างมากจากบุคลากรที่มิสุขภาพ

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

เพนเดอร์ (Pender 1987: 57) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการคือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987: 57-60) กล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ด้านด้วยกันคือปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ของบุคคล ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors)

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987: 60) ประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยดังนี้

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพตนเองมากเท่าไรบุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้นและการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior specific values) น่าจะมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมทั่วไป (Global life Values)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control) เป็นการเชื่ออำนาจภายในและภายนอกคนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองหรือได้รับอิทธิพลมาจากผู้อื่น และเป็นผลของความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเอง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (Internal Locus of Control) ในขณะที่ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกคน (External Locus of Control) จะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่นความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกคน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะมีความสามารถประสบความสำเร็จหรือผลที่ตนเองต้องการเมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุ จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตนและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) คำจำกัดความหรือการให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ของบุคคลนั้นส่งผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรม การป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงการบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self-actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well-being) นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพของตนแตกต่างกัน มีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health-Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่บุคคลกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health-Promoting Behaviors) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นการคาดคะเนหรือความจริง และการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากการไม่มีโอกาสในการทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลลบต่อสุขภาพ

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

เพนเดอร์ (Pender 1987: 58) กล่าวว่า ปัจจัยร่วมจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล นั่นคือ ปัจจัยด้านนี้มีผลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยร่วมประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้คือ

1.1 ปัจจัยทางประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา และรายได้ ซึ่งตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล แต่จอห์นสันและคณะ (Johnson, et. al.1993: 132-138) ได้ทำการทดสอบแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์แล้วพบว่า ปัจจัยทางประชากรหรือปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

1.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) จากการศึกษพบว่าปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางทีมสุขภาพล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

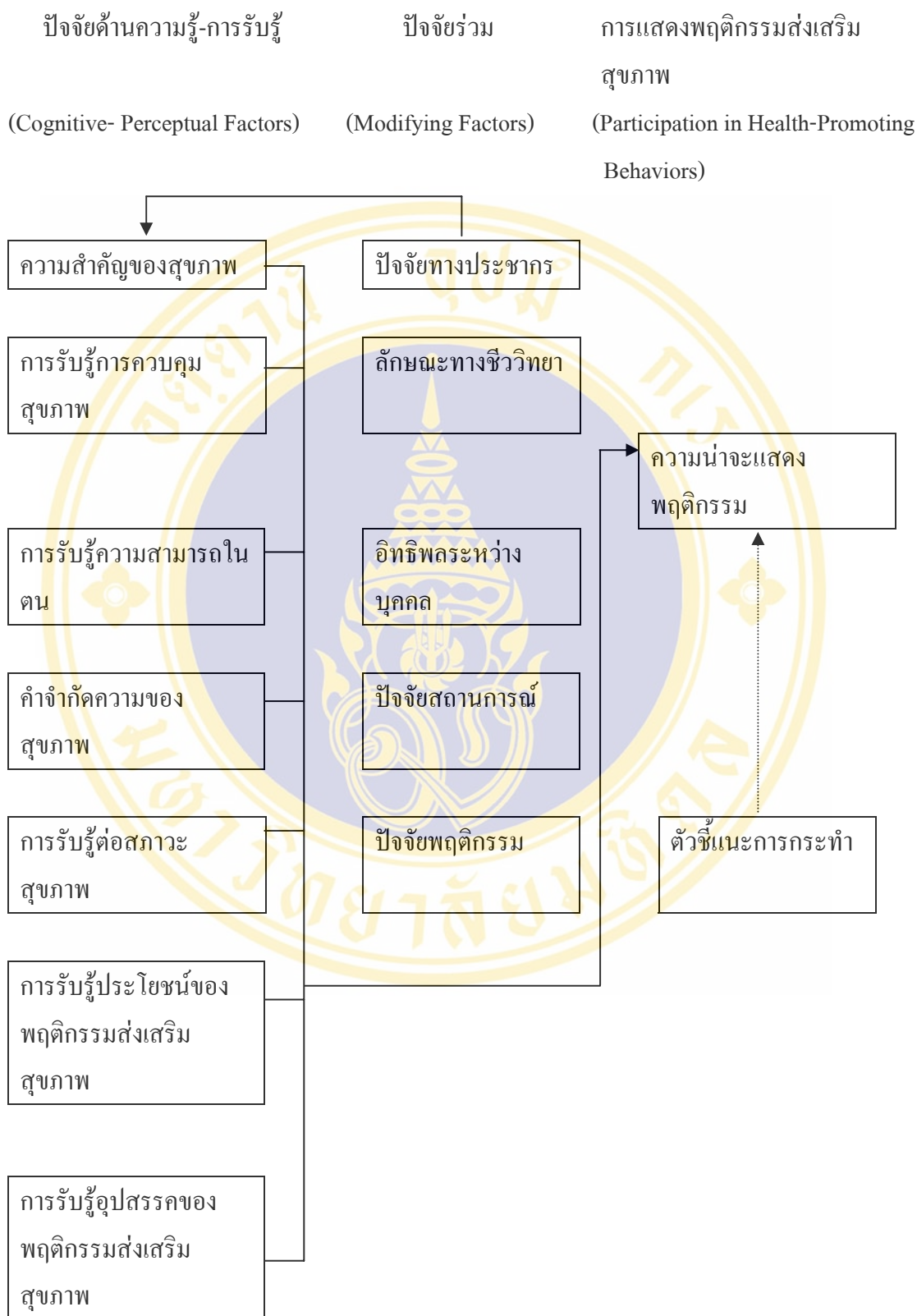
1.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเท่านั้น โดยทางเลือกยิ่งมากเท่าไรยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโคเรสเตอรอลต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีพอเหมาะ มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำหรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองอาจจะต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

1.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสบการณ์ของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุขการเรียนรู้และทักษะทางปัญญา (Cognitive and Psychomotor Skills) มีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการ โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียด ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา นั่นคือความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action)

เพนเดอร์ (Pender 1987: 68-69) ได้เสนอว่า การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายในและจากสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการพัฒนาการและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบาย (Feeling Good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกาย ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย ลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลเปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่ผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยร่วมและตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ (Pender 1987: 68) ได้นำเสนอแผนภูมิที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

ที่มา: Pender and Pender. Health Promotion in Nursing Practice.1987: 58

จากแผนภูมิที่ 1 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ด้าน ที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ปัจจัยย่อยๆ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีอิทธิพล โดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยร่วมหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or Background Factor) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าวแล้วและตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987: 135 – 143) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพ (The Life Style and Health – Habits Assessment: LHHA) ประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหารและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือหรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหาร และในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณน้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย/วัน)

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกายรวมถึงการงดไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของแต่ละบุคคล

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคน สภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีจัดสาเหตุที่ทำให้

ผู้ป่วยนอนไม่หลับรวมทั้งเทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้เมื่อนอนไม่หลับ

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self – actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีและสุขภาพที่ดีตามมาในที่สุด

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยให้การแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่างๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกายจากบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น

วอกเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender 1987: 70 – 81) ได้เสนอรูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting life Style Profile: HPLP) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพ (The Life Style and Health Habits Assessment: LHHA) ของเพนเดอร์ (1987) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 6 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self – actualization) หมายถึง การมีจุดหมายในชีวิต กระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จตามจุดหมายนั้น มีความพึงพอใจในชีวิต

2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเองโดยมีการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ด้วยตนเองแสวงหา

ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าร่วมโปรแกรมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในวิชาชีพเมื่อจำเป็น

3. การออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควมมีอายุยืนยาว เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ เป็นต้น

4. การรับประทานอาหาร (Nutrition) มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และได้คุณค่าทางโภชนาการ

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการพักผ่อนคลายความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน (Interpersonal support) เป็นการตระหนักถึงความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมมีความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และสังคม

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้นจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ (Stuijbergen and Becker 1994: 3) ซึ่งในกลุ่มวัยทำงาน การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยขจัดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมได้ และทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่ความผาสุกและมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคลเองต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษาปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะทางสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและได้ประยุกต์การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมหลักของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสำรวจนำร่องดังที่กล่าวแล้วในบทที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

การรับประทานอาหาร

อาหารมีความจำเป็นต่อสุขภาพ ดังนั้นอาหารที่รับประทานต้องปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อป้องกันทั้งโรคขาดสารอาหารและโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับอาหาร การที่จะให้บรรลุเป้าหมายหลักโภชนาการ ทุกคนต้องแสวงหาความรู้ทางโภชนาการจากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับคนไทยประกอบด้วยหลัก 8 ประการดังนี้

1. รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน อาหารที่คนไทยรับประทานอยู่ทุกวันจัดได้เป็น 5 หมู่ คือ เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งที่สำคัญให้โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ ข้าว ผักผลไม้ และน้ำตาลเป็นแหล่งให้พลังงาน พืชผักต่างๆ เป็นแหล่งให้วิตามินและเกลือแร่บางชนิดตลอดจนใยอาหาร ผลไม้ต่างๆ ให้พลังงานวิตามินและเกลือแร่บางชนิด ตลอดจนใยอาหาร และไขมันเป็นแหล่งให้พลังงานที่มากที่สุด เมื่อเทียบตามน้ำหนักที่เท่ากัน ไขมันพืชบางชนิดยังให้กรดไขมันจำเป็นคือกรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) และกรดแอลฟาไลโนเลนิก (Alpha linolenic acid) ในปริมาณมากกว่าไขมันจากสัตว์และมะพร้าว คนที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ครบทุกวันอย่างสม่ำเสมอจะได้รับสารอาหารครบถ้วน

2. รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ใหญ่ทุกคนควรมีความรู้ประเมินภาวะโปรตีนและพลังงานได้จากดัชนีความหนาของร่างกาย ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม / (ส่วนสูงเป็นเมตร)² ค่าปกติในผู้ใหญ่ คือ 20 – 24.9 กก/ม² ถ้าต่ำกว่า 20 กก/ม² จัดว่าผอม ถ้าผอมมากก็เป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย ส่วนผู้มีค่าตั้งแต่ 25 กก/ม² ขึ้นไป จัดว่าเป็นโรคอ้วนซึ่งเป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เพราะคนอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคนิ่วในถุงน้ำดี โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้ออักเสบ โรคมะเร็งบางชนิด

3. รับประทานไขมันในขนาดพอเหมาะ ไขมันมีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ผู้ที่รับประทานอาหารที่ให้ไขมันมากจะเสี่ยงต่อการมีไขมันประเภทโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดและอาจเป็นโรคอ้วน ในทางตรงกันข้ามถ้ารับประทานไขมันน้อยไปก็得不到พลังงาน และกรดไขมันจำเป็นไม่เพียงพอ ไขมันที่ได้จากมันหมูหรือน้ำมันมันพืชให้พลังงานได้เท่ากัน แต่ต่างกันในด้านคุณภาพ น้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันถั่วเหลือง เป็นแหล่งให้กรดไขมันจำเป็นทั้งสองชนิดคือ ให้กรดไลโนเลอิก ร้อยละ 53 และกรดแอลฟาไลโนเลนิก ร้อยละ 7 ของกรดไขมันทั้งหมด

4. รับประทานน้ำตาลแต่พอควรอันตรายจากการรับประทานน้ำตาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลูโคส) มากเกินไป ได้แก่ โรคฟันผุ ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (Very low

density lipoprotein) ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ระดับไลโปโปรตีนมีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein) ในเลือดต่ำ ภาวะพร่องการใช้กลูโคสและเบทาหวาน

5. การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ อาหารที่มีใยอาหารได้แก่ ผัก ผลไม้ ข้าว และแป้ง ยกเว้นน้ำตาล เนื่องจากใยอาหารมีลักษณะเป็นกากมากและผ่านกระเพาะอาหารเข้า จึงมีคุณสมบัติ คือ ทำให้รู้สึกอิ่มนาน สามารถจับสารต่างๆ ได้แก่ น้ำดี สารพิษต่างๆ โคเลสเตอรอล และสามารถดึงน้ำไว้ในลำไส้ได้เป็นจำนวนมาก จึงเป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระในลำไส้และเกิดการกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอเป็นการลดโอกาสที่สารพิษต่างๆ จะสัมผัสกับผนังลำไส้

6. ลดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารที่มีโซเดียม โซเดียมเป็นสารอาหารที่จัดอยู่ในพวกเกลือแร่ ซึ่งได้โดยตรงหรือจากเครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือ เช่น น้ำปลา ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ปลากระป๋อง และจากอาหารถนอมบางชนิดที่ใช้เกลือด้วย เช่น ผักกาดดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม นอกจากนี้โซเดียมยังมีอยู่ในอาหารธรรมชาติ โปรตีนจากสัตว์เช่น นม เนยแข็งและไข่ มีโซเดียมค่อนข้างสูง น้ำและเครื่องดื่มบางชนิดก็มีโซเดียม

7. หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า แม้ว่าเหล้าที่รับประทานเข้าไปจะถูกเผาผลาญให้พลังงานได้ก็จริง เพราะผลที่ได้ไม่คุ้มกับอันตรายที่เหล้าคุกคามสุขภาพ คนที่ดื่มเหล้ามักเป็นโรคขาดสารอาหารหลายชนิด นับตั้งแต่โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินและเกลือแร่ เมื่อดื่มเหล้าไปนานๆ ตับจะถูกทำลายทำให้การขาดสารอาหารรุนแรงมากขึ้น ในระยะหลังยังมีผู้ที่พบว่ามะเร็งของคอ มักพบในพวกที่ดื่มเหล้ามากด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มเหล้ามากๆ ลูกที่เกิดมาอาจมีความพิการได้ ดังนั้นจึงควรลดปริมาณการดื่มลงหรือถ้าเลิกดื่มเหล้าได้เป็นการดีที่สุด

8. รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันโรคมะเร็ง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องมีส่วนสำคัญต่อการป้องกันโรคมะเร็งหลายชนิด ข้อที่ควรปฏิบัติคือจำกัดปริมาณไขมันที่รับประทานทั้งไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอล รับประทานอาหารที่เก็บถนอมไว้น้อยลง รับประทานผลไม้ให้มากขึ้น ไม่รับประทานอาหารที่ไหม้เกรียม ไม่รับประทานอาหารที่มีความชื้น และระมัดระวังการรับประทานอาหารที่ใส่สีและสารเคมีซึ่งไม่ใช่สำหรับผสมอาหาร

อาร์เดลล์ (Ardell, 1986) ได้เสนอหลักพื้นฐานในการปฏิบัติตัวด้านอาหาร ดังนี้คือ

1. ควรรับประทานอาหารสด ซึ่งมีคุณค่าต่อร่างกายมากกว่าอาหารที่ทำสำเร็จรูปแล้ว
2. ควรเปลี่ยนชนิดของอาหารบ้าง โดยเลือกชนิดของอาหารที่ให้ความแตกต่างกันในแต่ละวันเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน

3. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงไม่ถูกสุขลักษณะและสิ่งปรุงแต่งรสอาหาร ซึ่งได้แก่ สีสผสมอาหาร ผงชูรส อาหารหมักดอง และสารเคมีอื่นๆ ในกระบวนการผลิต เช่น สารไนเตรต ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ จะพบได้ในอาหารพวกเบคอน ไส้กรอก หมูแฮม เป็นต้น
4. งดเว้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่นอาหารขบเคี้ยว ไอศกรีม น้ำอัดลม ซึ่งมีได้ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการแก่ร่างกาย
5. ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ประเภทที่ให้คุณค่าต่อร่างกายน้อย
6. จำกัดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ และยาที่ทำให้ติดได้
7. เลือกรับประทานอาหารโปรตีนที่ให้คุณค่าต่อร่างกายให้เหมาะสม สำหรับแหล่งอาหารที่มีสารอาหาร โปรตีนได้แก่พืชและสัตว์ แต่โปรตีนที่มีคุณค่าและราคาถูกสมควรบริโภคได้แก่ อาหารจำพวกเมล็ดพืช เช่น ถั่ว
8. ควรรับประทานอาหารประเภทผักสด ผลไม้สดทุกวัน
9. ควรรับประทานอาหารที่มีกากทุกวัน เพื่อช่วยระบบการย่อยอาหารและการขับถ่ายสะดวกขึ้น
10. ควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารพอสมควร โดยมีเวลารับประทานอาหารอย่างไม่มีรีบเร่งเป็นช่วงที่ได้ผ่อนคลายความเครียดและมีความสุขกับการรับประทานอาหารโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิต
11. ควรเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าของอาหารต่อสุขภาพของตนเองเสมอ
12. ควรรับประทานอาหารเช้าที่มีคุณค่าต่อร่างกายทุกวัน

โภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ (Nutrition in adult)

วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่เซลล์ของร่างกายมีขบวนการสร้างและทำลายเท่ากัน ไม่มีการเจริญเติบโต วัยนี้ถ้าได้พลังงานจากอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกายก็จะทำให้มีการสะสมเป็นไขมันตามส่วนต่างๆของร่างกายและมักพบว่าผู้ใหญ่อายุ40 ปีขึ้นไปจะมีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกินซึ่งจะเป็นสาเหตุขั้นต้นที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นผู้ใหญ่ควรรับประทานอาหารให้สมดุลกับความต้องการของร่างกาย (วินัส ลิฬหกุล, 2545: 236)

ความต้องการสารอาหารในวัยผู้ใหญ่ (Nutrition requirements)

1. พลังงาน สำหรับผู้ชายมีความต้องการพลังงาน 2,750 กิโลแคลอรีต่อวัน ในผู้หญิงต้องการน้อยกว่า ประมาณ 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะในผู้หญิงมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า และการ

ทำกิจกรรมก็น้อยกว่าในผู้ชายจึงต้องการพลังงานน้อยกว่า พลังงานทั้งหมดนี้ควรมาจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 โปรตีนร้อยละ 15 และไขมันร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด

2. โปรตีน วัยผู้ใหญ่ ต้องการโปรตีนน้อยกว่าวัยรุ่น เพราะช่วงนี้มีไม่มีการเจริญเติบโต จึงต้องการ 0.8 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ชายและหญิงต้องการเท่ากัน หรือวันละ 51 กรัมในเพศชายและ 44 กรัมในเพศหญิง

3. วิตามินและเกลือแร่ มีความต้องการพอๆ กับระยะที่เป็นวัยรุ่น ยกเว้นแคลเซียมและฟอสฟอรัสต้องการน้อยลงจาก 1,200 มก. เหลือ 800 มก.ต่อวัน เนื่องจากในระยะนี้ไม่มีการสร้างกระดูกเพิ่มขึ้น จึงทำให้ความต้องการลดลงจากในระยะวัยรุ่น เหลือความต้องการในชายจะลดลงจาก 15 มก.ต่อวัน เป็น 10 มก.ต่อวัน ในขณะที่ผู้หญิงต้องการเท่าเดิมจนกว่าถึงวัยหมดประจำเดือน

4. น้ำ ต้องการวันละ 1,500 – 2,000 มล.ต่อวัน

แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้ใหญ่ (Guide for eating) (วินัส ลิพทกุล, 2545: 236)

ผู้ใหญ่ควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ และรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดื่มนมหรือนมถั่วเหลืองวันละ 1 – 2 ถ้วยตวง อาหารทั้ง 3 มื้อ ควรประกอบด้วยอาหาร ดังนี้

1. ข้าวหรือแป้ง	½ - 2	ถ้วยตวง
2. เนื้อสัตว์	3 - 4	ช้อนโต๊ะ
3. ผักต่างๆ	4	ช้อนโต๊ะ
4. น้ำมันหรือไขมัน	1	ช้อนโต๊ะ
5. ผลไม้	1 - 2	ช้อนโต๊ะ

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในยุคปัจจุบันมีความสำคัญยิ่ง เพราะมนุษย์สามารถคิดและประดิษฐ์เครื่องจักรกลนานาชนิด ซึ่งช่วยผ่อนแรงและสามารถทำงานแทนคนได้ด้วยความเร็ว และมีประสิทธิภาพสูง มนุษย์มีความสะดวกสบายมากขึ้นเกิดปัญหาการออกกำลังกายน้อย ส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อข้อต่อ ระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำงานไม่เต็มที่เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และพบว่าโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ โรคหัวใจ สาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคหัวใจ คือ การมีวิถีชีวิตที่ผิดๆ เช่น การออกกำลังกายน้อยเกินไป

ความหมายของการออกกำลังกาย

สุชาติ โสมประยูร (2543: 151) ให้ความหมายว่า การออกแรงเพื่อกิจกรรมทางร่างกายทุกๆ ลักษณะไม่ว่าจะเป็นการเล่นกีฬาหรือการทำงานใดๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมที่สมัครใจหรือฝืนใจ การ

ออกกำลังกายที่ดี ต้องออกแรงให้มากพอจนรู้สึกเหนื่อย เพื่อให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวหรือบางครั้งอาจอยู่กับที่มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น

การออกกำลังกาย(Exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผน หรือมีการเตรียมตัวโดยจะเป็นกิจกรรม ที่มีการกระทำซ้ำๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (physical fitness): Pate JAMA, 1995: 273(5)

การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใดๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน เพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือ กติกาการแข่งขันง่ายๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก เป็นต้น (ยกเว้นการเคลื่อนไหวในอาชีพและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน): สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นการทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังงาน เพื่อให้ร่างกายทั้งหมดหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวหรือเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้อวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายพร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมที่เลือกมาใช้นั้น ต้องเหมาะสมกับวัย เพศ และความแข็งแรง

ชนิดของการออกกำลังกาย (วิศาล คันธารัตนกุล, 2546: 2) แบ่งตามวัตถุประสงค์ได้ 4 ชนิดคือ

1. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของระบบหัวใจ ปอดและหลอดเลือด
2. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ
3. การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่น
4. การออกกำลังกายเพื่อการทำงานที่ประสานกัน

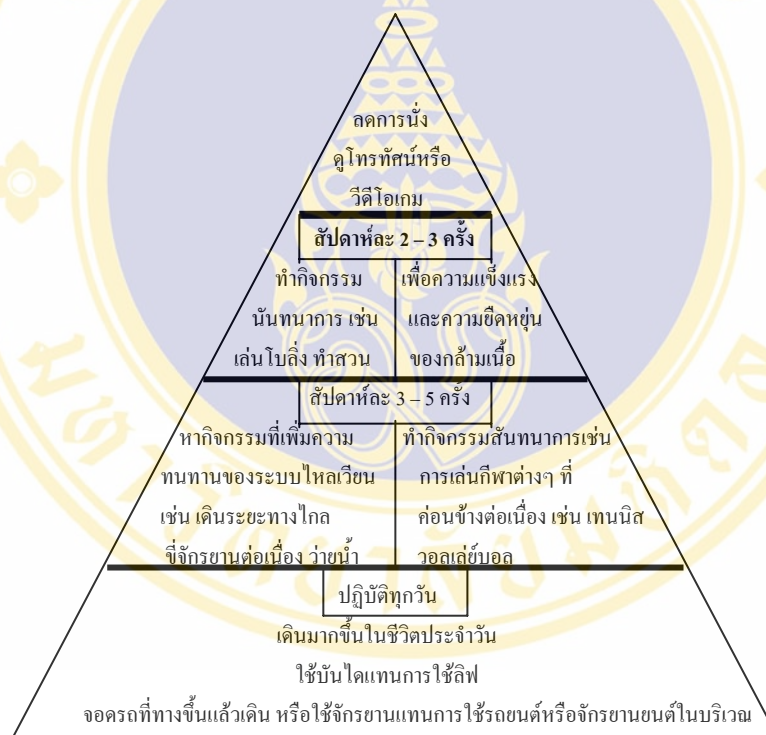
ประโยชน์ของการออกกำลังกาย (วิศาล คันธารัตนกุล, 2546 : 3) มีดังนี้

1. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
2. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้
4. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดได้
5. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิซึม โดยเฉพาะเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติและเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ
6. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
7. ลดหรือช่วยควบคุมน้ำหนักและสัดส่วนไขมันในร่างกาย
8. ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

9. ลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล
10. เพิ่มสมรรถภาพในการทำงาน การเล่นเกมและสันทนาการ
11. ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะกระดูกบาง กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อมและปวดหลัง
12. เสริมหรือทำให้ภาวะจิตใจดีขึ้น

การออกกำลังกายในวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายในวัยทำงาน (วิศาล คันธารัตนกุล, 2546: 4-11) ให้เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย ตามสามเหลี่ยมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ดังแผนภูมิรูปที่ 2



แผนภูมิรูปที่ 2 แสดงภาพปิรามิดการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย

ที่มา: Barbara Willenberg Human Environmental Science Publication GH 1800 อ้างในกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546:4

ระดับที่ 1 เคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน (ฐานล่างสุดของปิรามิด) โดยพยายามเพิ่มการเคลื่อนไหว ในชีวิตประจำวันให้บ่อยๆ มากๆ ให้หายใจเร็วขึ้น เหนื่อยพอประมาณ สะสมให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันหรือเกือบทุกวัน จะส่งเสริมการมีสุขภาพดี ลดโอกาส

เสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ร่างกายมีความคล่องตัวอยู่ตลอดเวลา กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ เดินขึ้น-ลงบันได เดินในที่ทำงาน เดินไปซื้อของ เดินหลังอาหารเที่ยงหรือเย็น เดินหรือถีบจักรยานไปที่ทำงานหรือกลับบ้าน ทำงานบ้านหรืองานอาชีพที่ต้องออกแรง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ถ้างรด ตัดหญ้า เป็นต้น

ระดับที่ 2 ออกกำลังกายที่ค่อนข้างเป็นเรื่องเป็นราว ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือ เล่นกีฬา เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน เล่นฟุตบอล บาสเกตบอล เทนนิส เป็นต้น ทำกิจกรรมเหล่านี้ประมาณ 3 – 5 วัน ต่อสัปดาห์ อย่างน้อย วันละ 30 นาที ให้เหนื่อยถึงหอบ จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจลึกและเร็วขึ้น ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของปอดและหัวใจ และป้องกันโรคเรื้อรัง

ระดับที่ 3 ฝึกกล้ามเนื้อและเพิ่มความยืดหยุ่น โดยฝึกความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ตามแขน ขาและลำตัว ด้วยการยกน้ำหนัก วิดพื้น ชิท – อัฟ ดึงข้อ เป็นต้น ทำ 2 – 3 วัน ต่อสัปดาห์ และเพิ่มความยืดหยุ่นด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบหยุดนิ่งไว้ คล้ายๆ กับการบิดขี้เกียจ แต่ละควรทำอย่างน้อย 4 ครั้ง แต่ละครั้ง ค้างไว้ 10 – 30 วินาที โดยทำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ยิ่งบ่อยยิ่งดี นอกจากนี้ การฝึกโยคะ รำมวยจีน รำวง ก็ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นของร่างกาย

ระดับที่ 4 ลด ละ กิจกรรมที่ทำให้ร่างกายไม่เคลื่อนไหว (ยอดบนสุดของพีระมิด) เช่น การนั่ง นอนดูโทรทัศน์ เล่นเกมคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน กิจกรรมเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยง และทำให้น้อยที่สุดในแต่ละวัน หันมาเพิ่มกิจกรรมที่อยู่ในส่วนล่างของพีระมิดให้มากขึ้น เพราะยิ่งเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งได้ประโยชน์มากขึ้นเท่านั้น ทั้งต่อตัวเองและบุคคลรอบข้าง ทำให้มีชีวิตในบั้นปลายที่มีอิสระ ไม่เป็นภาระใคร ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ สดใส แข็งแรง ตามวัยอันสมควร

วัยทำงานแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ใช้แรงงาน(Blue collar) เนื่องจากผู้ใช้แรงงานอาจจะมีการใช้ร่างกายในลักษณะการยกของ ทำให้ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในงานประจำ แต่หากผู้ใช้แรงงานนั้นเป็นผู้ที่ใช้ร่างกายโดยการเดินหรือขี่จักรยาน เช่น คนส่งอาหารพนักงานเก็บค่าไฟ โดยเฉพาะหากการเดินนั้นเป็นการเดินที่มีความเร็วปานกลางถึงค่อนข้างเร็วบุคคลในอาชีพนั้นก็ไม่ต้องออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของการทำงานของระบบหัวใจ ปอดและการไหลเวียน หากคิดในแง่การใช้พลังงานในแต่ละวัน หากประเมินว่าผู้ใช้แรงงานนั้นเป็นผู้ที่ทำงานในอาชีพระดับหนัก (Heavy occupational activity) ซึ่งในรายงานของวิทยาลัยแพทยโรคหัวใจและสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้ให้ความหมายคือ ผู้ที่ทำงานโดยมีการยกน้ำหนักมากกว่า 9 กิโลกรัม (20 ปอนด์) อย่างน้อย 1 ครั้งในแต่ละชั่วโมงการทำงาน หรือต้องใช้แรงงานยก

ของตลอดเวลาไม่ว่าของนั้นจะหนักเท่าไร ในกรณีนี้อาจจะได้กล้ามเนื้อส่วนนั้นที่แข็งแรงและมีการใช้พลังงานที่เพียงพอแล้ว นอกจากนี้หากทำงานที่ต้องเดินในระดับปานกลางถึงเร็วอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง ถือว่ามีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงานที่จะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและปอด มีระดับแอโรบิกที่ดี ผู้ใช้แรงงานในลักษณะนั้นก็ไม่ต้องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแต่หากทำงานที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อยกว่านั้น บุคคลนั้นๆ ควรจะเพิ่มการออกกำลังกายในยามว่างบ้างเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันหรือลดภาวะโรคต่างๆ

นอกจากนี้ในกลุ่มทำงานใช้แรงงานยังมีปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้การออกกำลังกายเป็นเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาพเช่น ภาวะของกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ใช้แรงงาน คือ ปวดหลัง ปวดเข่าและปวดส่วนต่างๆ ให้เน้นการออกกำลังกายเพื่อการยืดเหยียด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่จำเป็นต้องใช้บ่อยๆ หรือเกิดปัญหาบ่อยคือ ส่วนหลัง หรือ กล้ามเนื้อที่จำเป็นต้องอยู่ในท่าเดิมนานๆ โดยการออกกำลังกายแบบโยคะ การออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลอง หรือท่าฤๅษีดัดตน เป็นต้น สุดท้ายหากต้องการเพิ่มประสิทธิภาพร่างกายมากขึ้นควรหาเวลาออกกำลังกายเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

2. ผู้นั่งโต๊ะทำงานหรือผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ควรหาโอกาสเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในที่ทำงานให้มากที่สุดเท่าที่จะมีโอกาส เนื่องจากภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะเสี่ยงในผู้นั่งโต๊ะทำงานดังนั้นจึงควรการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายให้ดีขึ้นโดยให้เริ่มจากช้าๆ น้อยๆ และค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย แต่หากต้องการออกกำลังกายแบบมีรูปแบบที่อยู่ในระดับหนักควรต้องพบแพทย์ก่อน การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นสิ่งสำคัญในผู้ทำงานนั่งโต๊ะเนื่องจากลักษณะงานมีโอกาที่จะไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อมาก ทำให้กล้ามเนื้อ และเอ็นมีความแข็งแรงลดลง ผู้นั่งโต๊ะทำงานมีปัญหาสุขภาพสำคัญ คือ ปัญหาของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะภาวะปวดคอ ปวดหลัง ดังนั้นจึงควรการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อคอและหลัง โดยสามารถทำได้ในที่ทำงาน หากไม่มีเวลาให้ออกกำลังกายที่เป็นการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น โยคะ ซึ่งได้ประโยชน์ของการยืดเหยียดและความแข็งแรงหรือการออกกำลังกายแบบอื่นๆ เช่น พลังลมปราณ รำมวยจีนแบบต่างๆ หรือรำไม้พลอง ซึ่งได้ประโยชน์หลายด้านโดยเฉพาะการเหยียดและความแข็งแรง นอกจากนี้ควรออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของระบบไหลเวียนให้มากขึ้นด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีหลักการออกกำลังกายดังนี้

1. ควรเน้นการออกกำลังกายให้ถูกต้องคือ มีการอุ่นเครื่องก่อนออกกำลังกายและค่อยๆ ผ่อนคลายลงก่อนหยุดออกกำลังกาย

2. ให้ออกกำลังกาย โดยกิจกรรมอะไรก็ได้ที่สามารถทำต่อเนื่องได้ เช่น การเดิน จักรยาน วายน้ำ เป็นต้น โดยให้ทำต่อเนื่องในระดับที่รู้สึกเหนื่อยพอสมควรแต่ยังสามารถพูดคุยได้ ซึ่งจะเป็นระดับประมาณร้อยละ 60 – 80 ของสมรรถภาพร่างกาย และทำให้ได้ประมาณ 5 นาทีแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 10 จนถึง 30 นาที โดยค่อยๆ เพิ่มทุก 3 – 4 สัปดาห์

สำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการนั่งนานๆ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ จำเป็นต้องเน้นการออกกำลังกายโดยการเหยียดให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ บ่า และไหล่ เพื่อให้ภาวะต่างๆ ของกล้ามเนื้อดีขึ้นและตึงน้อยลง สุดท้ายหากร่างกายโดยรวมแข็งแรงขึ้นหรือผู้ที่มีปัญหาจากกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง โดยเป็นท่าที่สามารถทำได้ที่ไม่ต้องทำงานโดยทำสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง โดยแต่ละท่ายกประมาณ 8 – 10 ครั้ง ทำ 2 รอบ โดยสามารถใช้น้ำหนักจากอุปกรณ์รอบตัวเช่น ขวดใส่น้ำ โดยวัดได้ง่ายๆ คือ ในแต่ละท่า ยก 10 ครั้ง ไม่ควรปวดหรือห้าน้ำหนักที่ยกเกือบไม่ไหวแล้วใช้น้ำหนักประมาณร้อยละ 60 ของน้ำหนักนั้นเช่น ขวดน้ำ 1 ลิตร ใส่น้ำจะหนักประมาณ 1 กก.

หลักของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีความจำเป็นสำหรับทุกเพศทุกวัย ที่ต้องการจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีแต่ในขณะเดียวกันการออกกำลังกายอาจก่อให้เกิดผลร้าย และเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ วัย และสิ่งแวดล้อม ทุกคนควรจะต้องทราบถึงหลักและวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเสียก่อน เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกายอย่างแท้จริง

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีดังนี้

1. เมื่อเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มต้นด้วยการค่อยๆ ทำแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ใช้แรงน้อยและวิธีการง่าย เมื่อร่างกายปรับตัวดีแล้ว จึงค่อยๆ เพิ่มปริมาณความหนักและความยากของการออกกำลังกายขึ้นตามลำดับของการพัฒนาการของร่างกาย ที่เริ่มมีความสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น
2. อบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที ก่อนการออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายทุกครั้งที่มีการออกกำลังกาย
3. ให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลังกายไม่มุ่งเน้นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งและทำให้ถูกต้องตามเทคนิค
4. การออกกำลังกายควรคำนึงถึงสภาวะของร่างกาย ในบางกรณีร่างกายอ่อนแอลงชั่วคราวสาเหตุอาจเนื่องมาจากท้องเสียหรืออดนอน การออกกำลังกายอาจต้องลดปริมาณลงจากที่เคยทำเป็นประจำเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้ หรือบางครั้งอาจมีอาการแสดงออกให้เห็น เช่น มี

อาการเหนื่อยผิดปกติ ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ลมออกหู หูตึงกว่าปกติ หายไม่ทัน ต้องหยุดออกกำลังกายทันที

5. ถ้าอายุเกิน 30 ปีขึ้นไปหรือมีโรคประจำตัวให้แพทย์ตรวจร่างกายก่อนเริ่มโปรแกรมออกกำลังกาย

6. มีสมาธิในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

7. การออกกำลังกาย ไม่ควรทำหลังกินอาหารเสร็จใหม่ๆ เพราะการออกกำลังกายจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำย่อยอาหารมาน้อย และหลังจากออกกำลังกายเสร็จใหม่ๆ ไม่ควรกินอาหารทันที ควรรอให้หายเหนื่อยก่อน

8. ดื่มน้ำให้เพียงพอเพราะร่างกายต้องการน้ำชดเชยส่วนที่เสียไปและเพื่อสร้างสมดุลระหว่างกรดด่างในร่างกาย ตลอดจนช่วยในการขับถ่ายให้ดีขึ้น

9. ควรมีสุนัขและสัตว์เลี้ยงในการออกกำลังกาย เช่น แต่งกายให้เหมาะสมกับกิจกรรมการออกกำลังกาย เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้า รวมทั้งอุปกรณ์ในการออกกำลังกายต้องสะอาด

10. งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารกระตุ้นและสิ่งเสพติด

11. ต้องคำนึงถึงกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตน มีความหนักโดยใช้อัตราการเต้นของหัวใจ หรือชีพจร (Heart/Pulse Rate) เป็นเกณฑ์กำหนด เวลาออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ และใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 15-30 นาที

สรุปได้ว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีการหดตัวขยายตัว รวมทั้งข้อต่อต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหว โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ได้พักผ่อน หย่อนใจ สนุกสนาน และมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีพร้อม ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับคนเราทุกเพศทุกวัย การออกกำลังกายเพื่อให้ประโยชน์สูงสุดนั้น บุคคลควรประเมินความพร้อมของตนเองก่อนแล้วเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย และสภาวะของร่างกายของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้มีภาวะต่างๆ เช่น หัวใจ ปอด ไต กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ผู้ที่เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะบ่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำจะช่วยลดอาการดังกล่าวได้ รวมทั้งทำให้การเป็นโรคติดเชื้อ เช่น หวัด เจ็บคอ ลดน้อยลงด้วย จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายให้ประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งไม่ควรละเลยในการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ แล้วช่วยให้มีชีวิตที่ยืนนานอีกด้วย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งรายละเอียดของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีดังนี้

เพศ

เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม (Orem, 1991: 238) พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างจะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศจากการศึกษาของ ทิวาพร กลมกล่อม (2538: 103) พบว่าคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง จังหวัดสมุทรปราการมีการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าคนงานชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540: 134) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา และสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 139) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี แต่จากการศึกษาของจินตนา พรหมลาย (2541: 167) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยและวีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 106) พบว่าครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 และเขต 2 ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อายุ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิดอายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem 1991: 238 – 241) จากการศึกษาของ ลัดดา ผาสุก (2535: 102) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด แต่จากการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 139) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และจินตนา พรมลาย (2541: 167) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับความเกื้อหนุน จากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนรวมของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้นซึ่งส่งผลในบั้นปลายคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ฮัมบาร์คและคณะ(Hubbard, et al. 1984:266 – 269) รายงานว่ากลุ่มคนที่มีชีวิตคู่จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสดเพราะการมีคู่ชีวิต จะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการศึกษาของ มณีภรณ์ อนุสรพานิช (2542: 100) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ แต่จากการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 139) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีและจินตนา พรมลาย (2541: 167) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

ดัชนีมวลกาย

น้ำหนักเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา ที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต (Ready 1985: 443 Macmahon,et al. 1986: 334) จากการศึกษาของกิลล์ม (Gillum,et al. 1982: 211) พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน (Nissinen,et al 1987: 129, Chaithiraphan 1986: 114) และมีนักวิชาการหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกายและพันธุกรรมด้วย (O'Brien & O'Malley 1983: 43 – 65, Fagerberg , et al. 1985: 160 – 164) แต่จากการศึกษาของ จินตนา พรมลาย (2541: 167) พบว่าดัชนีน้ำหนักร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

กรุ๊ปเลือด

ในต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา นิยมหันมารับประทานอาหารตามกรุ๊ปเลือดกันมากขึ้น จากงานวิจัยของแพทย์ชาวอเมริกัน พบว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับกรุ๊ปเลือดจะช่วยสร้างสมดุลที่ดีให้แก่ร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบย่อยอาหารรวมถึงการลดน้ำหนักและเพิ่มพลังกำลัง กรุ๊ปเลือดแบ่งเป็น 4 หมู่ ได้แก่ กรุ๊ปเลือดเอ กรุ๊ปเลือดบี กรุ๊ปเลือดเอบี และกรุ๊ปเลือดโอ คนกรุ๊ปเลือดเอ จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดสูงมาก เนื่องจากร่างกายผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมาในปริมาณสูงแต่ฮอร์โมนดังกล่าวสามารถลดลงถ้าได้ทำกิจกรรมที่ร่างกายต้องจดจ่ออยู่กับสิ่งๆ หนึ่ง อย่างโยคะหรือฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ คนกรุ๊ปเลือดเอ ควรดื่มนมสดรวมทั้งผลิตภัณฑ์จากนม เช่น เนยและชีส เพราะจะทำให้รู้สึกแน่นท้อง เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ หันมารับประทานผักใบเขียวและใบเหลืองอย่างฟักทอง แครอท ผักโขม และพืชตระกูลถั่ว โดยเฉพาะถั่วเหลืองซึ่งเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงและช่วยป้องกันโรคมะเร็ง ไม่ควรบริโภคเนื้อสัตว์มากเกินไปเพราะหมู่เลือดนี้จะไม่ค่อยมีเอนไซม์และกรดในกระเพาะอาหารที่จำเป็นต่อการย่อยโปรตีนจากเนื้อสัตว์ กรุ๊ปเลือดบี สามารถดื่มนมรวมทั้งผลิตภัณฑ์จากนมโดยไม่ต้องกลัวว่าจะท้องอืดท้องเฟ้อ ควรบริโภคเนื้อสัตว์ที่ปลอดสารปรุงแต่งเจือปนและไม่ติดมันเพราะหมู่เลือดนี้สามารถเผาผลาญโปรตีนจากเนื้อสัตว์ได้ดี แต่หลีกเลี่ยงเนื้อไก่และไม่ควรบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปผู้มีเลือดกรุ๊ปบี ควรออกกำลังกายประเภทที่ต้องใช้สมาธิควบคู่กับการออกแรงมาก เช่น เทนนิส ศิลปะการต่อสู้ ปั่นจักรยานและกอล์ฟ กรุ๊ปเลือดเอบี ต้องจำกัดปริมาณเนื้อสัตว์สีแดงและไม่ควรรับประทานเนื้อไก่ เนื่องจากร่างกายมีกรดไฮโดรคลอริกในกระเพาะอาหารและน้ำย่อยในลำไส้มีปริมาณน้อย ทำให้ย่อยอาหารได้ยากเปลี่ยนมาบริโภคถั่วเหลือง ปลาไข่ไก่ และผักแทน อาหารที่หลีกเลี่ยงสำหรับคนกรุ๊ปเลือดเอและบีก็ควรหลีกเลี่ยงในคนกรุ๊ปเลือดเอ บีด้วย คนกรุ๊ปเลือดเอบีควรออกกำลังกายทั้งประเภทที่ก่อให้เกิดความสงบนิ่งและใช้แรงมาก เช่น โยคะและการเดินแอโรบิก กรุ๊ปเลือดโอ ควรบริโภคเนื้อสัตว์ต่างๆ ให้มากยกเว้นเนื้อหมู นมรวมทั้งผลิตภัณฑ์จากนมให้บริโภคแต่น้อยเพราะร่างกายจะย่อยได้ยาก จำกัดปริมาณการบริโภคถั่วรับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีการตอบสนองต่ออารมณ์ดีขึ้น ช่วยให้เกิดภาวะสมดุลทางอารมณ์ (เอมมา ฟรินจ์, 2549: 6-108)

บุคลิกภาพ

บุคลิกลักษณะที่แตกต่างกันมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนและเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บต่างชนิดกัน นักวิจัยจากมหาวิทยาลัย แวนเดอร์บิลท์ สหรัฐอเมริกา ได้แยกบุคลิกภาพของคน ที่มี

โอกาสเสี่ยงต่อโรคร้ายออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มเอ กลุ่มบีและกลุ่มซี กลุ่มเอคือคนที่นิสซึโมโโเห็นแก่ตัว ชอบเยาะเย้ยถากถาง ชอบความรุนแรงไม่ไว้ใจผู้อื่น และชอบทำเรื่องง่ายให้เป็นเรื่องยาก กลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ กลุ่มบีคือคนที่สงบเสงี่ยม ขี้อาย กลุ่มนี้จะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำซึ่งเป็นผลจากระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูง ส่งผลให้เป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย ส่วนกลุ่มซีคือคนที่ชอบเก็บอารมณ์ความรู้สึก อุดหนุนอดกลั้น ไม่ชอบความขัดแย้ง กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง เพราะพยายามในการควบคุมอารมณ์ จะทำให้ร่างกาย Stress ฮอร์โมนสูงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดการแข็งตัวของผนังเซลล์หรือเนื้อเยื่อ รวมไปถึงรูมาตอยด์ ไชข้ออักเสบ และโรคผิวหนังเรื้อรัง (หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ, 2549)

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

ค่านิยมมีบทบาทสำคัญในการเป็นมาตรฐาน ควบคุม และกำหนดเป้าหมายแนวทางพฤติกรรมอีกทั้งเป็นแกนกลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจ บุคคลที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพสูงกล่าวคือ เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ย่อมมีการกระทำพฤติกรรมมากกว่าบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตและสุขภาพ นอกจากนั้นเพนเดอร์ (Pender 1987: 61) ได้อธิบายถึงการมีค่านิยมทางสุขภาพจะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกล่าวว่า การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น จากการศึกษาของดันน์ (Dunn 1980: 3433: A) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเกี่ยวกับสุขภาพและค่านิยมทางสุขภาพต่อความรู้และทัศนคติในการดูแลตนเองทางการแพทย์ของนักศึกษาวิชาเอกสุขภาพระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีใน โอเรดอน พบว่า นักศึกษาที่มีความสามารถทางวิชาการสูง มีพื้นฐานทางวิชาการดีและมีทัศนคติที่ดีจะมีค่านิยมต่อการดูแลสุขภาพตนเองในทางบวกและยอมรับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางการแพทย์ได้ดีกว่าซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของจินดาพรมลาย (2541: 167) พบว่าค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

การรับรู้ความสามารถของตน

การรับรู้ความสามารถของตนหมายถึงความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดระบบและกระทำกิจกรรม เพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนดได้ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) การรับรู้ความสามารถของตนมีบทบาทสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้

บุคคลที่รับรู้ความสามารถตนเองสูง จะมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล (Gecas 1989: 291 – 316) ไวท์เซล (Weitzel 1989: 99 – 104) ได้นำแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มลูกจ้างของมหาวิทยาลัยไม่ใช่วิชาชีพ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวอลล์เลอร์ โครวแซนด์ และเบกเกอร์ (Waller, Grow Sand and Backer 1988: 17 – 32) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ร่วมทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลที่ร่วมงานออกร้านเกี่ยวกับสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ความสามารถของตนเองของซีเลอร์และคณะ และเครื่องมือวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอลล์เลอร์และคณะ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ดีที่สุดต่อการมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมงานออกร้านเกี่ยวกับสุขภาพ และการศึกษาของเมอเลย์ และจาคอบสัน (Meauley and Jacobson, 1991: 185 – 191) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงจูงใจของตนเอง (Self – Motivation) และน้ำหนักของร่างกายว่าเป็นปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบแอโรบิกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในผู้หญิงที่มีอาชีพต้องนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะ จำนวน 55 คน จากการศึกษาพบว่ามีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุกัญญาไพฑโรถ (2540: 139) ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

การรับรู้สถานะสุขภาพของตน

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเป็นปัจจัยย่อยตัวหนึ่งซึ่งแสดงถึงความคิดของบุคคลที่สะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง (Speak 1987: 27) จากการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender 1987: 64) ได้ศึกษาในผู้ใหญ่ จำนวน 377 คนพบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมเพื่อบรรลุนิยามสุขภาพไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม เพนเดอร์ (Pender 1987: 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ตนเองมีสุขภาพดีจะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำ

กิจกรรมสุขภาพบ่อยกว่า และจริงจังกว่บุคคลกว่าบุคคลที่รับรู้ว่ตนสุขภาพไม่ดี จึงสอดคล้องกั การศึกษาของพิเชฐ เจริญเกษ (2540: 114) พบว่การรับรู้ว่สุขภาพมีความสัมพันธ์กัพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัศตรมสามัญศึกษา จังหวัดนครนายกและ สุักัญญา ไพทโสภณ (2540: 139) ซึ่งพบว่การรับรู้สถานะทางสุขภาพของตนมีความสัมพันธ์กัพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อุปสรรค (Barriers) หมายถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ (Cost) หรือสิ่งกัขัดขวางต่อการกระทำ พฤติกรรมสุขภาพ สตีฟเบอร์เกน และคณะ (Stuifbergen, et al. 1990) ได้รายงานการศึกษาว่การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กัการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger 1984: 32 – 37) พบว่ การรอ คอยนานๆ ทำให้เสียเวลาในการมาตรวจแต่ละครั้ง ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความไม่สุขสบาย จากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำว่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรค ขัขวางต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกัคำกล่าวของโรเซนสตอค (Rosenstock 1974: 330) ว่การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค นอกจากเขา จะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนี้มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตเขาแล้วยัง ขึ้นอยู่กัการคาดคะเนถึงอุปสรรคต่างๆ ของบุคคลนั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความทรมาณ จากการรักษาและบุคคลจะพิจารณาเลือกปฏิบัติในสิ่งว่เขาเชื่อว่มีผลดีมากกว่าผลเสีย จะเห็นว่ การรับรู้อุปสรรค เป็นสิ่งว่เกิดขึ้นที่อาจจะเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง เป็นเพียงสิ่งว่บุคคล รับรู้เท่านั้น ซึ่งจะส่งผลทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคที่ขัดขวางต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคมีได้หลายรูปแบบสามารถที่จะรับรู้ มองเห็นและประเมินได้ เช่น ค่า รักษาพยาบาล ความไม่ปกติสุขของร่างกาย ความยุ่งยากซับซ้อน และวิถีชีวิตว่เปลี่ยนแปลง การ กลัวเจ็บ หรือไม่สุขสบายต่างๆ จากการตรวจรักษา ล้วนมีผลกระทบต่อการใช้บริการตรวจ สุขภาพร่างกาย หรือการตรวจรักษาโรค จากการศึกษาของสุักัญญา ไพทโสภณ (2540: 139) พบว่ การรับรู้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และเบญจมาศ เจริญสุข (2541: ง) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยกัศตรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน ในเขตเทศบาลเมือง สุพรรณบุรี พบว่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวอธิบายความแปรปรวน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพและจะช่วยป้องกันความเจ็บป่วย ส่งเสริมการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991: 91-129) จากการศึกษาของพิเชฐ เจริญเกษ (2540: 117) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540: 143) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา แต่จากการศึกษาของ ทิพาพร กลมกล่อม (2538: 112) พบว่าพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง จังหวัดสมุทรปราการที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศ

นุชระพี สุทธิกุล (2540: ก) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร และใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูกลุ่มตัวอย่างเป็นครูชาย 79 คน และครูหญิง 281 คน รวม 300 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอนและเป็นสัดส่วนระหว่างครูชายและหญิง ทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ รายได้ครอบครัว และการมีโครงการ / กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์การจำแนกเพศ พบว่า ปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูโดยรวมทุกด้านได้ร้อยละ 36.5 และพบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูได้ดีที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพศ การศึกษา และทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

พิเชฐ เจริญเกษ (2540: ก – ข) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดนครนายก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน เป็นชาย 126 คน และหญิง 174 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเข้าได้แก่สถานภาพสมรส ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเอื้อพบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสำหรับปัจจัยเสริมพบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมทั้ง 3 กลุ่มสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31 ปัจจัยนำเข้าและเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาจังหวัดนครนายกได้ดีที่สุด คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ และสถานภาพสมรส รองลงมาได้แก่ปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลและปัจจัยเอื้อคือ การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพตามลำดับ

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540: ก – ข) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม โดยนำ PRECEDE – PROCEED Model และการวัดวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอกเกอร์ ชีคริสต์ และ เพนเดอร์ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และสุ่มเลือกโรงงานในแต่ละชั้นภูมิด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 400 คน เป็นชาย 68 คน หญิง 332 คน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่า รายได้ ระยะทางในการไปสนามกีฬา ระยะทางในการไปโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ การไปตลาด การไปศูนย์การค้า การไปสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเสริมคือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณ พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำเข้า สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 19.70 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยเอื้อ สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 11.00 สำหรับปัจจัยเสริมสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 10.90 สำหรับตัวแปรใน ปัจจัยนำเข้า ที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรในปัจจัยเอื้อ ที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดได้แก่รายได้ และตัวแปรเสริมที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จำนวน 390 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วมได้แก่ เพศ สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การมีนโยบาย กฎระเบียบในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดให้มีกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$)

จินตนา พรหมลาย (2541: ง) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย และใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 304 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ สถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและประสบการณ์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) และปัจจัยทั้งสามร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารได้ดีที่สุดร้อยละ 40.7 และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ เพศ ซึ่งหน่วยงานควรจะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

เบญจมาศ เจริญสุข (2541: ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนในการเลือกประชาชนวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนวัยกลางคนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำคือ ด้านการออกกำลังกายและการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ปัจจัยปรับเปลี่ยนและปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้มีอิทธิพลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนได้ร้อยละ 53.5 โดยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ปัจจัยด้านสถานการณ์ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนและอาชีพ ตามลำดับ

ประสงค์ ชีรพงศ์ภักดิ์ (2541: ง) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นครูชาย 118 คน หญิง 278 คน รวม 396 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยตัวแปรค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ($r = 0.6279$) ปัจจัยเอื้อได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน และสภาพแวดล้อมภายนอกโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้สถานะสุขภาพ เพศ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา ได้ร้อยละ 49.27

วาสนา สารการ (2544: จ - จ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป อำเภอสนักำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย

เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่เหมาะสม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมที่อยู่ในระดับไม่เหมาะสมได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และโภชนาการ ส่วนด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีพฤติกรรมที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 17.40 ($p < 0.01$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ

เพนเดอร์และคณะ (Pender, Walker, Sechrist, Stromborg 1990: 326 – 332) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987: 58) เลือกศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในบริษัทที่มีคนงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วย กิจกรรม การบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ใช้วิธีการเลือกโดยความสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนต่ำที่สุดคือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นอีก 3 เดือนต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน มีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ปัจจัยด้านความรู้การรับรู้และปัจจัยร่วม สามารถทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.0

ไฮเจวีและเบอร์นาร์ด (Ahijevych and Bernard 1994: 86 – 89) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ โดยเปรียบเทียบกับการศึกษาของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เคยศึกษาตัวอย่างเป็นหญิงผิวดำ จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่

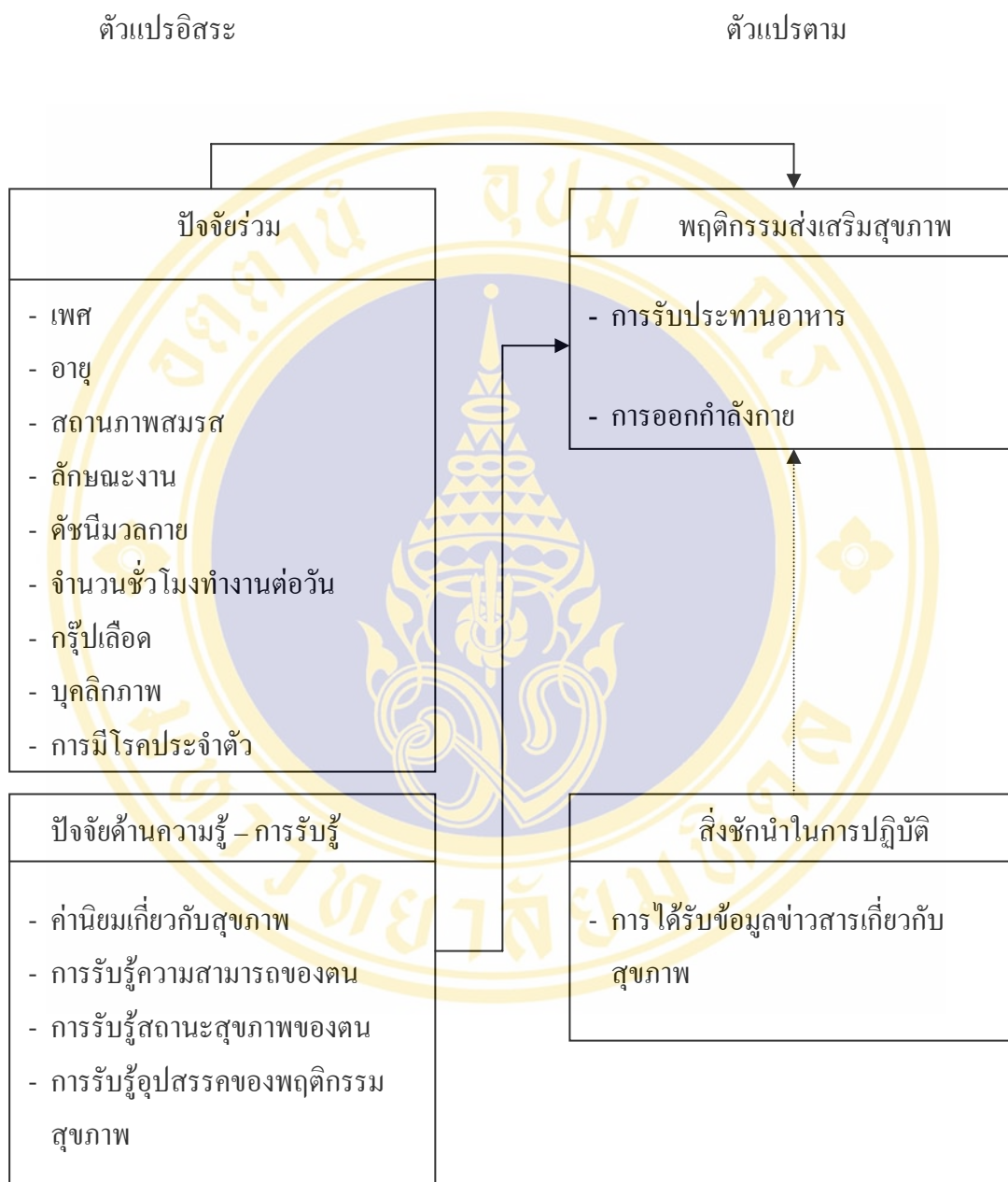
ส่งเสริมสุขภาพของวอกเกอร์และคณะ (Walker et al. 1987) จำนวน 48 ข้อ โดยจะมีคำถามที่ใช้วัดความถี่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (self actualization) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ด้านการรับประทานอาหาร (nutrition) ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน (interpersonal support) และด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ความแตกต่างของลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ดังนี้ อายุ ($r = .21$) จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ($r = .16$) จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ($r = .21$) รายได้ ($r = .22$) ประวัติการมีโรคประจำตัว ($r = .21$) และอาชีพ ($r = .21$) ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 12 ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ (ร้อยละ 5.8) ประวัติการมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 4.3) อาชีพ (ร้อยละ 2.3) ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และจำนวนผู้อาศัยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่า ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลัสก์ เคอร์และโรนีส (Lusk, Kell and Ronis 1995: 20 – 24) ศึกษาแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขายและระดับคนงาน ตัวอย่าง เป็นคนที่ทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health – Promoting Lifestyle Profile) จำนวน 48 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรหลายตัว (MANOVA) ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียดและเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน พบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับบริหาร

มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ทำงานระดับคนงานนั้น พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกตามชนชาติโดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาว และชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาห้วกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และเพศที่ต่างกันจะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาห้วกัน ด้านการศึกษา พบว่าคนที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าส่วน สถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษาปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 3

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

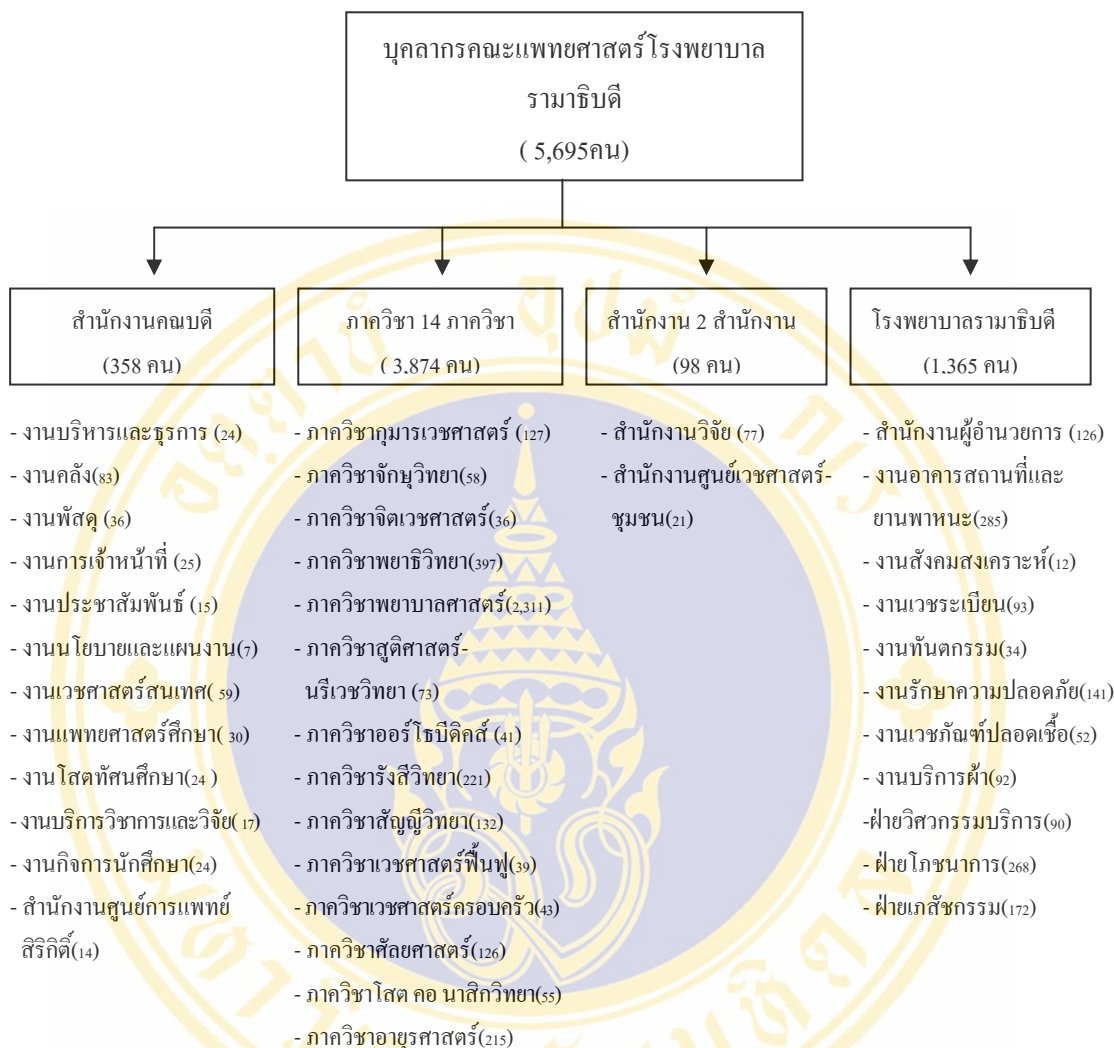
รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 5,695 คน จาก 4 ส่วนคือสำนักงานคณบดี ภาควิชา 14 ภาควิชา สำนักงาน 2 สำนักงานและโรงพยาบาลรามาธิบดีดังนี้



การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแดเนียล (Daniel 1987:155) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} N P (1- P)}{Z^2_{\alpha/2} P (1- P) + Nd^2}$$

ซึ่งใช้ประมาณขนาดตัวอย่างแบบง่าย เมื่อทราบจำนวนประชากรแน่ชัด

n = ขนาดตัวอย่างจำนวนประชากร

N = ขนาดประชากรที่ทราบแน่ชัด

d = ค่าความผิดพลาดที่แท้จริงที่ยอมให้เกิดได้สูงสุดในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน
 $5\% = 0.05$

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่
 กำหนดคือ 1.96 เมื่อ $\alpha_2 = 0.025$

P = เป็นสัดส่วนประชากรที่ไม่ทราบค่า ซึ่งเท่ากับค่าร้อยละของตัวแปร
 ตามที่ได้จากการศึกษานำร่องในพฤติกรรมแต่ละด้านดังนี้

ด้านการรับประทานอาหาร $P = 0.60$ (n_1)

ด้านการออกกำลังกาย $P = 0.317$ (n_2)

แทนค่าสูตร

$$n_1 = \frac{(1.96)^2 \times 5695 (0.60) (0.40)}{(1.96)^2 \times (0.60) (0.40) + 5692(0.05)^2} = 347$$

$$n_2 = \frac{(1.96)^2 \times 5695 (0.317) (0.683)}{(1.96)^2 \times (0.317) (0.683) + 5692(0.05)^2} = 315$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างใน 2 ด้าน ขนาดตัวอย่างต่ำสุด ที่ได้จากการคำนวณคือ
 315 คน แต่ในการปฏิบัติจริงได้เก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 400 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการ
 ผิดพลาดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ(Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 สำนักงานคณบดี
- กลุ่มที่ 2 ภาควิชา 14 ภาควิชา
- กลุ่มที่ 3 สำนักงาน 2 สำนักงาน
- กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลรามารักษ์

2. หาขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยใช้อัตราส่วนตามสูตรหา Sample Size For
 Proportion Allocation ตามสูตรดังนี้

$$n_h = \frac{n \times N_h}{N}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N_h = ขนาดของประชากรในแต่ละกลุ่ม

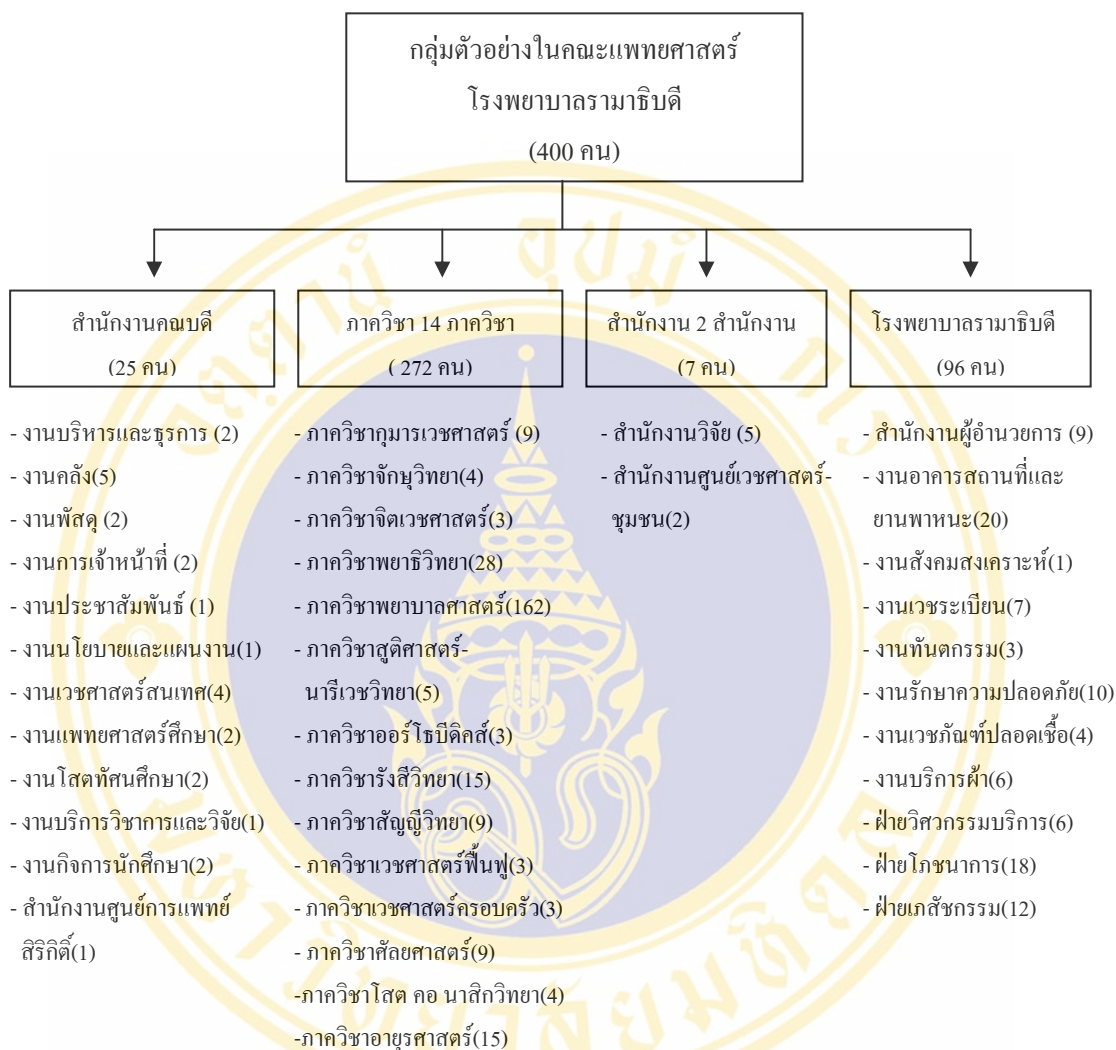
N = ขนาดของประชากร

n_h = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

คำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มตามสูตร ได้จำนวนขนาดตัวอย่างดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน(คน)
สำนักงานคณบดี	358	25
ภาควิชา 14 ภาควิชา	3,874	272
สำนักงาน 2 สำนักงาน	98	7
โรงพยาบาลรามารับดี	1,365	96
รวม	5,695	400

คำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละส่วนตามสูตร ได้จำนวนขนาดตัวอย่างดังนี้



3. เลือกตัวอย่างในแต่ละส่วนโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้สูตรกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling Interval)

$$k = N/n$$

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดตัวอย่าง

หลังจากนั้นสุ่มตัวเลขที่เสี่ยงทายเริ่มต้นของแต่ละกลุ่ม โดยสุ่มตัวเลขมา 1 ตัวที่มีค่าระหว่าง I และ K เช่นให้ I เป็นตัวเลขเสี่ยงทายเริ่มต้นที่สุ่มมาได้ ดังนั้นจะได้ตัวอย่างเป็น

$$I, I+K, I+2K, I+3K, \dots, (n-1)K$$

$$\begin{aligned} \text{ยกตัวอย่างการสุ่มรายชื่อของฝ่ายวิศวกรรมบริการ} \quad k &= 90/6 \\ &= 15 \end{aligned}$$

สุ่มตัวเลขวมา 1 ตัว ระหว่าง 1 ถึง 15 สุ่มได้หมายเลข 1 ดังนั้นรายชื่อที่ถูกเลือกคือคนที่
1, 1+15, 1+30, 1+45,.....เรื่อยๆ ไปจนครบ 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือแบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบประเมินบุคลิกภาพเจ เอ เอส ของเจนกินส์และคณะ (Jenkins, et. al. 1967)

1. แบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน
ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด การมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ
ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ข้อคำถามมีเฉพาะเชิงบวก มี 5 ตัวเลือก
โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีช่วงคะแนน 10-50 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การวัดการแปลผลคะแนนรวม โดยใช้คะแนนจากค่ากลางกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3
ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538: 10)

ระดับต่ำ(น้อยกว่าร้อยละ60)	คะแนนอยู่ในช่วง	10-33	คะแนน
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่างร้อยละ60-80)	คะแนนอยู่ในช่วง	34-42	คะแนน
ระดับสูง(มากกว่าร้อยละ80)	คะแนนอยู่ในช่วง	43-50	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน
10 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ข้อคำถาม มีเฉพาะเชิงบวกมี 5
ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีช่วงคะแนน 10-50 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การวัดการแปลผลคะแนนรวม โดยใช้คะแนนจากค่ากลางกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538: 10)

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ในช่วง	10-33	คะแนน
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่างร้อยละ 60-80)	คะแนนอยู่ในช่วง	34-42	คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	คะแนนอยู่ในช่วง	43-50	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สถานะสุขภาพของตนประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) มี 5 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีช่วงคะแนน 10-50 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การวัดการแปลผลคะแนนรวม โดยใช้คะแนนจากค่ากลางกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538: 10)

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ในช่วง	10-33	คะแนน
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่างร้อยละ 60-80)	คะแนนอยู่ในช่วง	34-42	คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	คะแนนอยู่ในช่วง	43-50	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ข้อคำถามมีเฉพาะเชิงลบ มี 5 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีช่วงคะแนน 8-40 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ใช้อย่างแน่นอน	1
ใช่	2
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	3
ไม่ใช่	4
ไม่ใช้อย่างแน่นอน	5

การวัดการแปลผลคะแนนรวม โดยใช้คะแนนจากค่ากลางกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538: 10)

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ในช่วง	8-26	คะแนน
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่างร้อยละ 60-80)	คะแนนอยู่ในช่วง	27-33	คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	คะแนนอยู่ในช่วง	34-40	คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ข้อคำถามมีเฉพาะเชิงบวก มี 3 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีช่วงคะแนน 0-24 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ได้รับเป็นประจำ	2
ได้รับเป็นบางครั้ง	1
ไม่ได้รับเลย	0

การวัดการแปลผลคะแนนรวม โดยใช้คะแนนจากค่ากลางกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538: 10)

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ60)	คะแนนอยู่ในช่วง	0-13	คะแนน
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่างร้อยละ60-80)	คะแนนอยู่ในช่วง	14-19	คะแนน
ระดับสูง(มากกว่าร้อยละ80)	คะแนนอยู่ในช่วง	20-24	คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) มี 5 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีช่วงคะแนน 10- 50 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	4	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3	3
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	2	4
ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

การวัดแปลผลคะแนนรวม โดยใช้คะแนนจากค่ากลางกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538: 10)

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ60)	คะแนนอยู่ในช่วง	10-33	คะแนน
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่างร้อยละ60-80)	คะแนนอยู่ในช่วง	34-42	คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ80)	คะแนนอยู่ในช่วง	43-50	คะแนน

2. แบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส (JAS)

สำหรับแบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส (JAS = Jenkins Activity Survey) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินบุคลิกภาพของเจนกินส์และคณะ (Jenkins, et. al. 1967) ซึ่งจริยา ตันติธรรม (2536) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงใหม่โดย อูมา จันทวิเศษ (2538) ใช้สำหรับประเมินบุคลิกภาพแบบเอ ที่มีลักษณะบุคลิกที่ชอบการแข่งขัน ริบเร่ง ไม่อดทน ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร มีความทะเยอทะยาน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุดดังนี้ เป็นจริงเกือบตลอดเวลาให้ 4 คะแนน เป็นจริงบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน เป็นจริงน้อยมากให้ 2 คะแนน ไม่เป็นจริงเลยให้ 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 10-40 คะแนน เจนกินส์ให้ตัดสินบุคลิกภาพแบบเอ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบไม่ไขว่ คะแนนมากกว่า 20

หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบเอ คะนั้นยังสูงแสดงว่ามีบุคลิกภาพแบบเอสูงและมีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการวิจัยอย่างกว้างขวาง

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากตำรา ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม ที่จะใช้ศึกษาวิจัยเพื่อให้มีความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย
3. ดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม รวมทั้งกำหนดเกณฑ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง
4. ติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส (JAS = Jenkins Activity Survey) ของเจนกินส์และคณะ (Jenkins, et. al. 1967) ซึ่งจริยา ดันติธรรม (2536) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงใหม่โดยอุมมา จันทวิเศษ (2538) จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอประธานและกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของภาษาก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ
6. นำเครื่องมือไปทดสอบ โดยนำไปสอบถามในกลุ่มที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงและทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางสถิติ

ผลการทดสอบเครื่องมือ

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

1. แบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82
2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

3. แบบสอบถามการรับรู้สถานะสุขภาพของตน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.69
4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.77
5. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.88
6. แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.79

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ติดต่อทำเรื่องขอจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. ติดต่อประสานกับงานการเจ้าหน้าที่ขอรายชื่อบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อนำมาเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
4. ติดต่อขอความร่วมมือจากภาควิชาและสำนักงานต่างๆของโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและได้นัดหมายวันไปเก็บแบบสอบถามคืน โดยส่งแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด
6. ผู้วิจัยกลับไปเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 340 ฉบับจึงเก็บข้อมูลเพิ่มจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งไม่ใช่คนเดิมที่ตอบแบบสอบถามไปแล้ว จนได้แบบสอบถามครบ 400 ฉบับ
7. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และนำคะแนนไปวิเคราะห์ ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้มาทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาลงรหัสของข้อมูลและประมวลผลข้อมูล ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ดัชนีมวลกาย กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่และร้อยละ

1.2 ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ สิ่งชักนำในการปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ สิ่งชักนำในการปฏิบัติ กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้การทดสอบค่าที (t – test), การทดสอบค่าเอฟ (F – test) และ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

ในการศึกษาความสัมพันธ์ครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร (Bivariate) หรือเรียกว่าสหสัมพันธ์ (Correlation) โดยศึกษาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แทนด้วยสัญลักษณ์ r ซึ่งจะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 โดยค่านี้จะเปลี่ยนไปตามลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังนี้ (ไข่มุก วิเชียรเจริญ 2534: 161)

(1) ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีลักษณะที่มีค่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะมีค่าเป็นบวก

(2) ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีลักษณะที่มีค่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงสวนกับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะมีค่าเป็นลบ

(3) ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีลักษณะที่ไม่มีรูปแบบแน่นอนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะมีค่าน้อยหรืออาจเป็นศูนย์

สำหรับการพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้

(1) เมื่อ r มีค่า 0.8 ขึ้นไป

ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

(2) เมื่อ r มีค่า 0.6 – 0.8

ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง

- | | |
|----------------------------------|--|
| (3) เมื่อ r มีค่า $0.4 - 0.6$ | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง |
| (4) เมื่อ r มีค่า $0.2 - 0.4$ | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ |
| (5) เมื่อ r มีค่าต่ำกว่า 0.2 | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ |

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวน ชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว

ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน การมีโรคประจำตัว ใช้การทดสอบค่าที (t – test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ตัวแปร กรู๊ปเลือด ใช้การทดสอบค่าเอฟ (F – test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ตัวแปร อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน บุคลิกภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

เนื่องจากตัวแปรของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำในการปฏิบัติมี ระดับการวัดเป็นแบบช่วง (Interval Scale) จึงใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การนำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ นำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว
2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ
4. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยร่วม

กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25 - 35 ปี ร้อยละ 52.2 รองลงมาอยู่ระหว่าง 36 - 45 ปี ร้อยละ 20.3 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.0 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.0 ลักษณะงานกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ร้อยละ 22.0 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 18.5 มีดัชนีมวลกายในภาวะปกติ ร้อยละ 48.8 รองลงมาอยู่ในภาวะผอม ร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.8 รองลงมาทำงาน 12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 17.2 มีกรู๊ปเลือดโอ ร้อยละ 37.8 รองลงมามีกรู๊ปเลือดบี ร้อยละ 35.7 มีบุคลิกภาพแบบเอ ร้อยละ

68.5 และมีบุคลิกภาพแบบไม่ใส่ใจ ร้อยละ 31.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.2 โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 21.7 รองลงมา เป็นโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 14.0 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.5 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วม

ปัจจัยร่วม	จำนวน (คน) n= 400	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	18.0
หญิง	328	82.0
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	44	11.0
25 – 35 ปี	209	52.2
36 – 45 ปี	81	20.3
46 – 55 ปี	54	13.5
55 ปี ขึ้นไป	12	3.0
Mean = 34.6 ปี SD. = 9.22 ปี Min 20 ปี Max 60 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	212	53.0
คู่	172	43.0
หม้าย	7	1.8
หย่า แยก	9	2.2
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 20 กก./เมตร ²	131	32.8
20 - 25กก./เมตร ²	195	48.8
มากกว่า 25กก./เมตร ²	74	18.4
Mean = 22.1 กก./เมตร ² SD. = 3.77 กก./เมตร ² Min 13.8 กก./เมตร ² Max 40.0 กก./เมตร ²		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วม (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	จำนวน (คน) n= 400	ร้อยละ
ลักษณะงาน		
แพทย์	30	7.5
พยาบาล	88	22.0
ผู้ช่วยพยาบาล	74	18.5
เภสัชกร	7	1.8
ทันตแพทย์	4	1.0
พยาบาลวิทย์	17	4.2
รังสีวิทยา	11	2.8
ธุรการ	61	15.2
คนงาน	34	8.5
อื่นๆ	74	18.5
ชั่วโมงทำงานต่อวัน		
ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน	303	75.8
ทำงาน 12 ชั่วโมงต่อวัน	69	17.2
ทำงาน 16 ชั่วโมงต่อวัน	11	2.8
อื่น ๆ	16	4.2
กลุ่มเลือด		
กรุ๊ปเอ	79	19.8
กรุ๊ปบี	143	35.7
กรุ๊ปเอบี	27	6.7
กรุ๊ปโอ	151	37.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยร่วม (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	จำนวน (คน) n= 400	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	247	61.8
มี ระบุโรคได้มากกว่า 1 โรค	153	38.2
โรคหัวใจ	2	0.5
โรคเบาหวาน	27	6.7
โรคความดันโลหิตสูง	50	12.5
โรคภูมิแพ้	87	21.7
โรคกระเพาะอาหาร	56	14.0
โรคกระดูกและข้อ	30	7.5
บุคลิกภาพ		
≤ 20 คะแนน (บุคลิกภาพแบบไม่ใส่ใจ)	126	31.5
> 20 คะแนน (บุคลิกภาพแบบเอ)	274	68.5
Mean = 22.6 SD. = 4.37 Min 10 Max 40		

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

2.1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 32.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.11

2.2 การรับรู้ความสามารถของตน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.2 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 2.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.16

2.3 การรับรู้สถานะสุขภาพของตน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สถานะสุขภาพของตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.5 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 9.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 35.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.24

2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.0 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้	จำนวน(คน) n=400	ร้อยละ	Mean	SD.
ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ			32.6	8.11
ระดับต่ำ (< 60%)	225	56.3		
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	126	31.5		
ระดับสูง (> 80%)	49	12.2		
การรับรู้ความสามารถของตน			29.8	6.16
ระดับต่ำ (< 60%)	293	73.3		
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	97	24.2		
ระดับสูง (> 80%)	10	2.5		
การรับรู้สถานะสุขภาพของตน			35.7	5.24
ระดับต่ำ (< 60%)	130	32.5		
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	232	58.0		
ระดับสูง (> 80%)	38	9.5		
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ			27.5	5.71
ระดับต่ำ (< 60%)	156	39.0		
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	194	48.5		
ระดับสูง (> 80%)	50	12.5		

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งชักนำในการปฏิบัติ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 45.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 และอยู่ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 12.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งชักนำในการปฏิบัติ

สิ่งชักนำในการปฏิบัติ	จำนวน(คน) n=400	ร้อยละ	Mean	SD.
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ			14.4	4.47
ระดับต่ำ (< 60%)	181	45.2		
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	168	42.0		
ระดับสูง (> 80%)	51	12.8		

4. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 และอยู่ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 2.3 (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย	จำนวน(คน) n=400	ร้อยละ	Mean	SD.
ระดับต่ำ (< 60%)	256	64.0	31.5	5.54
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	135	33.7		
ระดับสูง (> 80%)	9	2.3		

5. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.8 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.8 และอยู่ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 7.4 (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร	จำนวน(คน) n=400	ร้อยละ	Mean	SD.
ระดับต่ำ (< 60%)	163	40.8	21.14	3.30
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	207	51.8		
ระดับสูง (> 80%)	30	7.4		

6. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 80.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.1 และอยู่ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 7.4 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน(คน) n=400	ร้อยละ	Mean	SD.
ระดับต่ำ (< 60%)	322	80.5	10.36	3.99
ระดับปานกลาง (60 - 80%)	48	12.1		
ระดับสูง (> 80%)	30	7.4		

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และสิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว

ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน การมีโรคประจำตัว ใช้การทดสอบค่าที่ (t - test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ตัวแปร กรู๊ปเลือด ใช้การทดสอบค่าเอฟ (F - test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ตัวแปร อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน บุคลิกภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ดังนั้นจึงแยกการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน

ผลการวิจัยพบว่า

7.1.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพศชายและหญิงมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน (t = 1.562, p- value = 0.119) (ดังแสดงในตารางที่ 7)

7.1.2 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คนที่มีคู่หรือโสด หมาย

หย่า/แยก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($t = -0.784$, $p\text{-value} = 0.434$) (ดังแสดงในตารางที่ 7)

7.1.3 ลักษณะงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยหรือผู้ที่ทำงานไม่ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ($t = -0.225$, $p\text{-value} = 0.822$) (ดังแสดงในตารางที่ 7)

7.1.4 การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คนที่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ($t = -0.897$, $p\text{-value} = 0.371$) (ดังแสดงในตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความแตกต่างระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัวและลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ข้อมูล	Mean	SD	t-test	p-value
เพศ			1.562	0.119
ชาย	32.42	4.95		
หญิง	31.29	5.65		
สถานภาพสมรส			-0.784	0.434
โสด หม้าย หย่า/แยก	31.31	5.96		
คู่	31.74	4.93		
การมีโรคประจำตัว			-0.897	0.371
มี	31.30	5.42		
ไม่มี	31.80	5.72		
ลักษณะการทำงาน			-0.225	0.822
แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร	31.43	5.80		
ทันตแพทย์				
พยาบาลวิชาชีพ รังสีวิทยา ชูรการ คนงาน และอื่นๆ	31.56	5.27		

7.1.5 กรู๊ปเลือด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คนกรู๊ปเลือดเอ กรู๊ปเลือดบี กรู๊ปเลือดเอบีและกรู๊ปเลือดโอ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ($F = 2.152$, $p\text{-value} = 0.093$) (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความแตกต่างกรู๊ปเลือดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

กรู๊ปเลือด	n=400	Mean	SD	F-test	p-value
กรู๊ปเลือด A	79	30.56	6.09		
กรู๊ปเลือด B	143	31.42	5.60		
กรู๊ปเลือด AB	27	30.33	3.91		
กรู๊ปเลือด O	151	32.26	5.35		
รวม	400	31.50	5.54	2.152	0.093

7.1.6 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.135 (ดังแสดงในตารางที่ 9)

7.1.7 บุคลิกภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ($P\text{-value} = 0.100$) (ดังแสดงในตารางที่ 9)

7.1.8 ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ($P\text{-value} = 0.788$) (ดังแสดงในตารางที่ 9)

7.1.9 จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ($P\text{-value} = 0.134$) (ดังแสดงในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยร่วม	r	P-value
อายุ	0.135	< 0.01
บุคลิกภาพ	- 0.088	0.100
ดัชนีมวลกาย	- 0.013	0.788
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	- 0.075	0.134

7.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

เนื่องจากตัวแปรของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย มีระดับการวัดเป็นแบบช่วง (Interval Scale) จึงใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.01$) โดยที่ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายในระดับค่อนข้างสูง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.630 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายในระดับปานกลาง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.446 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้สถานะสุขภาพของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับค่อนข้างต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.328 และ 0.296 ตามลำดับ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายในระดับต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.142 (ดังแสดงในตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรม การรับประทานอาหารและออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้	r	P-value
ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ	0.328	< 0.01
การรับรู้ความสามารถของตน	0.630	< 0.01
การรับรู้สถานะสุขภาพของตน	0.296	< 0.01
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ	0.446	< 0.01
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ	0.142	< 0.01

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross – Sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามรูปแบบการประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 400 คน ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2551 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบค่าที (t – test), การทดสอบ ค่าเอฟ (F – test) และสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการทำวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25 - 35 ปี ร้อยละ 52.2 รองลงมาอายุระหว่าง 36 - 45 ปี ร้อยละ 20.3 มีสถานภาพโสดร้อยละ 53.0 รองลงมามีสถานภาพสมรสร้อยละ 43.0 ลักษณะงานเป็นพยาบาลร้อยละ 22.0 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 18.5 มีดัชนีมวลกายในภาวะปกติร้อยละ 48.8 รองลงมาอยู่ในภาวะพุงร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 75.8 รองลงมาทำงาน 12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 17.2 มีกรู๊ปเลือดโอร้อยละ 37.8 รองลงมามีกรู๊ปเลือดบีร้อยละ 35.7 มีบุคลิกภาพแบบเอร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.2 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ร้อยละ 21.7 รองลงมาเป็นโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 14.0 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.5

2. ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 56.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 และระดับสูง ร้อยละ 12.2

3. การรับรู้ความสามารถของตน

ผลการศึกษา พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.2 และระดับสูง ร้อยละ 2.5

4. การรับรู้สถานะสุขภาพของตน

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการรับรู้สถานะสุขภาพของตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.5 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 9.5

5. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.0 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.5

6. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 และระดับสูง ร้อยละ 12.8

7. การปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 และระดับสูง ร้อยละ 2.3

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และสิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

8.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว

พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ($P - \text{value} < 0.01$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

8.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ

พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ($P - \text{value} < 0.01$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ($P - \text{value} < 0.01$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

อภิปรายผลของการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991: 238: 241) ที่กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร่างกายไม่ได้นำพลังงานไปใช้ในการเจริญเติบโต จึงมีการสะสมไขมันในร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยและโรคภัยไข้เจ็บ

ต่างๆ ได้ง่าย จึงทำให้ต้องใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 34 ปี ทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาก จึงทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ผาสุข (2535: 102) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 141) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และการศึกษาของจินดา พรหมลาย (2541: 154) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย

1.2 เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน และจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender: 1987) ที่ว่าปัจจัยทางประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้ ภายในตัวบุคคล จากการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et. al. 1993: 132-138) ซึ่งได้ทำการทดสอบแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าปัจจัยทางประชากรหรือปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะงาน มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่จากการศึกษารุ่นนี้ พบว่าเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน และจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป เพศหญิงและเพศชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทำงานนอกบ้านเหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นคู่หรือโสด/หม้าย/หย่า/แยก หรือทำงานลักษณะต่างกัน ใช้เวลาทำงานต่อวันต่างกัน ก็ต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงานและรับผิดชอบดูแลชีวิตตนเองเหมือนกัน ซึ่งในการปฏิบัติงานมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่แล้วเหมือนกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2541: ก) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และการศึกษาของจินดา พรหมลาย (2541: 154) พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ก) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหารและออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของสปีก โควาท์ เพลเลท (Speak, Cowart Pellet 1989: 93 – 100) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต นอกจากนี้การศึกษาของ สุทธนิจ หุณฑสาร (2539: 158) และจूरี่รัตน์ เพชรทอง (2540: 189) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนนทบุรี และข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา พรหมลาย (2541: 155) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพัฒนาการเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสุกวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 144) ที่พบว่าสถานะภาพการสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของพิเชฐ เจริญเกษ (2540: 112) และประสงค์ ชีรพงศ์ภักดิ์ (2541:156) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครนายกและในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ดัชนีมวลกาย กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ขัดแย้งกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender: 1987) ที่ว่าปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงหรือความสมดุลของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำ ในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539: 126) ที่พบว่า ดัชนีน้ำหนักร่างกายไม่มีความสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินตนา พรหมลาย (2541: 156) พบว่า ดัชนีน้ำหนักร่างกาย ไม่มีความสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพของพัฒนาการ เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของจूरี่รัตน์ เพชรทอง (2540: 90) ที่พบว่า ดัชนีน้ำหนักร่างกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนาการ เขตที่ 3 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ(2540: 143) พบว่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกรู๊ปเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาวิจัยของแพทย์ชาวอเมริกันที่พบว่า การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับกรู๊ปเลือด จะช่วยสร้างสมดุลที่ดีให้กับร่างกาย และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของโกชแมน (Gochman, 1988: 4) ที่กล่าวว่าผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่นการจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2.1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.328$, $P - \text{value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender: 1987) ที่ว่าการมีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพจะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกล่าวว่าการที่บุคคลให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธนิจ หนูทสาร (2539: 159) ที่พบว่าค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่นเดียวกับ นุชระพี สุทธิกุล (2540: ก – ข) จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540: 192) สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ก – ข) ที่พบว่าค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การรับรู้ความสามารถของตน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.630$, $P - \text{value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 แสดงว่าบุคลากรที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับค่อนข้างดีเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ทักษะและความสามารถของตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและถูกต้อง บุคคลที่มีความรู้สึกในความสามารถของตนเองและมีทักษะในการกระทำ จะเป็นสิ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บรรลุถึงเป้าหมายมากกว่าบุคคลที่คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถและทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537: ก) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธนิจ หนูทสาร (2539: 161) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ วอลเลอร์ โคเวนซ์ และเบคเกอร์ (Waller, Crow Sands & Becker, 1988: 17 – 32) ได้ทำการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของเมคคอลเลย์ และจาคอบสัน (MC Auley & Jacobson, 1991: 188 – 199) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย นอกจากนี้การศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 144) จินตนา

พรมลาย (2541: 158) ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การรับรู้สถานะสุขภาพของตน พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.296$, $P - \text{value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สถานะสุขภาพของตน มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการส่งเสริมสุขภาพ และความตั้งใจให้มีความสำคัญกับการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี จะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรม เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าและจริงจังกว่าการรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pender: 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiaensen Cited in Pender 1987: 61) ที่พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดี จะมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของดิชแมนและคณะ (Dishman, et al. Cited in Pender 1987: 64) ที่พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สุขภาพที่ดี มักมีส่วนเกี่ยวข้องในการเพิ่มความเป็นไปได้ของพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender 1987: 64) ศึกษาในผู้ใหญ่พบว่า การรับรู้ภาวะทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความตั้งใจที่จะมีเพื่อบรรลุนโยบายไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของจูรีรัตน์เพชรทอง (2540: 193) วนลดา ทองใบ (2540: 168) สมพล วิมาลา (2540: 230) สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 145) จินตนา พรมลาย (2541: 158) ซึ่งพบว่าการรับรู้สถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หนูทสาร (2539:160) ที่พบว่าการรับรู้สถานะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบทจังหวัดนนทบุรี

2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง ($r = 0.446$, $P - \text{value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดคะเนก็ได้ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 1987) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพน้อยและมี การรับรู้อุปสรรคมาก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก็จะเกิดขึ้นยาก แต่ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากและมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้ม ที่จะปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539: 163) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนนทบุรี และการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 122) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุรีรัตน์ เพชรทอง (2540: 195) นุชระพี สุทธิกุล (2540: ก) ซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ในระดับต่ำ ($r = 0.142$, $P - \text{value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ เปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.2) อาจเพราะ ในการปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพอยู่แล้ว ในชีวิตประจำวันมีความรู้ทางสุขภาพดีอยู่แล้ว และประเด็นที่สอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น mass media ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากการสนทนาหรือพูดคุยกัน การประชุมวิชาการ การทำ conference การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพก่อนให้คำแนะนำ ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพไปด้วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.2) และพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539: 163) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน และการศึกษาของจุรีรัตน์ เพชรทอง (2540: 196) นุชระพี สุทธิกุล (2540: ก) จินตนา พรมลาย (2541: ง) ซึ่งพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์เทพ เกตุไสว (2544: 150) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดปทุมธานี พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดปทุมธานี ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรมากที่สุด ดังนั้นในการจัดโครงการ/กิจกรรม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ควรใช้แนวคิดการพัฒนาความสามารถของตนเองมาใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น การใช้ตัวแบบทางบวก การลงมือปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้คำพูดชักจูงจากหัวหน้างาน การสร้างบรรยากาศในการออกกำลังกายที่รื่นรมย์ เป็นต้น

2. จากผลการวิจัย พบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร โดยจัดโครงการ/กิจกรรมที่มีความหลากหลายในระดับที่บุคลากรสามารถปฏิบัติได้และการปฏิบัตินั้นจัดให้มีระบบต่อเนื่องและจริงจัง เช่น ด้านการรับประทานอาหาร จัดให้มีโรงอาหาร/ร้านอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และจัดให้มีบริการอาหาร/จำหน่ายอาหารสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย จัดตั้งชมรมกีฬาขึ้น ตามประเภทที่บุคลากรสนใจและส่งเสริมให้บุคลากรเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีการแข่งขันกีฬาภายใน ให้สิทธิพิเศษหรือการยกย่องแก่ผู้เป็นนักกีฬา เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรตื่นตัวในการออกกำลังกายมากขึ้น

3. จากผลการวิจัย พบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้บุคลากร ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น การจัดกลุ่มสุขภาพ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบอื่น เช่น PRECEDE – PROCEED FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีนอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษามา

2. ควรทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรให้เหมาะสม ตามปัจจัยที่ได้จากการสำรวจพร้อมทั้งติดตาม

ประเมินถึงประสิทธิผลของรูปแบบนั้นๆ ว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้หรือไม่ เช่น ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของคน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. ควรทำการศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการ รับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติม

4. ในส่วนแบบสอบถามสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ควรเพิ่มการถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพ จากการสนทนาพูดคุยในกลุ่ม การประชุมวิชาการ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทำงานด้านสุขภาพ

5. ควรมีการศึกษาวุฒิกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านการจัดการกับ ความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี ในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติม

6. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่นการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมชัดเจนยิ่งขึ้น

7. ควรมีการศึกษาในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเฉพาะ เช่น กลุ่มพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจง

8. ควรมีการศึกษานุคลิกภาพ โดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพนพลักษณ์ของนายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ เพื่อศึกษาในด้านบุคลิกภาพให้ละเอียดขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
(FACTORS RELATED TO FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE BEHAVIOR
AMONG PERSONNEL, FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI
HOSPITAL)

รสรินทร์ แก้วตา 4637228 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปรียา ตันสกุล, ค.ด., วงเดือน ปั่นดี, ส.ด.,
ดรุณี ชูณหะวัต, ค.ม.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable chronic diseases) จากการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของประชากรโลกโดยประเมินจากดัชนีภาระโรคทั้งในแง่การตายก่อนวัยอันควรและการะของการเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลและรักษาโดยรวมแล้วพบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญ คือโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง (วงสวาท โกศลวัฒน์, 2548: 6)

สำหรับประเทศไทย คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง กันมากขึ้นกว่าเดิม สถิติอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 292 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2543 เป็น 451 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 257 เป็น 381 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็ง เพิ่มขึ้นจาก 72 คน เป็น 102 คนต่อประชากรแสนคนในเวลา 3 ปีทุกๆ 6 นาที มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคเบาหวาน 1 คน ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคและการขาดการออกกำลังกาย เช่น การบริโภคอาหาร หวานเกินไป มันเกินไป เค็มเกินไป รับประทานเครื่องดื่มที่ปรุงแต่งเกินธรรมดา การใช้ชีวิตสบายเกินไป นั่งๆ นอนๆ มากเกินไป ไม่ได้ใช้ร่างกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องทุ่นแรงในชีวิตประจำวันมากมาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548:

10–11) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสิ้นสอดคล้องกับรายงานของจันทรพีญ ชูประภาวรรณ (2546: 25)

จากการศึกษาของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในเรื่องสถานะการณ์ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนโดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม – 6 มิถุนายน 2547 ในพื้นที่ 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ นครราชสีมา สงขลา และสมุทรปราการ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างขาดการออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 59.64 โดยกลุ่มตัวอย่างมีเงื่อนไขและเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอได้ เนื่องจาก ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่สะดวกใกล้บ้าน ขาดกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ กลุ่มคนวัยทำงานที่ต้องทำงานใช้แรงหรือทำงานบ้าน มีจำนวนมากที่ไม่ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเหนื่อยล้าจากการทำงานแล้ว การออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ไม่มีความจำเป็น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 1) และจากรายงานการสำรวจเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยบริโภคอาหารไขมันสูงร้อยละ 86.3 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานร้อยละ 71.7 รับประทานอาหารประเภทจานด่วน ร้อยละ 15.3 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551: 6) และจากผลการสำรวจเรื่องอาหารที่คนไทยบอกว่าต้องกินเป็นประจำ ของชีวิตจิตโพสท์ พ.ศ. 2549 พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรม “กินตามใจปาก” โดยพบว่าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมร้อยละ 56.7 ดื่มชา กาแฟร้อยละ 54.6 รับประทานอาหารประเภทปิ้งย่างจนไหม้เกรียม ร้อยละ 54.1 รับประทานผลไม้สดร้อยละ 35.1 รับประทานอาหารประเภทจานด่วนร้อยละ 33.4 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.5 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551: 7)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการจะลดอัตราการเกิดโรคได้นั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุข ต้องริบดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้ปี 2545 – 2547 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ ทุกพื้นที่ได้รับรู้และตระหนักใส่ใจในด้านสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรประชาชน ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการออกกำลังกาย ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง (กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 99)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันอุดมศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีพันธกิจในการจัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์องค์ความรู้ เทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ให้บริการทางการแพทย์และวิชาการ รวมทั้งรณรงค์และชี้นำสังคม ด้านสุขภาพอนามัย เพื่อพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมไทยและภูมิปัญญาไทย นุศลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถือได้ว่าเป็นตัวอย่างที่ดีของประชาชนโดยทั่วไป ดังนั้น นุศลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงควรเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของ นุศลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้แบบสอบถามและผลการตรวจสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม 2544 – 30 มีนาคม 2546 จำนวนนุศลากรทั้งหมด 5,172 คน พบว่านุศลากรมาตรวจสุขภาพ 3,192 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 นุศลากรที่มารับการตรวจมีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 83 เป็นโสดร้อยละ 49.1 จากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของนุศลากร โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 33.2 รองลงมาคือโรคภูมิแพ้ร้อยละ 19.7 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 16.3 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 11.7 ไมเกรนร้อยละ 10.7 จากผลการตรวจสุขภาพ ตรวจพบภาวะผิดปกติร้อยละ 79.3 (2,532 ราย) ภาวะผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ ปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 33.2 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 22.5 โรคอ้วนร้อยละ 18.3 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.3 เบาหวานร้อยละ 2.5 ด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ พฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 68.3 รองลงมาคือเรื่องการรับประทานอาหาร โดยพบว่าชอบรสเค็มหรือปรุงรสทุกครั้งร้อยละ 61.9 รับประทานอาหารที่มีรสหวานหรือผลไม้หวานร้อยละ 60 อาหารดองเค็ม ปิ้งย่าง ร่มควัน ร้อยละ 47 รับประทานอาหารไขมันสูงเกิน 3 มื้อต่อสัปดาห์ ร้อยละ 36.9 รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ร้อยละ 26.8 และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาร้อยละ 59.7 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 37.3 การสูบบุหรี่ร้อยละ 6.6 ด้านจิตใจพบว่านุศลากรมีภาวะเครียดระดับปานกลางร้อยละ 12.4 เครียดมากร้อยละ 1.6 โดยอาการที่พบบ่อยๆ เป็นประจำส่วนใหญ่คืออาการปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้างร้อยละ 10.4 อาการที่พบเป็นครั้งคราวคือ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจร้อยละ 78.9 และอาการที่พบน้อยที่สุดคือ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ด้านทัศนคติต่อความคาดหวังด้านสุขภาพ พบว่านุศลากรส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพบ้างร้อยละ 71.8 และไม่ดูแลสุขภาพเลยร้อยละ 7.3 (รุ่งทิพา บุรณะกิจเจริญและคณะ, 2547: 141)

จะเห็นได้ว่านุศลากรส่วนหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการเจ็บป่วยและภาวะผิดปกติ รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ขาดการออก

กำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งหากทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติทางสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ สิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น แบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่

1.1 ปัจจัยร่วม ได้แก่

1.1.1 เพศ หมายถึง สถานะทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย

1.1.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามการสมรส แบ่งเป็น โสด คู่ หม้ายและหย่า/แยก

1.1.4 ลักษณะงาน หมายถึง ลักษณะงานที่ปฏิบัติตามหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาธิวิทยา รังสี ธุรการ คนงานและอื่นๆ

1.1.5 ดัชนีมวลกาย (Body mass index = BMI) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะอ้วนพอมในผู้ใหญ่ด้วยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเซนติเมตร แล้วคำนวณค่า BMI โดย $\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม} / (\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2$ โดยมีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

ค่า BMI น้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม / เมตร² ถือว่าอยู่ในภาวะผอม

ค่า BMI ระหว่าง 20.0 – 25 กิโลกรัม / เมตร² ถือว่าอยู่ในภาวะปกติ

ค่า BMI มากกว่า 25.0 กิโลกรัม / เมตร² ถือว่าอยู่ในภาวะอ้วน

1.1.6 จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้างานจนออกงาน นับเป็นชั่วโมงต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.7 กรู๊ปเลือด หมายถึง หมู่เลือดของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กรู๊ปเลือดเอ กรู๊ปเลือดบี กรู๊ปเลือดเอบีและกรู๊ปเลือดโอ

1.1.8 บุคลิกภาพ หมายถึง บุคลิกลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือบุคลิกภาพแบบเอ และบุคลิกภาพแบบไม่ใช่เอ

1.1.9 การมีโรคประจำตัว หมายถึง มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษา โดยแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ได้แก่

1.2.1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพหมายถึงการให้ค่าหรือให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

1.2.2 การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ให้ประสบผลสำเร็จได้ด้วยตนเอง

1.2.3 การรับรู้สถานะสุขภาพของตน หมายถึง ความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการประเมินจากสุขภาพโดยทั่วไปในภาพรวม 2 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง ความเชื่อต่อสิ่งที่เป็นตัวขวางกั้นการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

1.3 สิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึงการที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร วิทยุ อินเทอร์เน็ต และบุคลากรทางการแพทย์

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีผลต่อสุขภาพส่วนบุคคลให้แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคม ได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยครอบคลุมพฤติกรรม 2 ด้านดังนี้

2.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 3 มื้อทุกวัน การรับประทานผักและผลไม้รสไม่หวานมาก ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมากหรือเนื้อสัตว์ติดมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด (หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด) รวมทั้งไม่ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มชูกำลัง

2.2 การออกกำลังกายหมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายตามความสามารถและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วนและใช้แรงกล้ามเนื้อ จะใช้กิจกรรมใดก็ได้ เช่น การบริหารร่างกาย เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือการเล่นกีฬาที่มีได้มุ่งเพื่อการ

แข่งขัน โดยถือหลักคือ ไม่เคร่งเครียด สนุกสนานเพลิดเพลิน และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที ทั้งนี้ไม่รวมถึงการทำงานที่ใช้แรงงานปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 5,695 คน จาก 4 ส่วนคือสำนักงานคณบดี ภาควิชา 14 ภาควิชา สำนักงาน 2 สำนักงานและโรงพยาบาลรามาธิบดี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ดังนี้

1. การกำหนดขนาดตัวอย่าง ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วนของเดเนียล (Daniel 1987: 155) ได้กลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 315 คน แต่ในการปฏิบัติจริงได้เก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 400 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการผิดพลาดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน

2. ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- | | |
|------------|---------------------|
| กลุ่มที่ 1 | สำนักงานคณบดี |
| กลุ่มที่ 2 | ภาควิชา 14 ภาควิชา |
| กลุ่มที่ 3 | สำนักงาน 2 สำนักงาน |
| กลุ่มที่ 4 | โรงพยาบาลรามาธิบดี |

หาขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยใช้อัตราส่วนตามสูตรหา Sample Size For Proportion Allocation ได้ตัวอย่างของแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (คน)
สำนักงานคนบดี	358	25
ภาควิชา 14 ภาควิชา	3,874	272
สำนักงาน 2 สำนักงาน	98	7
โรงพยาบาลรามาริบดี	1,365	96
รวม	5,695	400

จากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละส่วนโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้สูตรกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling Interval) $k = N/n$ โดยสุ่มรายชื่อตามการจัดลำดับเลขที่ของการเจ้าหน้าที่ ให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณได้ตามสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส ของเจนกินส์และคณะ (Jenkins, et. al. 1967) และแบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย แบ่งเป็น 7 ส่วนคือข้อมูลทั่วไป คำนิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคนบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ติดต่อทำเรื่องขอจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี
3. ติดต่อประสานกับงานการเจ้าหน้าที่ขอรายชื่อบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี เพื่อนำมาเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
4. ติดต่อขอความร่วมมือจากภาควิชาและสำนักงานต่างๆของโรงพยาบาลรามาริบดีเพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและได้นัดหมายวันไปเก็บแบบสอบถามคืน โดยส่งแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด

6. ผู้วิจัยกลับไปเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 340 ฉบับจึงเก็บข้อมูลเพิ่มจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งไม่ใช่คนเดิมที่ตอบแบบสอบถามไปแล้ว จนได้แบบสอบถามครบ 400 ฉบับ

7. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และนำเสนอไปวิเคราะห์ ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ลักษณะทางประชากร คำนิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ลักษณะทางประชากร คำนิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โดยใช้การทดสอบค่าที่ การทดสอบค่าเอฟ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการทําวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25 - 35 ปี ร้อยละ 52.2 รองลงมาอยู่ระหว่าง 36 - 45 ปี ร้อยละ 20.3 มีสถานภาพโสดร้อยละ 53.0 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.0 ลักษณะงานเป็นพยาบาล ร้อยละ 22.0 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 18.5 มีดัชนีมวลกายในภาวะปกติ ร้อยละ 48.8 รองลงมาอยู่ในภาวะพอม ร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.8 รองลงมา

ทำงาน 12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 17.2 มีกรู๊ปเลือดโอร้อยละ 37.8 รองลงมามีกรู๊ปเลือดบีร้อยละ 35.7 มีบุคลิกภาพแบบเอร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.2 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ร้อยละ 21.7 รองลงมาเป็นโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 14.0 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.5

สำหรับตัวแปรด้านปัจจัยและตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้การแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ดังนี้

2. ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 56.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 และระดับสูง ร้อยละ 12.2

3. การรับรู้ความสามารถของตน

พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.2 และระดับสูง ร้อยละ 2.5

4. การรับรู้สถานะสุขภาพของตน

พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการรับรู้สถานะสุขภาพของตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.5 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 9.5

5. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ

พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.0 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.5

6. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 45.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 และระดับสูงร้อยละ 12.8

7. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

พบว่าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 และระดับสูง ร้อยละ 2.3

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และสิ่งชักนำในการปฏิบัติกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

8.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัว

พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน กรู๊ปเลือด บุคลิกภาพ การมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ส่วนอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ($P - \text{value} < 0.01$)

8.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ

พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ($P - \text{value} < 0.01$)

8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ($P - \text{value} < 0.01$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรมากที่สุด ดังนั้นในการจัดโครงการ/กิจกรรม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ควรใช้แนวคิดการพัฒนาความสามารถของตนเองมาใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น การใช้ตัวแบบทางบวก การลงมือปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้คำพูดชักจูงจากหัวหน้างาน การสร้างบรรยากาศในการออกกำลังกายที่รื่นรมย์ เป็นต้น

2. จากผลการวิจัย พบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร โดยจัดโครงการ/กิจกรรมที่มีความหลากหลายในระดับที่บุคลากรสามารถปฏิบัติได้และการปฏิบัตินั้นจัดให้มีระบบต่อเนื่องและจริงจัง เช่น ด้านการรับประทานอาหาร จัดให้มีโรงอาหาร/ร้านอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และจัดให้มีบริการอาหาร/จำหน่ายอาหารสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย จัดตั้งชมรมกีฬาขึ้น ตามประเภทที่บุคลากรสนใจและส่งเสริมให้บุคลากรเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีการแข่งขันกีฬภายใน ให้สิทธิพิเศษหรือการยกย่องแก่ผู้เป็นนักกีฬา เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรตื่นตัวในการออกกำลังกายมากขึ้น

3. จากผลการวิจัย พบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้บุคลากร ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น การจัดกลุ่มสุขภาพ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกาย ให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบอื่น เช่น PRECEDE – PROCEED FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีนอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษามา

2. ควรทำการศึกษาหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรให้เหมาะสม ตามปัจจัยที่ได้จากการสำรวจพร้อมทั้งติดตามประเมินถึงประสิทธิผลของรูปแบบนั้นๆ ว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้หรือไม่ เช่น ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของคนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. ควรทำการศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติม

4. ในส่วนแบบสอบถามสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ควรเพิ่มการถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากการสนทนาพูดคุยในกลุ่ม การประชุมวิชาการ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทำงานด้านสุขภาพ

5. ควรมีการศึกษาวุฒิกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านการจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี ในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติม

6. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่นการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมชัดเจนยิ่งขึ้น

7. ควรมีการศึกษาในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเฉพาะ เช่น กลุ่มพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง

8. ควรมีการศึกษานุคลิกภาพ โดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพนพลักษณ์ของนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ เพื่อศึกษาในด้านบุคลิกภาพให้ละเอียดขึ้น

FACTORS RELATED TO FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE BEHAVIOR
AMONG PERSONNEL, FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL

ROSSARIN KAEWTA 4637228 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND
BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISOR COMMITTEES: SUPREYA TANSAKUL, Ph.D.,
WONGDYAN PANDII, Dr.P.H., DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed.

EXTENDED SUMMARY

BACKGROUND AND SIGNIFICANCE OF THE PROBLEM

At present, the world population are facing with the problems related to non-communicable diseases. From the analysis of the health status of the world population based on the disease burden indices in regard to premature deaths and the total health care cost it was found that the important causes of the illness and deaths are cardiovascular diseases and cancer (Wongsawat Kosolawatana, 2005: 6).

For Thailand, the number of Thai people with cardiovascular diseases, diabetes mellitus, and cancer has been increasing. The mortality rate of heart disease has increased from 292 per 100,000 population in the year 2003 while the mortality rate of diabetes has increased from 257 to 381 per 100,000 population and of cancer, from 72 to 102 per 100,000 population, within 3 years. Every 6 minutes, one Thai people, was dead due to cardiovascular disease or diabetes mellitus. This problem was caused by improper lifestyle behavior especially improper food consumption behavior and the lack of physical exercise, for example, over consumption of sweet, high-fat, and high-salt foods, over drinking of high-calorie beverage, having sedentary life, lack of physical and labor-saving devices (Somkiet Sang-Watanaroj, 2003: 10-

11). These behaviors are risky for the onset of non-communicable diseases which was supported by the report of Janpan Chooprapawan (2003: 25).

According to the study of the Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, and the Research and Development Institute, Ramkhamhang University, regarding physical exercise situation of the people in 4 provinces namely Chiangmai, Nakornrachsimma, Songkhla, and Smutprakarn, by interviewing the samples during 28 May – 6 June, 2004, it was found that 59.64 percent did not practiced physical exercise regularly. The reasons for irregular physical exercise were: no nearby convenient place for exercise and did not have friends. Among the working-group of the samples who were laborers or house-keepers, 45 percent were found not to practice physical exercise with the reason that they were tired of working so physical exercise was were tired of working so physical exercise was not necessary for them (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2004: 1). The report of the Survey on Health Behavior of Thai People, 2005, carried out by the National Statistics Bureau showed that 86.3 percent of Thai people consumed high-fat foods, 71.7 percent consumed soda and sweetened beverage, and 15.3 percent consumed fast foods (Health Information System Development Office, 2008: 6). According to the survey about the foods that Thai people consumed regularly made by Chewajit Polls in 2006, it was found most of Thai people consumed foods in accordance with their desire (Kintamjaipag), the foods that they like to consume include: soda beverage (56.7%); pickled fruits (35.1%); fast foods (33.4%); and alcoholic beverage (18.5%) (Health Information System Development Office, 2008: 7).

From the aforementioned data, it was evidenced that there is a relationship between illness and unfavorable health behaviors. In order to lower the mortality rate of non-communicable diseases the health promotion program is very important measure that the Ministry of Public launch urgently. Therefore, the Ministry of Public Health has set the years 2002-2004 as the years for promoting the health of Thai People under the strategy of “Power for Health”, with the aim to help all Thai people of every age-group, every occupation and every place, perceived and were aware of their health including having all government, non-government and community

organizations participatory supported health promotion rather than curative care by emphasizing on physical exercise under the universal health insurance program so Thai citizens can be healthy and access to the health services (Ministry of Public Health, 2003: 99).

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, is an higher education institute emphasizing on medical and public health fields. Its mission is to implement the education program for producing medical and public health graduates who can do researches for creating new body of knowledge, medical technology and products; provide medical and academic services including campaigning and leading society in regard to health with the aim to develop public health of the country, and promoting Thai traditional culture and Thai wisdom. The personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital can be recognized as the good examples of the Thai people, therefore these personnel should perform correct and proper health promotion behaviors. The data from the study of health status and health risks among 5,172 personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, by using questionnaire and the results of medical check-up, during 24 October, 2001 – 30 March, 2003, showed that there were 3,192 personnel (61.7%) came to get the medical check-up. Among this group, the average age of 36 years was found, 83 percent were females, and 49.1 percent were single. The data of the personnel's illness history showed that the diseases that were found mostly were: joint/muscle pain (33.2%); allergy (19.7%); peptic ulcer (6.3%); high cholesterol (11.7%); and migraine (10.7%). The results of the medical check-up showed that 79.3 percent had abnormal status (2,532 cases) which included: high cholesterol (35.4%); joint/muscle pain (33.2%); anemia (22.5%); obesity (18.3%); hypertension (4.3%); and diabetes (2.5%). Regarding the behaviors affecting the onset of illness or health problems, the behavior that was mostly found was "performing physical exercise less than 3 times a week or never perform" (68.3%) and the second behavior found was "food consumption" with the following details: like to consume salty food or adding salt/sauce or other spices every time (61.9%); consuming sweet food/fruits (60.0%); consuming pickled foods/grilled/smoked foods (47.0%); consuming high-fat foods more than 3 times a week (36.9%); consuming half-raw foods (26.8%) and consuming food dispunctually (59.7%). Other behaviors found were consuming alcoholic beverage (37.3%) and smoking (6.6%). In

regard to mental health problem, the following problems were found: the moderate level of stress (12.4%); the high level of stress (1.6%) whereby the symptom oftenly found was “migraine/pain at both sides of the temple” (10.4%) and the symptom found sometimes was “fussy feeling” (78.9%) while the “worthless feeling” was found least. Regarding attitudes toward health expectation it was found that the high percentage of the personnel took some care of their own health (71.8%) while 7.3 percent did not (Rungtipa Buranakijchareon et al., 2004: 141).

It was evidenced that some personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, got some illness and abnormal symptoms including risky health-related behaviors and health problems in regard to lack of physical exercise, improper food consumption behaviors, smoking, alcohol drinking, and stress. If the causes or the factors relating to these problems have been investigated the modification or the development of the correct and appropriate health behaviors can be done effectively. Therefore, the researcher was interested in studying the factors related to food consumption and physical exercise behaviors of the personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, by employing Pender’s health promotion concept to analyze the factors related to food consumption and physical exercise behaviors.

RESEARCH OBJECTIVES

General Objective

To study the factors related to food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

Specific Objectives

1. To study food consumption and exercise behavior of the personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; and
2. To study the relationship between the modifying factors, cognitive-perceptual factors, cues to action, and food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

RESEARCH HYPOTHESES

1. There was a relationship between the modifying factors which included sex, age, marital status, body mass index, number of working hour per day, blood group, personality, and having a chronic disease, and food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

2. There was a relationship between the cognitive-perceptual factors which included health values, perceived self-efficacy, perceived health status, and perceived barriers, and food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

3. There was a relationship between the cues to action which included receiving health information, and food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

RESEARCH VARIABLES

1. Independent variables:

1.1 Modifying Factors:

1.1.1 **Sex:** female and male

1.1.2 **Age:** the total years of age of the sampled respondent

1.1.3 **Marital status:** single, married, widowed and divorced/separated

1.1.4 **Job characteristics:** the responsible job as physician, nurse, nurse-aid, dentist, pharmacist, pathologist, radiologist, officer at the executive management office and others.

1.1.5 **Body mass index (BMI):** the standard measure used to evaluate body weight for adults by weighing the body weight in kilogram and measuring the height in centimeter and calculating the BMI value by dividing body weight (kg) by the height² (centimeter). The evaluation criteria were as follows:

BMI (Kg/m ²)	Weight Status
<20	Underweight
20 to less than 25	Healthy weight
≥25	Over weight

1.1.6 Member of working hour day: the number of working hour from starting to the end of work per day of the respondent

1.1.7 Blood group: Group A, B, AB and O

1.1.8 Personality: Personality Type A and not type A

1.1.9 Having a chronic disease: the disease that needs to be treated by a physician.

1.2 Cognitive-Perceptual Factors

1.2.1 Health values: the respondent's feeling of the value or the importance of the health promotion behaviors in regard to food consumption and exercise behavior.

1.2.2 Perceived self-efficacy: the respondent's belief that he/she can be able to perform health promotion activities effectively in regard to food consumption and exercise behavior by himself/herself.

1.2.3 Perceived health status: the respondent's opinion or expression of feeling, thought and understanding about his/her own health status by evaluating his/her own general health in regard to food consumption and exercise behavior.

1.2.4 Perceived barriers of performing health behaviors: respondent's belief about the barriers of performing food consumption and exercise behavior.

1.3 Cues to Action: receiving health information. This variable refers to receiving the information regarding food consumption and exercise behavior from television, newspapers, journal/magazine, radio, internet, and medical personnel.

2. Dependent Variable. This variable refers to health promotion behaviors which include the respondent's actions or performances that lead to a good health of the respondent and being able to live his/her life happily in a society. These behaviors were performed by the respondents and turned to be their lifestyle. The behaviors composed of the following 2 aspects:

2.1 Food Consumption Behavior. This behavior refers to the consumption of nutritious foods composing of the followings: consuming a balanced food (all 5 groups, 3 times a day); consuming vegetables and non-sweet fruits; consuming lean meat; avoiding tasty foods (too sweet, too salty, too hot); and avoiding soda drinking or the beverage that was advertised as a strengthening beverage (Chookamlung).

2.2 Exercise Behavior. This variable refers to the exercise activity performed in accordance with one's ability and appropriateness by moving all parts of the body and strengthening body muscles. The activities that can be done are: stretching, jogging, walking or playing sports with no competition purpose but emphasizing on no-stress, fun, and regularity at least 3 days a week, 20-30 minutes a day, excluding the normal labor-work.

RESEARCH METHODOLOGY

This project was a cross-sectional survey research.

Population and Sampling

The population of this research project composed of 5,695 personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, from 4 sections of the faculty: the Dean Office, 14 Departments, and 2 offices of Ramathibodi Hospital.

The sampling criteria were as follows:

1. Defining the sample size. The sample size was set by employing the formula to estimate the sample size for a survey research developed by Daniel (1987:

155). From the calculation, the lowest sample size was 315 but 400 cases were studied in order to avoid the incomplete data collection.

2. Stratified random sampling was used and 4 groups were selected as follows:

- Group 1 : Dean Office
- Group 2 : 14 Departments
- Group 3 : 2 Offices
- Group 4 : Ramathibodi Hospital

The sample size in each group was calculated by employing the formula for calculating sample size for proportion allocation. The results were as follows:

Group	Population	Sample Size
Dean Office	358	25
14 Departments	3,874	272
2 Offices	98	7
Ramathibodi Hospital	1,365	96
Total	5,695	400

In each sampled group the systematic random sampling was done by using the sampling interval formula, $k = N/n$. The name lists were selected by sampling the numbers of the personnel in each sampled group, in accordance with the sample size set.

Research Instrument

The research instrument used was the questionnaire composing of JAS Personality Assessment Form developed by Jenkins et al. (1967) and the questionnaire regarding the factors and food consumption and exercise behavior. The questionnaire was composed of 7 parts: general information, health values, perceived self-efficacy, perceived barriers of performing health behaviors, receiving health information, and food consumption and exercise behavior.

Data Collection and Data Management

The data were collected by the researcher, with the following steps:

1. Getting the official letter from the School of Graduate Studies, Mahidol University and submitting the letter to the Dean of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, in order to get permission and cooperation for data collection.
2. Presenting the research proposal to get permission from the Ethical Committee on Research in Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
3. Collaborating with the Personnel Department in order to get the name lists of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital for selecting the samples.
4. Coordinating with the sampled Departments and Offices in order to get permission and cooperation in data collection.
5. Collecting data by using the questionnaire by distributing the questionnaires to the samples and set the date for collecting the questionnaires back. The total of 400 copies of the questionnaire were distributed.
6. The questionnaires were collected by the researcher. Firstly, 340 copies were collected and the data then were collected from another 60 samples in order to get the complete 400 copies of the questionnaires.
7. All 400 copies of the returned questionnaires were checked for the completeness before processing the statistical analysis.

Data Analysis and The Statistics Used

The data collected were analyzed by using the programmed computer, as follows:

1. Descriptive analysis was used with the data regarding demographic characteristics, health values, perceived self-efficacy, perceived health status, perceived barriers of performing health behaviors, and receiving health information by computing frequency, percentage, and standard deviation.

2. The analysis of the relationship between variables in regard to demographic characteristics, health values, perceived self-efficacy, perceived health status, perceived barriers of performing health behaviors, and receiving health information was made by computing t-test, F-test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

RESEARCH RESULTS

1. General Characteristics of the Samples

The study results showed that among the sampled group of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, there were 82.0 percent of females, 52.2 percent had the average age of 25-35 years, 20.3 percent had the average age of 36-45 years, 53.0 percent were single, 43.0 percent were married, 22.3 percent were nurses, 18.5 percent were nurse-aids, 48.8 percent had normal body mass index, 32.8 percent were under weighted, 75.8 percent worked 8 hours a day, 17.2 percent worked 12 hours a day, 37.8 percent had blood group O, 35.7 percent had blood group B, 68.5 percent hold Type A personality, 61.8 percent did not have any chronic illness, and 38.2 had some chronic illness whereas allergy was the illness mostly found (21.7%) and the second and third ones were peptic ulcer (14.0%) and hypertension (12.5%).

2. Health Values

It was found that 56.3 percent of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, hold the low level of health values while 31.5 percent and 12.2 percent hold the moderate level and the highest level of health values respectively.

3. Perceived Self-Efficacy

It was found that 73.3 percent of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, had the low level of perceived self-efficacy while 24.2 percent and 2.5 percent had the moderate and the high levels of perceived self-efficacy respectively.

4. Perceived Health Status

It was found that 58.0 percent of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, had the moderate level of perceived health status while 32.5 percent and 9.5 percent had the low and high levels of perceived health status respectively.

5. Perceived Barriers of Performing Health Behaviors

It was found that 48.5 percent of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, had the moderate level of perceived barriers of performing health behaviors while 39.0 percent and 12.5 percent had the low and high levels of perceived barriers respectively.

6. Receiving Health Information

It was found that 45.2 percent of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, had received health information at the low level while 42.0 percent and 12.8 percent received the information at the moderate and high levels respectively.

7. Performing Health Promotion Behavior in Regard to Food Consumption and Exercise Behavior

It was found that 64.0 percent of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, performed health promotion behavior in regard to food consumption and exercise behavior at the low level while 33.7 percent and 2.3 percent performed the behaviors at the moderate and high levels respectively.

8. Relationship Between Modifying Factors, Cognitive-Perceptual Factors and Cues to Action and Food Consumption and Exercise Behavior

8.1 Relationship between the modifying factors in regard to sex, age, marital status, job characteristics, body mass index, working hours, blood group, personality, and having a chronic disease

It was found that there was no relationship between food consumption and exercise behavior and the modifying factors in regard to sex, marital status, job characteristics, body mass index, working hour per day, blood group,

personality, and having a chronic disease. But significant relationship was found between age and food consumption and exercise behavior ($p < 0.01$).

8.2 Relationship between the cognitive-perceptual factors in regard to health values, perceived self-efficacy, perceived health status, and perceived barriers of performing health behaviors.

Significant relationship was found between health values, perceived self-efficacy, perceived health status, perceived barriers and food consumption and exercise behavior ($p < 0.01$).

8.3 Relationship between cues to action in regard to receiving health information.

Significant relationship was found between receiving health information and food consumption and exercise behavior ($p < 0.01$).

RECOMMENDATIONS DERIVED FROM THE RESEARCH RESULTS

1. As it was found that there was a significant relationship between perceived self-efficacy and food consumption and exercise behavior thus, in organizing programs/activities in regard to food consumption and exercise promotion the concept of self-efficacy development should be applied in order to develop perceived self-efficacy, for example, the use of positive role model, vicarious experiences, verbal persuasion by the supervisors, establishing a joyful atmosphere for performing exercise behaviors, etc.

2. As it was found that the high percentage of the samples performed health promotion behavior in regard to food consumption and exercise behavior at a low level, thus, the health promotion behaviors should be promoted among the personnel by organizing a diversity of activities whereby the personnel can be able to perform regularly and intensively. For example, in regard to food consumption behavior, the sanitary cafeteria/food shop should be established including the provision of health food services/restaurants, etc. In regard to exercise behavior, a sport-club should be established in accordance with the type of different interested personnel as well as promoting the personnel play sports regularly, organizing competitive sports in the

organization, giving special rights or praise for the personnel who take part in sports in order to encourage the personnel to be alert in practicing exercise.

3. As it was found that most of the personnel hold a low level of health values, thus, the personnel should be promoted to recognize the importance of performing appropriate food consumption and exercise behavior by using appropriate methods, for example, establishing a health club, giving correct information in regard to the barriers of performing health behaviors, promoting the personnel to understand the benefits of performing food consumption and exercise behavior.

RECOMMENDATIONS FOR FURTHERING RESEARCHES

1. The study about food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, should be done by applying other health promotion frameworks, for example, PRECEDE-PROCEED FRAMEWORK, etc. in order to get additional data that can be used to explain the health promotion behaviors in regard to food consumption and exercise of the personnel of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, whereby other factors can be investigated.

2. The study aiming to find the best model to develop health promotion behavior in regard to food consumption and exercise among the personnel should be done in accordance to the factors found in this study. A follow-up and evaluation program should also be done in order to assess the effectiveness of the model developed after applying to other groups, for example, the study of the effectiveness of a health promotion program applying self-efficacy theory, in regard to food consumption and exercise behavior of the personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

3. The study should be done about the prediction power of the variables affecting health promotion behaviors in regard to food consumption and exercise among the sampled personnel in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

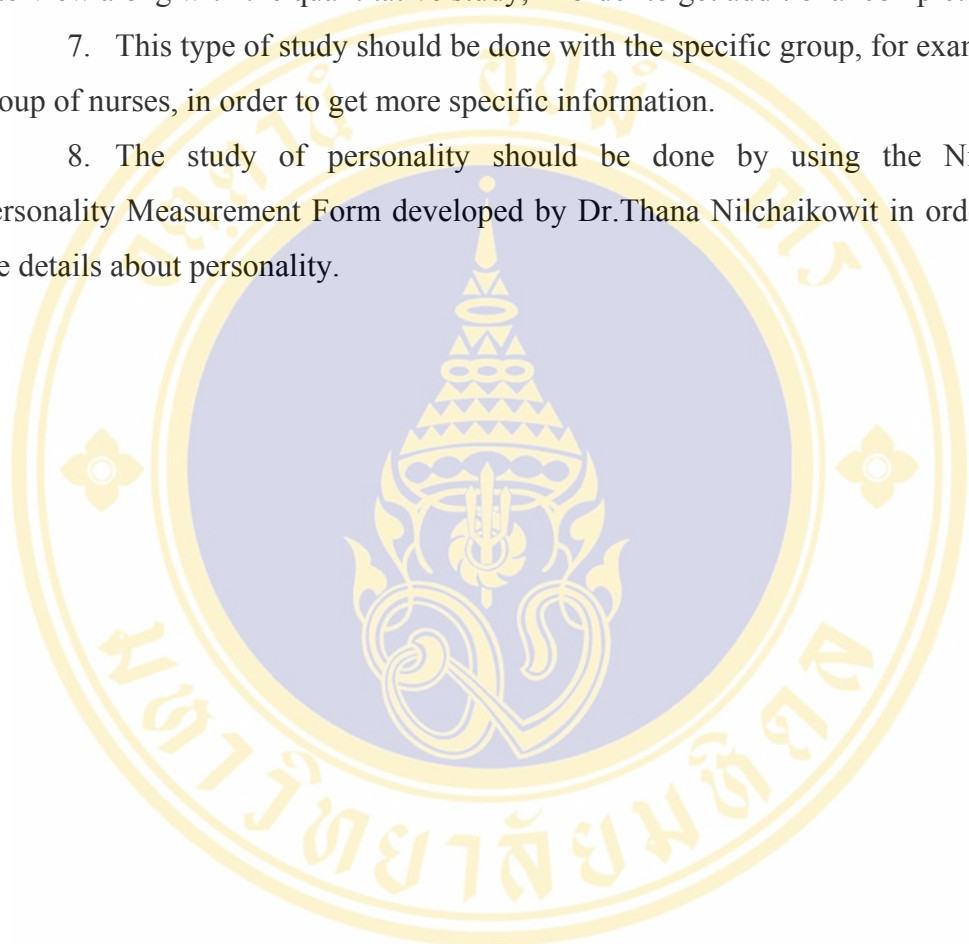
4. In regard to the part of the questionnaire on “Cues to action”, additional choices should be constructed regarding the sources of health information received as follows: group conversation; academic meeting, health counseling, because the sampled group was working in the health field.

5. Other aspects of health promotion behaviors should be studied, for example, stress management, yearly medical check-up, among this sampled personnel.

6. Qualitative research should be carried out, for example, using indepth-interview along with the quantitative study, in order to get additional complete data.

7. This type of study should be done with the specific group, for example, the group of nurses, in order to get more specific information.

8. The study of personality should be done by using the Nine-Trait Personality Measurement Form developed by Dr.Thana Nilchaikowit in order to get the details about personality.



บรรณานุกรม

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2547). การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขาภิบาลอาหาร. (2546). สุขาภิบาลอาหาร. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2548). การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ. (2534). “การวิเคราะห์ข้อมูล” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร: ชวนการพิมพ์.
- จินตนา พรมลาย. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จूरรัตน์ เพชรทอง. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2546). โครงการวิจัยระยะยาวในเด็ก. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2537). สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ เจริญสุข. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประสงค์ ชีรพจน์ภักย์. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิเชฐ เจริญเกษ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงศ์เทพ เกตุไสว. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งทิพา นูระกิจเจริญ วิภา พินิจวัฒนาและธราธิป พุ่มคำพล. (2544). การประเมินสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ.

ลัดดาวัลย์ ผาสุข. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วงสาวท โกศลวัฒน์. (2548). หมอชาวบ้าน ปีที่ 26 ฉบับที่ 312. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน

วาสนา สารการ. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ดัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- วิศาล คัธราตันกุล. (2546). การออกกำลังกายในวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- วินัส ลิพกุล สุภาณี พุทธเดชาคุ้มและณอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2545). โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์จำกัด
- วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2548). หมอชาวบ้าน. ปีที่ 27 ฉบับที่ 134. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). สุขภาพคนไทย 2546. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พรินติงเอนด์พับลิชชิง จำกัด (มหาชน)
- สุกัญญา ไพทโสภณ. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุชาติ โสมประยูร. (2543). สุขภาพเพื่อชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธนิจ หุณฑสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน: เอกสารชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดผลและการผลการศึกษา หน่วยที่ 1 – 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2551). จดหมายข่าวต้นคิด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สหมิตรพรินติงเอนด์พับลิชชิง.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). การสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชากร. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- เอมมา ฟรินจ์. (2549). ดูแลสุขภาพและรูปร่างตามกรุปเลือด. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ ซิบี พับลิชชิ่ง.
- Ahijevych, K. Berhard, L.(1996). “Health Promoting Behaviors of African American Women”. Nursing Research. 43: 86 – 89
- Duff, MaryE. (1988, June). Determinants of Health Promotion in Midlife Women: Nursing Research. 37(6): 358 – 362.
- Gillum,R.F.,et al.(1982). “Indices of Obesity and Blood Pressure in Young Men Followed 32 years” Journal of Chronic Disease. 35: 211-219.
- Gochman, David S. (1988). Health Behavior: Emerging Research Perspective. New York: Plenum Press, 1988: 4.
- Green, Lawrence W.;& Grueuter, Marshall W. (1991). Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach. Toronto: May – field Publishing Company.
- Harris. D.M.and Guten, (1979)S. “Health Protective Behavior: An Exploratory study”. Journal of Health Social Behavior: 6.
- Johnson, J.E. (1991, August). Health Care Practice of the Rural Aged: Journal of Gerontological Nursing. 17(8): 15-19.
- Lusk, S.L. Ronis, D.L. Kerr, M.J. and Atwood J.P. (1994). “Test of the Health Promotion Model as a Causal Model of Workers Use of Hearing Protection”. Nursing Research. 43: 151-157.
- Lusk. S.L. Kerr, M.J. and Ronis, D.L. (1995). “Health Promoting Lifestyles of Blue-Collar Skill Trade and White- Collar Worker”. Nursing Research. (44): 20-24.
- Macharie, D. (1978). Medical Sociology. 2 nd. Ed. New York: Free Press.
- MacMahon, et al. (July 1968). “Alcohol and Hypertension: Implication for Prevention and Treatment”. Annuals of Internal Medicine.(105): 334.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1993). Nursing Assessment and Health Promotion Strategies through the Life- span. 5 th. Ed. Appleton & Lange: 659.
- O’ Brien, E. & O’ Malley, K. (1983). High Blood Pressure: Whay it means for you, and how to control it. Singapore: PG. Publishing Pte. Ltd.

- Oram, Dorothea E. (1991). Nursing Concepts of Practice. 4th ed. New York: Louis Mosby Year Book Co.
- Pender, Nola J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk: Appleton and Lang.
- _____. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Norwalk: Appleton and Lang.
- Ready, T. (1985). “Anthropology and study of chronic disease: adolescent blood Pressure in Corpus Christ Texus”. Social Science Medicine. (21): 443-450.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. (1987). “The Health – promoting Lifestyles Profile: Development and Phychometric Characteristics”. Nursing Reseach. (36): 70-81.
- Walker, et al. (1990). “A Spanish Language Version of Health – Promoting Lifestyles Profile”. Nursing Research. (39): 258-273.
- Weitzel, M.H. (1990). “A test of the Health Promotion Model with Blue Collar Workers”. Nursing Research. (38): 99-104.



แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและ

ออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงในปัจจุบันหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับอายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า/แยก
4. ท่านทำงานประเภทใด
() 1. แพทย์ () 2. พยาบาล () 3. ผู้ช่วยพยาบาล
() 4. เกสเซอร์ () 5. ทันตแพทย์ () 6. พยาธิ
() 7. รังสี () 8. นุรการ () 9. คนงาน
() 10. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ท่านทำงานกี่ชั่วโมงต่อวัน
() 1. ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน () 2. ทำงาน 12 ชั่วโมงต่อวัน
() 3. ทำงาน 16 ชั่วโมงต่อวัน () 4. อื่น ๆ ระบุ.....ชั่วโมงต่อวัน
6. ท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม
7. ท่านมีส่วนสูง.....เซนติเมตร
8. ท่านมีกรุ๊ปเลือดอะไร
() 1. กรุ๊ปเลือดเอ () 2. กรุ๊ปเลือดบี () 3. กรุ๊ปเลือดเอบี () 4. กรุ๊ปเลือดโอ
9. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์หรือไม่
() 1. ไม่มี
() 2. มี ได้แก่ โรค () 2.1 โรคหัวใจ () 2.2 โรคเบาหวาน
() 2.3 โรคความดันโลหิตสูง () 2.4 โรคหอบหืด
() 2.5 โรคภูมิแพ้ () 2.6 ไขมันในเลือดสูง
() 2.7 โรคกระเพาะ () 2.8 โรคอ้วน
() 2.9 โรคกระดูกและข้อ () 2.10 โรคอื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านให้ค่าให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นประจำอย่างเคร่งครัด
 มาก หมายถึง ท่านให้ค่าให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นประจำ
 ปานกลาง หมายถึง ท่านให้ค่าให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 น้อย หมายถึง ท่านให้ค่าให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านให้ค่าให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติเลย

ข้อความ	ท่านให้ค่าให้ความสำคัญว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เป็นประจำทุกวัน					
2. การรับประทานอาหารประเภทผักเป็นประจำทุกวัน					
3. การรับประทานผลไม้รสไม่หวานมากเป็นประจำทุกวัน					
4. การรับประทานไขมันไม่เกิน 3 – 4 ฟองต่อสัปดาห์					
5. การดื่มนมพร่องไขมันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว					
6. การดื่มน้ำเปล่าวันละ 8 แก้วเป็นประจำ					
7. การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20 – 30 นาที					
8. การออกกำลังกายเป็นประจำเช่นการเดินเร็ว การเดินแอโรบิค การวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เล่นโยคะหรือเล่นกีฬา เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ					
9. การออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกทุกครั้ง					
10. การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและสภาวะร่างกาย					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพยายามความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ

ทุกวันอย่างเคร่งครัด

มาก หมายถึง ท่านมีความพยายามความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพยายามความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง ท่านมีความพยายามความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นนานๆ ครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่มีความพยายามความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 3 มื้อเป็นประจำทุกวันแม้ว่าจะไม่ได้ประกอบอาหารเอง					
2. ท่านสามารถรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวันแม้ว่าจะหาได้ยาก					
3. ท่านสามารถดื่มนมพร่องไขมันอย่างน้อยวันละ 1 แก้วเป็นประจำแม้ว่าจะไม่ชอบในรสชาติ					
4. ท่านสามารถรับประทานไข่ไม่เกิน สัปดาห์ละ 3 – 4 ฟองได้แม้ว่าจะชอบ					
5. ท่านสามารถงดอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปนมาก ๆ ได้แม้ว่าจะชอบ					
6. ท่านสามารถงดอาหารประเภทแป้ง อย่างทอดจนไหม้เกรียมได้แม้ว่าจะชอบ					
7. ท่านสามารถงดอาหารที่มีรสจัดหรือเค็มจัดได้แม้ว่าจะชอบ					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8. ถึงแม้ว่าต้องทำงานหนัก ท่านก็สามารถ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20 – 30 นาทีได้					
9. ถึงแม้ว่าการออกกำลังกาย มีขั้นตอน การปฏิบัติที่ยุ่งยาก แต่ท่านก็สามารถ มี กิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็น ประจำได้					
10. ทุกครั้งที่ออกกำลังกายท่านสามารถ ออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก แม้ว่าจะรู้สึกเหนื่อย					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สถานะสุขภาพของตน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบ้าง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง					
2. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตนเองแข็งแรงดี					
3. ในอนาคตท่านคาดว่าสุขภาพของท่านอาจจะไม่แข็งแรง					
4. ท่านไม่เคยสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย					
5. ท่านคิดว่าท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากกว่าที่ควรจะเป็น					
6. ท่านรู้สึกว่าคุณอื่น ๆ เอาใจใส่สุขภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง					
7. ท่านรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ					
8. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตนเองป่วย					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยท่านได้พยายาม ดูแลตนเองอย่างเต็มที่					
10. ท่านจะไม่ยอมไปพบแพทย์เป็น อันดับถ้าไม่ป่วยหนักจริงๆ					



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ใช่อย่างแน่นอน หมายถึง ท่านไม่มีความสะดวกหรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มากที่สุด

ใช่ หมายถึง ท่านไม่มีความสะดวกหรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่มีความสะดวกหรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อย่างถึง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความสะดวกหรือมีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก

ไม่ใช่อย่างแน่นอน หมายถึง ท่านมีความสะดวกหรือมีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มากที่สุด

ข้อความ	ใช่อย่าง แน่นอน	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	ไม่ใช่	ไม่ใช่อย่าง แน่นอน
1. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะมีขั้นตอน ในการปฏิบัติยุ่งยาก					
2. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะไม่มีเวลา ไปเลือกซื้ออาหาร					
3. การดื่มนมพร่องไขมันเป็นประจำอย่าง น้อยวันละ 1 แก้ว ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะไม่ชอบรสชาติของนม					
4. การงดรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ไข่ มันหรืออาหารที่มีไขมันมาก ไม่สามารถ ปฏิบัติได้เพราะรับประทานจนเคยชิน					

ข้อความ	ใช้อย่าง แน่นอน	ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	ไม่ใช่	ไม่ใช่อย่าง แน่นอน
5. การหลีกเลี่ยงคิมน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่ม ประเภทชูกำลัง เช่นลิโพ กระทั่งแดง ไม่ สามารถปฏิบัติได้เพราะบางครั้งทำงาน หนักอ่อนเพลียมากหรือต้องปฏิบัติ หน้าที่ในเวลากลางคืน					
6. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20 – 30 นาทีไม่สามารถ ปฏิบัติได้เพราะไม่มีเวลา					
7. การออกกำลังกายเป็นประจำไม่สามารถ ปฏิบัติได้เพราะไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย					
8. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและ สภาพร่างกายไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะ ไม่ทราบวิธีออกกำลังกายที่ถูกต้อง					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงว่าท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ตามข้างล่างนี้อย่างไร โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ
 ได้รับเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบางครั้ง
 ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเลย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับเป็นบางครั้ง	ไม่ได้รับเลย
การรับประทานอาหาร	1. โทรทัศน์			
	2. วิทยุกระจายเสียง			
	3. หนังสือพิมพ์			
	4. นิตยสาร/ วารสาร			
	5. อินเทอร์เน็ต			
	6. บุคลากรทางการแพทย์			
การออกกำลังกาย	7. โทรทัศน์			
	8. วิทยุกระจายเสียง			
	9. หนังสือพิมพ์			
	10. นิตยสาร/ วารสาร			
	11. อินเทอร์เน็ต			
	12. บุคลากรทางการแพทย์			

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็นส่วน น้อย	ไม่ปฏิบัติ เลย
1. ท่านรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 3 มื้อ เป็นประจำทุกวัน					
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก เป็นประจำทุกวัน					
3. ท่านรับประทานอาหารผลไม้รสไม่หวาน มากเป็นประจำทุกวัน					
4. ท่านรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน เจือปนมากๆ เป็นประจำ					
5. ท่านรับประทานอาหารปิ้งย่าง ทอด จนไหม้เกรียมเป็นประจำ					
6. ท่านดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่ม ประเภทชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิ้ง แดง เป็นประจำ					
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วันๆ ละ 20 – 30 นาที เป็น ประจำ					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็นส่วน น้อย	ไม่ปฏิบัติ เลย
8. ท่านออกกำลังกายเช่นการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ วายน้ำ เล่นโยคะหรือ เล่นกีฬา ครั้งละ 20 – 30 นาที เพื่อ เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็น ประจำ					
9. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่ง มีเหงื่อ ออกทุกครั้ง					
10. ท่านออกกำลังกายโดยคำนึงถึง วัย และสภาวะร่างกาย					

ส่วนที่ 8 แบบประเมินบุคลิกภาพ (เจ เอ เอส)

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เกือบไม่จริงเลย	จริงน้อยมาก	จริงบ่อยครั้ง	จริงเกือบตลอดเวลา
1. ฉันเกลียดการยืนเข้าคิวรอคอย				
2. บ่อยครั้งที่ฉันทำงานแข่งกับเวลา				
3. ฉันรู้สึกหงุดหงิดเมื่อต้องใช้เวลาเนิ่นนานเกินไปในการทำงาน				
4. ภายใต้อาการเครียดฉันมักอารมณ์เสีย				
5. เพื่อนฉันบอกว่าฉันเป็นคนหงุดหงิดง่าย				
6. ฉันชอบทำงานที่ต้องแข่งขันกับผู้อื่น				
7. เมื่อมีงานที่ต้องทำฉันมักจะรีบลงมือทำก่อนแม้ว่างานนั้นจะขาดรายละเอียดที่ต้องการ				
8. ความผิดของฉันส่วนใหญ่มักเกิดจากการทำงานที่รีบเร่ง				
9. หากเป็นไปได้ฉันจะทำงาน 2 อย่างในเวลาเดียวกัน				
10. ฉันรู้สึกผิดเมื่อไม่ได้ทำอะไรจริงจัง				

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

เรื่อง	รวม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	SD
1.การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	400	72	151	158	18	1	3.69	0.826
เป็นประจำวัน	100.0	18.0	37.8	39.5	4.5	0.2		
2. การรับประทานอาหารประเภทผักเป็นประจำ	400	106	148	114	29	3	3.81	0.935
ทุกวัน	100.0	26.5	37.0	28.5	7.3	0.7		
3.การรับประทานผลไม้รสไม่หวานมาก	400	45	123	173	51	8	3.37	0.913
เป็นประจำทุกวัน	100.0	11.3	30.7	43.2	12.8	2.0		
4.การรับประทานไข่ไม่เกิน 3-4 ฟอง	400	63	121	136	67	13	3.39	1.041
ต่อสัปดาห์	100.0	15.7	30.3	34.0	16.7	3.3		
5.การดื่มนมพร่องไขมันเป็นประจำอย่าง	400	48	73	113	107	59	2.86	1.226
น้อยวันละ 1 แก้ว	100.0	12.0	18.3	28.3	26.7	14.7		
6.การดื่มน้ำเปล่าวันละ 8 แก้ว	400	128	114	103	39	16	3.75	1.126
เป็นประจำ	100.0	32.0	28.4	25.8	9.8	4.0		
7.การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย	400	56	74	104	102	64	2.89	1.277
สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20 – 30 นาที	100.0	14.0	18.5	26.0	25.5	16.0		
8. การออกกำลังกายเป็นประจำเช่นการ	400	50	75	112	110	53	2.90	1.219
เดินเร็ว การเดินแอโรบิก	100.0	12.5	18.8	28.0	27.5	13.2		
การวิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ								
เล่นโยคะ หรือเล่นกีฬา								
เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ								

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ(ต่อ)

เรื่อง	รวม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	SD
9. การออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกทุกครั้ง	400	45	88	97	102	68	2.85	1.260
10. การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและสภาวะร่างกาย	400	66	88	106	85	55	3.06	1.282
	100.0	16.5	22.0	26.5	21.3	13.7		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตน

เรื่อง	รวม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	SD
1.ท่านสามารถรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	400	23	121	192	57	7	3.24	0.830
3 มีมือเป็นประจำวันแม้ว่าจะไม่ได้ประกอบอาหารเอง	100.0	5.7	30.3	48.0	14.3	1.7		
2. ท่านสามารถรับประทานอาหารผักและผลไม้	400	36	134	165	53	12	3.32	0.920
เป็นประจำวันแม้ว่าจะหาได้ยาก	100.0	9.0	33.5	41.2	13.3	3.0		
3.ท่านสามารถดื่มนมพร่องไขมันอย่าง	400	18	69	136	115	62	2.67	1.073
น้อยวันละ 1 แก้วเป็นประจำ แม้ว่าจะไม่ชอบในรสชาติ	100.0	4.5	17.2	34.0	28.8	15.5		
4. ท่านสามารถรับประทานอาหารไขมันไม่เกิน	400	24	109	177	74	16	3.13	0.918
สัปดาห์ละ 3-4 ฟองได้ แม้ว่าจะชอบ	100.0	6.0	27.3	44.2	18.5	4.0		
5.ท่านสามารถงดอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน	400	56	116	131	78	19	3.28	1.077
หรืองดอาหารที่มีไขมันมาก ๆ ได้แม้ว่าจะชอบ	100.0	14.0	29.0	32.8	19.4	4.8		
6.ท่านสามารถงดอาหารประเภทแป้ง ย่าง	400	48	113	136	81	22	3.21	1.069
ทอดจนไหม้เกรียมได้ แม้ว่าจะชอบ	100.0	12.0	28.3	34.0	20.2	5.5		
7.ท่านสามารถงดอาหารที่มีรสจัด หรือ	400	46	113	145	72	24	3.21	1.058
เค็มได้แม้ว่าจะชอบ	100.0	11.5	28.3	36.2	18.0	6.0		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตน(ต่อ)

เรื่อง	รวม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	SD
8.ถึงแม้ว่าต้องทำงานหนัก ท่านก็สามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20 – 30 นาที	400	21	48	119	154	58	2.55	1.047
9.ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายมีขั้นตอน การปฏิบัติที่ยุ่งยาก แต่ ท่านก็สามารถมี กิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้	400	17	51	122	147	63	2.53	1.038
10.ทุกครั้งที่คุณออกกำลังกาย ท่านสามารถ ออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก แม้ว่าจะรู้สึกเหนื่อย	400	31	56	132	118	63	2.69	1.131
	100.0	7.8	14.0	33.0	29.4	15.8		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สถานะสุขภาพของตน

เรื่อง	รวม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	SD
1. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านไม่เคยเจ็บป่วย ร้ายแรง	400	191	138	32	30	9	4.18	1.015
2. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของตนเอง แข็งแรงดี	100.0	47.8	34.5	8.0	7.5	2.2		
3. ในอนาคต ท่านคาดว่าจะสุขภาพของท่านอาจจะไม่แข็งแรง	400	68	193	107	26	6	3.73	0.872
4. ท่านไม่เคยสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย	100.0	17.0	48.3	26.7	6.5	1.5		
5. ท่านคิดว่าท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากกว่าที่ควรจะเป็น	400	24	46	198	107	25	2.84	0.922
6. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	100.0	6.0	11.5	49.5	26.8	6.2		
7. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	400	125	174	44	52	5	3.91	1.024
8. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	100.0	31.3	43.5	11.0	13.0	1.2		
9. ท่านคิดว่าท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากกว่าที่ควรจะเป็น	400	53	171	91	64	21	3.43	1.071
10. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	100.0	13.2	42.8	22.8	16.0	5.2		
11. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	400	45	111	112	106	26	3.11	1.115
12. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	100.0	11.2	27.8	28.0	26.5	6.5		
13. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	400	67	161	80	80	12	3.48	1.080
14. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของเขามากกว่าท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	100.0	16.8	40.2	20.0	20.0	3.0		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สถานะสุขภาพของตน(ต่อ)

เรื่อง	รวม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	SD
8.ท่านพยายามหลีกเลี่ยง สิ่งที่ทำให้ ตนเองป่วย	400	106	220	50	12	12	3.99	0.884
9.เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้พยายาม ดูแลตนเองอย่างเต็มที่	100.0	26.5	55.0	12.5	3.0	3.0		
10.ท่านจะไม่ยอมไปพบ แพทย์เป็น อันดับถ้าไม่ป่วยหนัก จริงๆ	400	127	225	34	12	2	4.16	0.738
	100.0	31.8	56.2	8.5	3.0	0.5		
	400	42	121	55	124	58	2.91	1.268
	100.0	10.5	30.2	13.8	31.0	14.5		

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เรื่อง	รวม	ใช่อย่าง แน่นอน	ใช่	ไม่แน่ใจ /ไม่ ทราบ	ไม่ใช่	ไม่ใช่ อย่าง แน่นอน	ค่า เฉลี่ย	SD
1.การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	400	46	182	62	100	10	4.00	1.058
ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะมีขั้นตอนในการปฏิบัติยุ่งยาก	100.0	11.5	45.5	15.5	25.0	2.5		
2. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	400	36	164	50	132	18	3.17	1.120
ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะไม่มีเวลาไปเลือกซื้ออาหาร	100.0	9.0	41.0	12.5	33.0	4.5		
3.การดื่มนมพร่องไขมันเป็นประจำ	400	52	155	74	90	29	3.28	1.161
อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว	100.0	13.0	38.8	18.5	22.5	7.2		
ไม่สามารถ ปฏิบัติได้เพราะไม่ชอบ รสชาติของนม								
4. การรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน	400	79	170	78	61	12	3.61	1.059
หรืออาหารที่มีไขมันมากเกินไป	100.0	19.8	42.5	19.5	15.2	3.0		
ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะรับประทานอาหารจนเคยชิน								
5. การหลีกเลี่ยงดื่มน้ำอัดลม หรือ	400	135	116	54	72	23	3.67	1.267
เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง	100.0	33.8	29.0	13.4	18.0	5.8		
เช่น ลิโพ กระทั่งแดง								
ไม่สามารถปฏิบัติได้								
เพราะบางครั้งทำงานหนัก อ่อนเพลียมากหรือ								
ต้องปฏิบัติหน้าที่ในเวลา								
กลางวัน								

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

เรื่อง	รวม	ใช่อย่าง แน่นอน	ใช่	ไม่ แน่ใจ / ไม่ ทราบ	ไม่ใช่	ไม่ใช่ อย่าง แน่นอน	ค่า เฉลี่ย	SD
6. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20 – 30 นาทีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะไม่มีเวลา	400	50	103	98	124	25	3.07	1.147
7. การออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย	400	85	180	58	66	11	3.66	1.072
8. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกายไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	400	86	175	78	51	10	3.69	1.025

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

เรื่อง	รวม	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บางครั้ง	ไม่ได้รับ เลย	ค่าเฉลี่ย	SD
การรับประทานอาหาร						
1. โทรศัพท์	400	248	147	5	1.61	0.514
	100.0	62.0	36.8	1.2		
2. วิทยุกระจายเสียง	400	58	263	79	0.95	0.584
	100.0	14.4	65.8	19.8		
3. หนังสือพิมพ์	400	134	234	32	1.25	0.592
	100.0	33.5	58.5	8.0		
4. นิตยสาร / วารสาร	400	120	247	33	1.22	0.580
	100.0	30.0	61.8	8.2		
5. อินเทอร์เน็ต	400	93	225	82	1.03	0.662
	100.0	23.3	56.2	20.5		
6. บุคลากรทางการแพทย์	400	133	237	30	1.26	0.585
	100.0	33.3	59.3	7.4		
การออกกำลังกาย						
1. โทรศัพท์	400	223	170	7	1.54	0.533
	100.0	55.8	42.4	1.8		
2. วิทยุกระจายเสียง	400	81	224	95	0.97	0.663
	100.0	20.3	56.0	23.7		
3. หนังสือพิมพ์	400	107	230	63	1.11	0.643
	100.0	26.8	57.5	15.7		
4. นิตยสาร / วารสาร	400	118	246	36	1.21	0.586
	100.0	29.5	61.5	9.0		
5. อินเทอร์เน็ต	400	92	214	94	1.00	0.683
	100.0	23.0	53.5	23.5		
6. บุคลากรทางการแพทย์	400	129	231	40	1.22	0.611
	100.0	32.2	57.8	10.0		

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

เรื่อง	รวม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ส่วน น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ค่าเฉลี่ย	SD
1. ท่านรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	400	36	117	190	51	6	3.32	0.862
3 มื้อ เป็นประจำทุกวัน	100.0	9.0	29.2	47.5	12.8	1.5		
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก	400	61	170	130	36	3	3.63	0.875
เป็นประจำทุกวัน	100.0	15.2	42.5	32.5	9.0	0.8		
3. ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวาน	400	27	132	189	46	6	3.32	0.821
มากเป็นประจำทุกวัน	100.0	6.8	33.0	47.2	11.5	1.5		
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีไขมันเจือปนมาก ๆ เป็นประจำ	400	33	138	164	56	9	3.33	0.85
	100.0	8.3	34.5	41.0	14.0	2.2		
5. ท่านรับประทานอาหารปิ้งย่างทอด	400	61	178	125	29	7	3.64	0.887
จนไหม้เกรียมเป็นประจำ	100.0	15.3	44.5	31.2	7.2	1.8		
6. ท่านดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่ม	400	153	119	83	30	15	3.91	1.106
ประเภทชูกำลัง เช่น ลิโป๊ กระทิงแดง เป็นประจำ	100.0	38.2	29.8	20.8	7.4	3.8		

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทาน
อาหารและออกกำลังกาย (ต่อ)

เรื่อง	รวม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ส่วน น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ค่าเฉลี่ย	SD
7. ทำนออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วัน ๆ ละ 20 – 30 นาที เป็น ประจำ	400	25	36	108	164	67	2.47	1.069
8. ทำนออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เล่นโยคะ หรือเล่น กีฬา ครั้งละ 20 -30 นาที เพื่อเป็นการ ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเป็น ประจำ	400	24	38	120	139	79	2.47	1.094
9. ทำนออกกำลังกาย จนกระทั่งมีเหงื่อ ออกทุกครั้ง	400	30	53	102	128	87	2.53	1.184
10 .ทำนออกกำลังกาย โดยคำนึงถึง วัยและสภาพ ร่างกาย	400	32	101	117	89	61	2.89	1.181

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินบุคลิกภาพ (เจ เอ เอส)

เรื่อง	รวม	จริงเกือบ ตลอดเวลา	จริง บ่อยครั้ง	จริงน้อย มาก	ไม่จริง เลย	ค่าเฉลี่ย	SD
1. ฉันเกลียดการขึ้นเข้าคิว รอคอย	400	36	146	128	90	2.32	0.922
	100.0	9.0	36.5	32.0	22.5		
2. บ่อยครั้งที่ฉันทำงาน แข่งกับเวลา	400	96	206	81	17	2.95	0.782
	100.0	24.0	51.5	20.3	4.2		
3. ฉันรู้สึกหงุดหงิดเมื่อ ต้องใช้เวลาอันยาวนานไป ในการทำงาน	400	27	136	158	79	2.28	0.856
	100.0	6.8	34.0	39.5	19.7		
4. ภายใต้อาการเครียดฉัน มักอารมณ์เสีย	400	25	151	181	43	2.40	0.762
	100.0	6.2	37.8	45.2	10.8		
5. เพื่อนฉันบอกว่าฉัน เป็นคนหงุดหงิดง่าย	400	18	85	169	128	1.98	0.845
	100.0	4.5	21.3	42.2	32.0		
6. ฉันชอบการทำงานที่ ต้องแข่งขันกับผู้อื่น	400	6	50	192	152	1.78	0.718
	100.0	1.5	12.5	48.0	38.0		
7. เมื่อมีงานที่ต้องทำฉัน มักจะรีบลงมือทำก่อน แม้ว่างานนั้นจะขาด รายละเอียดที่ต้องการ	400	12	91	218	79	2.09	0.734
	100.0	3.0	22.8	54.4	19.8		
8. ความผิดของฉันส่วน ใหญ่มักเกิดจากการ ทำงานที่รีบเร่ง	400	19	119	201	61	2.24	0.764
	100.0	4.8	29.8	50.2	15.2		
9. หากเป็นไปได้ฉันจะ ทำงาน 2 อย่าง ใน เวลาเดียวกัน	400	16	83	151	150	1.91	0.858
	100.0	4.0	20.7	37.8	37.5		
10. ฉันรู้สึกผิดเมื่อไม่ได้ ทำอะไรจริงจัง	400	59	182	119	40	2.65	0.851
	100.0	14.8	45.4	29.8	10.0		



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๔๓๓

ชื่อโครงการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพมหานคร

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๑๐-๕๐-๐๗ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวรสรินทร์ แก้วดา

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสดชิงก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๐



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

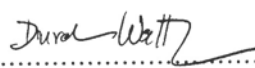
**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2007/433

Title of Project	Factors Affecting Health Promotion Behaviors Among Personel, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Bangkok
Protocol Number	ID 10-50-07
Principal Investigator	Miss. Rossarin Kaewta
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

October 22, 2007

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวรสรินทร์ แก้วตา
วัน เดือน ปี เกิด	25 พฤศจิกายน 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตร์, พ.ศ.2537-2541 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, พ.ศ.2546-2552
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตำแหน่ง: พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย