

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

นางสาวนพวรรณ จินแพทย์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล ก.ค.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี Ph.D.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี Ph.D.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2551

นางสาวนพวรรณ จินแพทย์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทรมโนลี ศ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล ค.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และผู้มีพระคุณหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา ดันสกุล ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. นิรัตน์ อิมามิ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณีนันท์ ชีรวีวัฒน์ คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ จันทระโมลี ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไขและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ และขอกราบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชา ความรู้และชี้แนะแนวทางเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสดำเนินการรับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างมากมาย

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์บุญนำ ชัยวิสุทธ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้ความสะดวก และร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา น้อง ที่เป็นกำลังใจสำคัญมาตลอด เพื่อนในภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ที่คอยให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและกัลยาณมิตรทั้งหลายที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และมีส่วนช่วยเหลือจนสำเร็จการศึกษา

นวพรรณ จินแพทย์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
(HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL
KANCHANABURI PROVINCE)

นวพรรณ จินแพทย์ 4637219 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุปรียา ตันสกุล, บ.ด., นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D, มณีนรัตน์ ชีรวีวัฒน์, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 77.5 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมในมิติย่อยของการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 82.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.3 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.8 ไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีความเครียดแต่นานๆ ครั้ง และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 93.5 ตรวจสุขภาพ ตัวแปรอายุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนดัชนีมวลกาย การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแปรเพศ สถานภาพการสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดังนั้นในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ควรทำทั้งระดับองค์กร เชิงนโยบาย ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล โดยมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ / แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL, KANCHANABURI PROVINCE

NAVAPHAN JINAPHAT 4637219 PHPH/M

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

THESIS ADVISORS: SUPREYA TANSAKUL, Ph.D., NIRAT IMAMEE, Ph.D.,
MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D.,

ABSTRACT

This research was a cross-sectional survey which aimed to study the health promoting behavior of public health personnel by applying Pender's Health Promotion Model. The sample was compired of 400 public health personnel in Kanchanaburi Province. Data collection has been done by using self-administered questionnaires. The statistical measurements employed were frequency, arithmetic means, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results showed that 77.5 percent of the sampled public health personnel had low level of health promoting behavior. In regards to specific health promoting behavior, it was found that: 82.3 percent had low level of nutrition; 46.3 percent had low level of physical exercise; 96.8 percent did not smoke; 85.3 percent did not drink alcohol; 59.0 percent had stress once in a while; and almost all of the respondents (93.5%) had yearly physical check-ups. A positive relation was found between the health promoting behavior of the sampled public health personnel and the following factors: age, perceived benefits of performing health promoting behavior, and perceived self-efficacy to perform health promoting behavior. A negative relation was found between the health promoting behavior of public health personnel and the following factors: body mass index and perceived obstacles regarding performing health promoting behavior. No relationship was found between factors relating to sex, marital status, official status, professional groups and health promoting behavior of public health personnel.

Thus, the determination of policy, strategies, and methods in implementing a program for promoting health promoting behavior of public health personnel in Kanchanaburi Province should be done at the organizational level regarding policy, the working-unit level, and individual level, by implementing activities continuously and seriously.

KEY WORDS: HEALTH PROMOTING BEHAVIOR / PENDER'S HEALTH PROMOTING
BEHAVIOR MODEL

180 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	11
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	12
แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	16
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	61
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	67
กรอบแนวคิดในการวิจัย	73
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	74
รูปแบบการวิจัย	74
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	77
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	82
การวิเคราะห์ข้อมูล	83

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	85
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	109
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	118
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	124
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	138
บรรณานุกรม	155
ภาคผนวก	159
ประวัติผู้วิจัย	180

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบความแตกต่างของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	15
2	ปริมาณอาหารใน 1 วันของผู้ใหญ่ปกติที่มีขนาดร่างกายปานกลาง	28
3	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ และดัชนีมวลกาย	86
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	88
5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม(ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ)เป็นรายชื่อ	88
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	90
7	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายชื่อ	90
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	92
9	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม(ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ)เป็นรายชื่อ	92
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับอิทธิพลของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	94
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	94
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพแวดล้อมที่บ้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	95

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	95
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรับประทานอาหาร	96
15	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรับประทานอาหารรายข้อ	97
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย	99
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย	100
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรไม่สูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบ	101
19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างและความถี่การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	102
20	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรมีความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด	103
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรตรวจสุขภาพประจำปี	104
22	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมกรส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	106
23	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านอายุและดัชนีมวลกาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	107
24	25ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	108

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- 1 แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)
- 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

19

73

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยที่เปลี่ยนจากกลุ่มโรคติดต่อไปสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการทั้งด้านพฤติกรรม วิถีชีวิต พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม กลุ่มโรคเหล่านี้มีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน และค่อยเป็นค่อยไป และโดยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยแต่ละปีคนไทยใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพรวมกันกว่า 2.5 แสนล้านบาท ส่วนใหญ่ใช้เพื่อการซ่อมสุขภาพและมีอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 10 ต่อปี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2545: 225) ก่อให้เกิดผลเสียต่อปัญหาเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก

สุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน อันพึงมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีสุขภาพดี การมีสุขภาพที่ดีมีความสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี มิใช่เพียงปราศจากโรคเท่านั้น แต่ต้องมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 และได้ตั้งเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทั้งหลายได้มีโอกาส และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จากการประชุมนานาชาติที่ประเทศแคนาดา (The First International Conference on Health Promotion: 1986) องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศสมาชิกดำเนินกิจกรรมหลักในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการที่รู้จักกันในนามของ “กฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health)

เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั่นคือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพและความผาสุกของตนเอง เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Pender, 1996)

การส่งเสริมสุขภาพถือว่าเป็นการลงทุนที่มีค่า เป็นกระบวนการที่จะช่วยเสริมสร้างให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ช่วยลดความไม่เสมอภาคและปัญหาทางด้านสุขภาพการเจ็บป่วย และการตายก่อนวัยอันควรก็จะลดลงอันจะนำไปสู่ผลดีทางด้านสุขภาพที่มากที่สุดสำหรับประชาชน

จากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อมความก้าวหน้าของการสื่อสารโทรคมนาคม ทำให้โลกปัจจุบันเป็นโลกไร้พรมแดน อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารส่งผลกระทบต่อประเทศไทย ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองทำให้วิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของคนไทย ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น นิยมบริโภคอาหารจานด่วนและขนมขบเคี้ยวซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มาจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคไร้เชื้อ โดยพบมากกว่าร้อยละ 50 ของสาเหตุการตายของประเทศและ 5 ใน 10 โรคแรกของทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่รับไว้ในโรงพยาบาลล้วนเป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุอันเนื่องกับพฤติกรรมและสังคม จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับ Disease Burden ได้คาดการณ์ว่าโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อโดยเพิ่มขึ้นจาก 36.1% ในปี ค.ศ.1990 เป็น 56.7% ในปี ค.ศ. 2000

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 จนถึงปัจจุบันพบว่าการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการป่วยและการตาย ทั้งในส่วนของกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมองและโรคหัวใจขาดเลือด องค์การอนามัยโลกและธนาคารโรค ร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Marry and Lopez, 1996) ทำนายแนวโน้ม ในปี พ.ศ. 2563 และคาดประมาณว่าจำนวนการตายจากกลุ่มโรคดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 20 ล้านคนโดย 13 ล้านคน หรือร้อยละ 65 มาจากประเทศกำลังพัฒนาและยุโรปตะวันออก ซึ่งกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกับทุกภาคของสังคมไทย ทำให้ทุกคนต้องปรับตัว เพื่อรับมือกับเปลี่ยนแปลงนี้ แบบแผนของการเกิดโรคติดต่อได้ลดความรุนแรงลง มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้น ตัวอย่าง ได้แก่ การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไร้วินัยในการขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสู่วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก การบริโภคอาหารที่เรียกว่า “อาหารขยะ” การขาดการออกกำลังกายและความเคร่งเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งกลยุทธ์ในการดำเนินการควบคุมป้องกันการป่วยและการตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อคือ สร้างกลไกการสื่อสารที่สะดวกต่อการเข้าถึง เพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยง

ของโรค กระบวนการเกิดโรค และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และนำสาขารณสุขสู่การดูแลสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคตลอดชีวิต

ตามนโยบายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) จึงมีการปรับแนวคิดการพัฒนาโดยเน้นให้ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” (Human-centered or People-centered) ได้เน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวม 2 ลักษณะ คือ ประการที่หนึ่งเน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข ประการที่สองเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตัวเองและครอบครัวควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อม ทั้งระบบการบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการและสถานะแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลานามัยที่ดีจะนำไปสู่ความมีคุณภาพ (แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544)

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2544-2549) มีแนวคิดของการพัฒนาสุขภาพ คือสุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่าง “สมดุล” ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ ปรัชญานำทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 เน้น “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาต่างๆ เป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะมีรากฐานที่ความเข้มแข็งมีความพอเพียงทางสุขภาพ มีความรอบคอบและใช้ความพอประมาณมีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างเท่าทัน มีการบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค มีหลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ซึ่งมียุทธศาสตร์การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ เสริมสร้างบริการสุขภาพอย่างสมดุลระหว่างการผลิตเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยกำหนดให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้น เป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลลงในระยะยาว สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาด้านพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ

จากยุทธศาสตร์ของพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 8 - ฉบับที่ 10 ซึ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพราะกลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาสาธารณสุข ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง การไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเหล่านี้สามารถป้องกันและชะลอไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง

ในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลกครั้งที่ 6 (The 6th Global Conference on Health Promotion 2005) ในประเทศไทยได้ประกาศกฎบัตรกรุงเทพมหานคร (Bangkok Charter) ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำประเทศไทยไปสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ปี พ.ศ. 2558 (วลลภ ไทยเหนือ 2547: 1-3) จากยุทธศาสตร์ดังกล่าวสถานพยาบาลจึงต้องเพิ่มมิติของการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการให้บริการทางการแพทย์และพัฒนาเป็นสถานพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยทำสถานพยาบาลให้เป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีสุขภาพดีเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และสามารถเป็นตัวอย่างในการจูงใจให้ผู้รับบริการปฏิบัติตาม จึงควรให้มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มนี้

สำหรับจังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดชายแดนติดกับประเทศเมียนมาร์ (สาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งประเทศไทย) ตั้งอยู่ในภาคกลางด้านตะวันตกของประเทศไทยระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานครตามเส้นทางสายเพชรเกษม ประมาณ 129 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 19,483 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 810,265 คน เป็นชาย 408,391 คน เป็นหญิง 401,874 คน แบ่งการปกครองเป็น 10 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ 95 ตำบล และ 949 หมู่บ้าน

ในส่วน of สถานบริการสาธารณสุขมีโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 13 แห่ง สถานีอนามัย จำนวน 143 แห่ง

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2551 (1 มีนาคม 2551) มีจำนวน 2,535 คน ประกอบด้วยแพทย์จำนวน 109 คน ทันตแพทย์ จำนวน 51 คน เภสัชกร จำนวน 49 คน พยาบาลจำนวน 1,063 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ จำนวน 1,263 คน ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และสาธารณสุขยังถือว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงระดับหนึ่ง โดยอัตราส่วนแพทย์ 1 คน

ต่อประชากร 66,628.66 คน ทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 21,804.82 คน เภสัชกร 1 คน ต่อประชากร 14,285.91 คน พยาบาล 1 คน ต่อประชากร 776.55 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี 1 มีนาคม 2551)

ลักษณะงานบริการสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ เป็นการให้บริการต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงและครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัด ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ต้องมีการเหน็ดเหนื่อยที่ความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นสุขภาพร่างกายและจิตใจของเจ้าหน้าที่ควรได้รับการดูแลและตรวจสุขภาพเป็นประจำ

จากรายงานการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 440 เตียง ในจังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2548 - 2550 พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีผลตรวจสุขภาพผิดปกติที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ มีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นอันดับหนึ่งทั้ง 3 ปี โดยในปี พ.ศ. 2548 ผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่พบมีระดับไขมันในเลือดสูง จำนวน 457 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.08 จากการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ 662 ราย ปี พ.ศ. 2549 ผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่ พบมีระดับไขมันในเลือดสูงจำนวน 297 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.74 จากการตรวจสุขภาพ เจ้าหน้าที่ 489 ราย ปี พ.ศ. 2550 ผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่พบมีระดับไขมันในเลือดสูงจำนวน 235 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.28 จากการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ 497 ราย ผลการตรวจเจ้าหน้าที่ ในปี พ.ศ. 2548 - 2550 พบผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่มีน้ำตาลในเลือดสูง เป็นลำดับรองลงมาจากมีไขมันในเส้นเลือดสูงโดยในปี พ.ศ. 2548 ผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่พบมีน้ำตาลในเลือดสูง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.47 จากผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ 457 ราย ปี พ.ศ. 2549 ผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่พบมีน้ำตาลในเลือดสูง 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.88 จากผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ 489 ราย ปี พ.ศ. 2550 ผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่พบมีน้ำตาลในเลือดสูง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.83 จากผลการตรวจสุขภาพ เจ้าหน้าที่ 497 ราย

จากผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีระดับไขมันในเลือดสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น ซึ่งรูปแบบการใช้ชีวิตที่ส่งผลให้มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวได้แก่

- 1) มีรูปร่างอ้วน 2) การสูบบุหรี่ 3) การดื่มสุราและความเครียด
- 4) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม 5) ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ

แต่อย่างไรก็ดีสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง หรือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวนี้สามารถป้องกันได้หรือชะลอไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง โดยปฏิบัติตามแนวทางของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544), ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) และฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ดังนั้นการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีสุขภาพดีก็จะทำประโยชน์ให้กับสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติอย่างมาก

วันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 20 ราย พบว่ามีปัญหาเรื่องโรคและอาการต่างๆ ดังนี้โรคกระเพาะอาหาร 9 คน ความดันโลหิตสูง 3 คน เส้นเลือดอุดตัน 8 คน ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ 14 คน มีนิ่วในถุงน้ำดี 12 คน นอนไม่หลับ 10 คน ประจำเดือนผิดปกติ 6 คน สำหรับด้านการปฏิบัติตัวพบว่ามีเจ้าหน้าที่จำนวน 14 คนที่ตอบว่ารับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้ง เจ้าหน้าที่ 4 คนที่สูบบุหรี่และ 10 คนที่ดื่มสุรา ด้านการออกกำลังกายพบว่าเจ้าหน้าที่ 12 คน ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีเจ้าหน้าที่ 10 คนที่บริหารจัดการความเครียดไม่ถูกต้อง มีเจ้าหน้าที่ 4 คนที่ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ สามารถป้องกันได้หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรี มีปัญหาด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทราบถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีว่าเป็นอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหากทราบสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติทางสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์แบบจำลองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ปัญหาในการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีหรือไม่ อย่างไร
4. ปัจจัยร่วมด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
2. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย
 - 1.2 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตน
 - 1.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล (Interpersonal Influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ
 - 2.1 การรับประทานอาหาร
 - 2.2 การสูบบุหรี่
 - 2.3 การดื่มสุรา
 - 2.4 การออกกำลังกาย
 - 2.5 การบริหารจัดการความเครียด
 - 2.6 การตรวจสุขภาพประจำปี

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ในเขตจังหวัดกาญจนบุรี

2. ดัชนีมวลกาย (Body mass index = BMI) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะอ้วนผอมในผู้ใหญ่ด้วยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเซนติเมตร แล้วคำนวณค่า BMI โดย
$$\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

การมีค่าดัชนีมวลกายมากเกินไปเกินมาตรฐานจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ มากกว่าคนที่มีความดัชนีมวลกายปกติ โดยมีเกณฑ์ประเมินระดับ ดังนี้

ดัชนีมวลกาย	ประเภท	ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
< 18.5	น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	ต่ำ
18.5 - 24.9	น้ำหนักตัวปกติ	ปกติ
25.0 - 29.9	น้ำหนักตัวเกิน	เพิ่มกว่าปกติ
30.0 - 34.9	โรคอ้วนรุนแรงระดับ 1	เพิ่มขึ้นปานกลาง
35.0 - 39.9	โรคอ้วนรุนแรงระดับ 2	เพิ่มขึ้นมาก
≥ 40	โรคอ้วนรุนแรงระดับ 3	เพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง

ที่มา : กรมอนามัย 2543

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผลต่อสุขภาพส่วนบุคคลให้แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากความเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้

3.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง พฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น การรับประทานอาหารผัก ผลไม้ และดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วทุกวัน รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือเนื้อสัตว์ติดมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด (หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด) และรับประทานอาหารไขมันไม่เกินสัปดาห์ละ 3-4 ฟอง

3.2 การสูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมการสูบ/ไม่สูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยประเมินตามความถี่ในการสูบหรือไม่สูบ ตามเกณฑ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2536:3) ดังนี้

3.2.1 สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีนิสัยในการสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วยอาจงดสูบบุหรี่ชั่วคราว

3.2.2 สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

3.2.3 ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดๆ เลย

3.3 การดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมการดื่ม/ไม่ดื่มสุราของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยประเมินตามความถี่ในการดื่ม หรือไม่ดื่ม ดังนี้

3.3.1 ดื่มสุราเป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการดื่มสุราและดื่มสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วยอาจงดดื่มชั่วคราว

3.3.2 ดื่มสุรานานๆ ครั้ง หมายถึง การดื่มสุราที่มีลักษณะการดื่มที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

3.3.3 ไม่ดื่มสุรา หมายถึง ไม่ดื่มสุราประเภทใดๆ เลย

3.4 การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายตามความสามารถ และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วนและใช้แรงกล้ามเนื้อ จะใช้กิจกรรมใดก็ได้ เช่น การบริหารร่างกาย เดินเร็ว วิ่งเหยาะ กระโดดเชือก หรือการเล่นกีฬาที่มีได้มุ่งเพื่อการแข่งขัน โดยถือหลักคือเกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที

3.5 การบริหารจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกาย เช่น การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด การปรึกษากับผู้ใกล้ชิด การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสม

3.6 การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยการตรวจต่างๆ เช่น การตรวจความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเส้นเลือด การตรวจปัสสาวะ การเอ็กซเรย์ปอด การตรวจสมรรถภาพของหัวใจ เป็นต้น

4. การรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความมั่นใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี

5. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ หมายถึง ความเชื่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงประโยชน์การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อสุขภาพของตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี

6. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ หมายถึง ความเชื่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังยั้งการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี

7. อิทธิพลของบุคคล หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลอื่นเช่นสามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส) สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างานที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตัวบุคคลนั้น

8. อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนกันยายน 2551 จำนวน 400 คน

2. ตัวแปรอิสระในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 2006: 1-12) ดังนี้

2.1 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

2.2 ปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้ (Cognitive - Perceptual Factors)

2.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล (Interpersonal Influences) และ อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี” ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

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

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเชื่อว่าทำให้ตนเองมีสุขภาพดี จึงลงมือกระทำ เช่น รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอความต้องการของร่างกาย นอนหลับประมาณวันละประมาณ 7 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุรามากเกินไป ไม่สูบบุหรี่หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพก็คือพฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Murray and Zentner 1989 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2532: 43-44)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพคือแฮร์ริส และกูเตน (Harries and Guten cited in Pender 1987: 38) ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่รวมทั้งการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protecting Behaviors) (Brubaker 1983: Murray and Zentner 1989: Pender 1987 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์ 2532: 45) โดยเพนเดอร์ (Pender 1987: 54) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น ด้วยเป้าหมาย

สำคัญทางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งยกระดับภาวะสุขภาพดังกล่าวแล้ว ทำให้มีผู้สนใจและให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

กอชแมน (Gochman 1982 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์ 2532: 44-45) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าหมายถึงการที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health related behavior) จึงเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และพาแลงก์ (Palank 1991: 816) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น นอกจากนี้ แฮริสและกูเตน (Harries and Guten 1979: 6) ได้นิยามคลุมไปถึงการรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวมหมวก ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหาร ทั้งจำนวนอาหาร ความถี่และเวลาของมื้ออาหาร

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยิมนาสติก การพักผ่อนหย่อนใจในวันหยุดสุดสัปดาห์ การงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่และการงดใช้สารเสพติดต่างๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย เช่น การรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรค เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อคุณสมบัติของหัวใจ การเอ็กซเรย์ประจำปี และการไปพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตนคือเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น แมคคาร์ (Macharie 1978 :121) กล่าวถึงพฤติกรรมนี้ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่า ตนเองต้องการคำแนะนำและตัดสินใจที่จะแสวงหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งจะนำไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลยแต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่างๆ นั้นหายไปได้เอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือความคิดเห็นของตัวเองเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การจัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ

การให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” (เกษม นครเขตต์ 2537:18-20) นักวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในต่างประเทศได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Life Styles for disease prevention) ในความหมายนี้ทำให้มองเห็นได้ว่า เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีพื้นฐานของความคิดมาจากข้อมูลภาวะการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บของบุคคล ว่าปัจจุบันสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรมิได้เกิดมาจากโรคติดเชื้อต่างๆ (Infection Disease) ทั้งนี้เพราะความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่สามารถแก้ไขปัญหการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆ อย่างได้ผล (ยกเว้นโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งจะพบในทศวรรษที่ผ่านมา) แนวโน้มของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค” นั้น จัดได้ว่าเป็นแนวทางของการแก้ปัญหาที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้ทางหนึ่ง และนับว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุกเพราะ

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมยุคปัจจุบัน

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

เพนเดอร์ (Pender 1987: 4, 87) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนี้เพนเดอร์ ได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่สำคัญของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งสององค์ประกอบนี้มีพื้นฐานในการมุ่งหมายและจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพ	การป้องกันโรค
1. การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสุขและการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม	1. การป้องกันประกอบด้วย ระยะแรก กิจกรรมต่างๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการผิดปกติของการทำหน้าที่ร่างกายของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ระยะที่สอง มีจุดเน้นที่การวินิจฉัยโรคได้โดยเร็ว และให้การรักษาทันทีเพื่อหยุดยั้งกระบวนการเกิดพยาธิสภาพ ระยะที่สาม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น
2. ไม่มีจุดเน้นที่โรคหรือปัญหาสุขภาพ	2. มีจุดเน้นที่โรคหรือปัญหาสุขภาพ
3. เป็นพฤติกรรมที่มุ่งให้เกิดการกระทำ (Approch Behavior)	3. การป้องกันระยะแรกเป็นพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการเกิดโรค (Avoidance Behavior)
4. เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี	4. เป็นพฤติกรรมที่ขัดขวางหรือยับยั้งการเกิดพยาธิสภาพที่มีผลต่อสุขภาพ

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่

จะมุ่งยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาว เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสถานะที่เรียกว่า “การมีคุณภาพชีวิตที่ดี” ที่แท้จริง

นอกจากการให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวแล้ว ยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมแบบแผน การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติและงานวิจัยอีกด้วย (Pender, Walker, Sechrist and Frank Stromberg 1990 cited in Johnson, et al 1993:132) ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) เป็นรูปแบบที่ได้รับความสนใจอย่างมากจากบุคลากรทีมสุขภาพ ก็คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

2. แนวคิด ทฤษฎีที่ประยุกต์ในการศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987:4) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องที่สมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน และสังคม

วอกเกอร์และคณะ (Walker, et al, 1990:268) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสามารถของบุคคล

พาแลงค์ (Palank, 1991:816) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้เพื่อเพิ่มระดับความสมบูรณ์ เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ กิจกรรมเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

เมอร์เรย์และเซนทเนอร์ (Murray and Zentner, 1993:659) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่ยกระดับบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

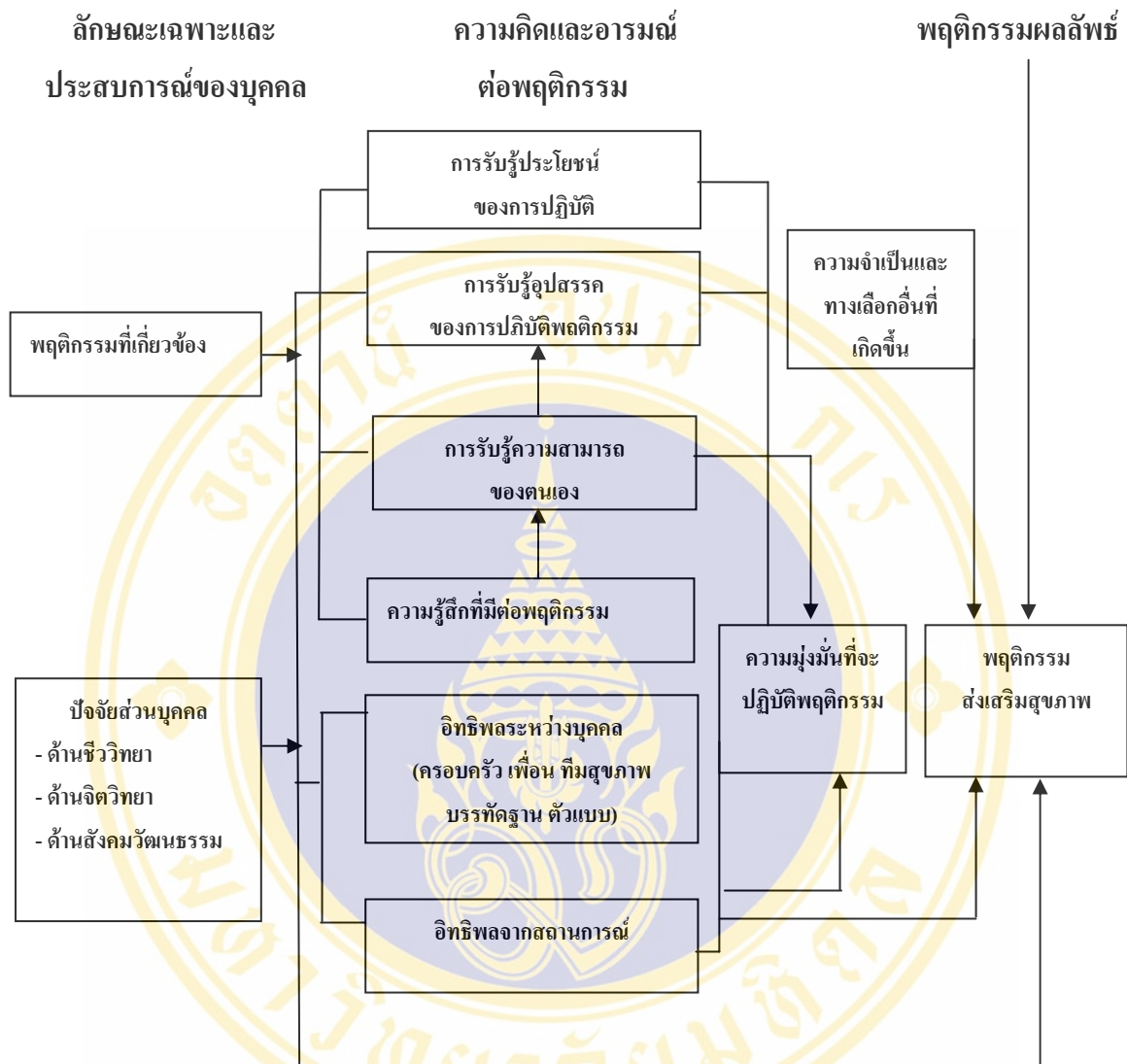
เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528: 22-23) ได้กล่าวถึงหลักการส่งเสริมสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมัน จดเว้น ดื่มชา กาแฟ สุรา การประเมินสภาพการกินเป็นไป ได้ จากการประเมินความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานตามอายุและส่วนสูง
2. นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ โดยจำนวนชั่วโมงของการนอน ขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าเป็น 8 ชั่วโมงหรือ 10 ชั่วโมง
3. อยู่เป็น หมายถึง การรักษาสุขวิทยาที่ดี มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักการลดความเครียดทางจิตใจ มีอารมณ์ดี การพักผ่อนที่เหมาะสม
4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม ในระยะแรก ของการปรับตัว อาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผลความเข้าใจและการยอมรับ จะทำให้การปรับตัวดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ ไม่ควรที่จะไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่ได้อย่างที่หวังจะเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดก็แยกตัวจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้ อย่างไม่มีความสุข

จากการศึกษาความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงกันในการศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ฉบับปรับปรุง 2006 โดยในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณสุขชน ต่อมาเพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของโมเดลการป้องกันสุขภาพ คือ เป็นโมเดลทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพหรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นโมเดลเชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ในปี ค.ศ.1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

สาระสำคัญของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006: 1-12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการรู้คิด ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุง ในปี ค.ศ. 2006 นี้ (ภาพที่ 1) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ



แผนภูมิที่ 1 แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006: 50)

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006: 51-57) ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้

เพนเดอร์¹ได้เสนอโมเดลที่สั้นย่อ คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคลโดยโมเดลทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้มีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่งคือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง
3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความ

คาดหวังการให้คุณค่า (Expectancy value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อขี้สอ ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายในได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเป็นต้น อุปสรรคภายนอกได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพล

โดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่ เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้านักศึกษาเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลาง

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า

รวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสับสน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อม ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับ สภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้น ไม่ใช่ สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะ กระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจ และกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นใน แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถ ควบคุมตนเอง (self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคล อื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่ เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมี อิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่า บุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จใน

ผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้นจากบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งในวัยกลุ่มทำงานการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยขจัดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมได้ และทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่ความผาสุกและมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคลเองต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี มีรายละเอียดดังนี้

การรับประทานอาหาร

อาหารมีความจำเป็นต่อสุขภาพตลอดอายุขัย ดังนั้นอาหารที่รับประทานต้องปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อป้องกันทั้งโรคขาดสารอาหารและโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับอาหาร การที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายหลักทางโภชนาการนี้ ทุกคนต้องแสวงหาความรู้ทางโภชนาการจากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับคนไทยประกอบด้วยหลัก 8 ประการ

(ณัฐกิจ ฉายเสมอแสง, 2543: 65-69) คือ

1. รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน อาหารที่คนไทยรับประทานอยู่ทุกวันจัดได้เป็น 5 หมู่ คือ เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งที่สำคัญให้โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ ข้าว เผือกมัน และน้ำตาลเป็นแหล่งให้พลังงาน พืชผักต่างๆ เป็นแหล่งให้วิตามินและเกลือแร่บางชนิดตลอดจนใยอาหาร ผลไม้ต่างๆ ให้พลังงานวิตามินและเกลือแร่บางชนิด ตลอดจนใยอาหาร และไขมันเป็นแหล่งให้พลังงานที่มากที่สุด เมื่อเทียบตามน้ำหนักที่เท่ากัน ไขมันพืชบางชนิดยังให้กรดไขมันจำเป็น คือ กรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) และกรดแอลฟาไลโนเลนิก (Alphalinolenic acid)

ในปริมาณมากกว่าไขมันจากสัตว์และมะพร้าว คนรับประทานอาหาร 5 หมู่ครบทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ย่อมได้รับสารอาหารครบถ้วน เพื่อป้องกันการเกิดโรคขาดสารอาหาร

2. รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ใหญ่ทุกคนควรมีความรู้ประเมินภาวะโปรตีนและพลังงานได้จากดัชนีความหนาของร่างกาย ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม / (ส่วนสูงเป็นเมตร)² ค่าปกติในผู้ใหญ่ คือ 18.5-24.9 กก./ม² ถ้าต่ำกว่า 18.5 กก./ม² จัดว่าผอม ถ้าผอมมากก็เป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย ส่วนผู้มีค่าตั้งแต่ 25.0-29.9 กก./ม² จัดว่าน้ำหนักตัวเกิน 30.0 ขึ้นไป จัดว่าเป็นโรคอ้วนซึ่งมีผลร้ายต่อสุขภาพ เพราะคนอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคนี้้วนในถุงน้ำดี โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้ออักเสบ โรคกระดูกบางชนิด นอกจากนั้นยังสามารถวินิจฉัยการสะสมไขมันภายในช่องท้องว่ามีมากน้อยเพียงใด ได้จากอัตราส่วนของเส้นรอบเอว/เส้นรอบวงสะโพก ผู้ชายและผู้หญิงมีอัตราส่วนดังกล่าวนี้เกิน 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ จัดว่าเป็นโรคอ้วน

3. รับประทานไขมันในขนาดพอเหมาะ ไขมันมีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ผู้ที่รับประทานอาหารที่ให้ไขมันมากจะเสี่ยงต่อการมีไขมันประเภทโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดและอาจเป็นโรคอ้วน ในทางตรงกันข้ามถ้ารับประทานไขมันน้อยไปก็ได้อพลังงาน และกรดไขมันจำเป็นไม่เพียงพอ ไขมันที่ได้จากมันหมูหรือน้ำมันพืชให้พลังงานได้เท่ากัน แต่ต่างกันในด้านคุณภาพ น้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันถั่วเหลือง เป็นแหล่งให้กรดไขมันจำเป็นทั้งสองชนิด คือ ให้กรดไลโนเลอิกร้อยละ 53 และกรดแอลฟาไลโนเลนิกร้อยละ 7 ของกรดไขมันทั้งหมด

ถ้ารับประทานกรดไลโนเลอิกให้ได้ร้อยละ 2 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันก็เพียงพอที่จะป้องกันการขาดกรดไลโนเลอิกได้ซึ่งมีอาการแสดงดังต่อไปนี้คือ การอักเสบของผิวหนัง จำนวนของเกล็ดเลือดต่ำลง ไขมันกึ่งในตับ การเติบโตชะงักงัน เส้นผมหยาบติดเชื้อมีได้ง่ายและบาดแผลหายช้า ร้อยละ 2 ของพลังงานนี้ถ้าคิดเป็นปริมาณน้ำมันถั่วเหลืองที่ต้องรับประทานสำหรับผู้ใหญ่ คือ 1 ช้อนชาครึ่ง การขาดกรดแอลฟาไลโนเลนิก ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้เช่นเดียวกับการขาดกรดไลโนเลอิก และยังทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด การรับประทานกรดแอลฟาไลโนเลนิก ให้ได้ร้อยละ 0.2 ของพลังงานที่ได้รับ จะป้องกันการขาดกรดแอลฟาไลโนเลนิกได้ ถ้ารับประทานน้ำมันถั่วเหลืองวันละ 1 ช้อนชาครึ่ง จะได้ทั้งกรดไลโนเลอิกและกรดแอลฟาไลโนเลนิก เพียงพอที่จะป้องกันการขาดกรดไขมันจำเป็นทั้งสองชนิด

นอกจากนี้กรดไลโนเลอิก ยังมีบทบาทในการควบคุมโคเลสเตอรอลและกรดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เกล็ดเลือดไม่จับตัวเป็นก้อนไปอุดตันตามหลอดเลือดต่างๆ และ

ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ทั้งนี้จะต้องรับประทานกรดไลโนเลอิกให้ได้ร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดหรือคิดเป็นปริมาณน้ำมันถั่วเหลือง 3 ช้อนโต๊ะอย่างสม่ำเสมอ คือ รับประทานกรดไลโนเลอิกในปริมาณที่กล่าวแล้วทุกๆ วันจึงจะได้ผล

ปัจจุบันนี้มีข้อมูลที่เด่นชัดบ่งชี้ว่าประชาชนที่รับประทานไขมันเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับและส่วนใหญ่เป็นไขมันอิ่มตัว จะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อจำกัดปริมาณไขมันทั้งหมดและไขมันอิ่มตัวที่บริโภคให้น้อยลง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงและอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก็ลดลงด้วย จึงได้เห็นความสำคัญของปริมาณและคุณภาพของไขมันที่ได้รับประทานไม่เกินร้อยละ 30 ของปริมาณที่ได้รับ ส่วนชนิดของไขมันนั้น ให้ได้จากไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัวตำแหน่งเดียวและไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง ซึ่งได้แก่กรดไขมันจำเป็นนั่นเองอย่างละเท่ากันคือร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมดและควรจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่าวันละ 300 มก. ส่วนโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตควรได้รับร้อยละ 15 และ 55 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับตามลำดับในทางปฏิบัติทำได้โดยใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารวันละ 3 ช้อนโต๊ะ และลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากได้แก่ เครื่องในสัตว์ และหนังสัตว์ต่างๆ ตลอดจนไข่แดง

4. รับประทานน้ำตาลแต่พอควร ประชาชนควรทราบถึงอันตรายจากการรับประทานน้ำตาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลูโคส) มากเกินไป ได้แก่ โรคฟันผุ ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (Very low density lipoprotein) ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein) ในเลือดต่ำ ภาวะพร่องการใช้กลูโคสและโรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานคาร์โบไฮเดรตส่วนใหญ่ที่ควรรับประทานคือข้าวและแป้ง

5. รับประทานอาหารที่มีใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ ใยอาหารคือส่วนของพืชโดยเฉพาะผนังเซลล์ซึ่งน้ำย่อยในลำไส้ของมนุษย์ไม่สามารถย่อยได้ แต่อาจถูกย่อยได้บ้างโดยเชื้อแบคทีเรียซึ่งมีอยู่ตามปกติในลำไส้มนุษย์ เนื่องจากหมู่ของอาหารที่ให้ใยอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ ข้าว และแป้ง ยกเว้นน้ำตาล จึงทำให้แยกใยอาหารออกจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดโมเลกุลซับซ้อนไม่ได้ และมักจะเรียกรวมกันว่าสารอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดมีใยอาหารมาก

เนื่องจากใยอาหารมีลักษณะเป็นกากมากและผ่านกระเพาะอาหารช้า จึงมีคุณสมบัติ คือ ทำให้รู้สึกอิ่มนาน สามารถจับสารต่างๆ ได้แก่ น้ำดี สารพิษต่างๆ โคเลสเตอรอล และสามารถดึงน้ำไว้ในลำไส้ได้เป็นจำนวนมาก จึงเป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระในลำไส้และเกิดการกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอเป็นการลดโอกาสที่สารพิษต่างๆ จะสัมผัสกับผนังลำไส้ ดังนั้นในกลุ่มชาวตะวันตกหลายๆ ประเทศที่มีรูปแบบการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย จึงมักจะพบว่ามี การเกิดโรคและภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกินในอัตราสูง ได้แก่ โรคอ้วน ไขมันใน

เลือดสูง หลอดเลือดแดงแข็ง เบาหวาน น้ำในถุงน้ำดี ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการที่ท้องผูกเป็นประจำ ได้แก่ ลำไส้โป่งพอง ริดสีดวงทวาร

6. **ลดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารที่มีโซเดียม** โซเดียมเป็นสารอาหารที่จัดอยู่ในพวกเกลือแร่ เกลือเป็นแหล่งอาหารที่ให้โซเดียมที่สำคัญ เราได้รับสารอาหารโซเดียมจากเกลือโดยตรงหรือจากเครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือ เช่น น้ำปลา ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ปลาร้า กะปิ และจากอาหารถนอมบางชนิดที่ใช้เกลือด้วย เช่น ผักกาดดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม นอกจากนี้โซเดียมยังอยู่ในอาหารธรรมชาติ โปรตีนจากสัตว์ เช่น นม เนยแข็ง และไข่ มีโซเดียมค่อนข้างสูง น้ำและเครื่องดื่มบางชนิดก็มีโซเดียม ทุกวันนี้เรารับประทานโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย จึงควรรับประทานให้น้อยลงอย่าไปหลงติดในรสเค็มเพราะได้มีการศึกษาทางวิชาการระดับพบว่าประชาชนที่กินโซเดียมมากมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าประชาชนที่กินโซเดียมน้อย

7. **หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น** น้ำเย็นไม่ใช่สารอาหาร แม้ว่าน้ำที่รับประทานเข้าไปจะถูกเผาผลาญให้พลังงานได้ก็จริง เพราะผลที่ได้ไม่คุ้มกับอันตรายที่น้ำเย็นคุกคามสุขภาพ คนที่ดื่มน้ำเย็นมักเป็นโรคขาดสารอาหารหลายชนิดนับตั้งแต่โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินและเกลือแร่ เมื่อดื่มน้ำเย็นไปนานๆ ดับจะถูกทำลายยิ่งทำให้การขาดสารอาหารรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในระยะหลังยังมีผู้ที่พบว่ามะเร็งของคอมักพบในพวกที่ดื่มน้ำเย็นมากด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มน้ำเย็นมากๆ ลูกที่เกิดมาอาจมีความพิการได้ด้วย ดังนั้นจึงควรลดปริมาณการดื่มน้ำเย็นหรือถ้าเลือกดื่มน้ำเย็นได้เป็นการดีที่สุด

8. **รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันโรคมะเร็ง** การรับประทานอาหารที่ถูกต้องมีส่วนสำคัญต่อการป้องกันโรคมะเร็งหลายชนิด ข้อที่ควรปฏิบัติคือจำกัดปริมาณไขมันที่รับประทานทั้งไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอล รับประทานอาหารที่เก็บถนอมไว้ให้น้อยลง รับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น ไม่รับประทานอาหารที่ไหม้เกรียม ไม่รับประทานอาหารที่มีความชื้น และระมัดระวังการรับประทานอาหารที่ใส่สี และสารเคมีซึ่งไม่ใช่สำหรับผสมอาหาร

อาร์เดลล์ (Ardell, 1986 อ้างในลัดดาวัลย์ ภาสุข, 2535: 30-31) ได้เสนอหลักพื้นฐานในการปฏิบัติตัวด้านอาหาร ดังนี้คือ

1. ควรรับประทานอาหารสด ซึ่งมีคุณค่าต่อร่างกายมากกว่าอาหารที่ทำสำเร็จรูปแล้ว
2. ควรเปลี่ยนชนิดของอาหารบ้าง โดยเลือกชนิดของอาหารที่ให้ความแตกต่างกันในแต่ละวันเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน
3. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงไม่ถูกสุขลักษณะและสิ่งปรุงแต่งรสอาหาร ซึ่งได้แก่ สีสผสมอาหาร ผลชูรส อาหารหมักดอง และสารเคมีอื่นๆ ในกระบวนการผลิต เช่น สารไนเตรต ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ จะพบได้ในอาหารพวกเบคอน ไส้กรอก หมูแฮม เป็นต้น

4. งดเว้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น อาหารขบเคี้ยว ไอศกรีม น้ำอัดลม ซึ่งมีได้ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการแก่ร่างกาย
 5. ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ประเภทที่ให้คุณค่าต่อร่างกายน้อย
 6. จำกัดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ และยาที่ทำให้ติดได้
 7. เลือกรับประทานอาหารโปรตีนที่ให้คุณค่าต่อร่างกายให้เหมาะสม สำหรับแหล่งอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีน ได้แก่ พืชและสัตว์ แต่โปรตีนที่มีคุณค่าและราคาถูกลงสมควรบริโภค ได้แก่ อาหารจำพวกเมล็ดพืช เช่น ถั่ว
 8. ควรรับประทานอาหารประเภทผักสด ผลไม้สดทุกวัน
 9. ควรรับประทานอาหารที่มีกากทุกวัน เพื่อช่วยระบบการย่อยอาหารและการขับถ่ายสะดวกขึ้น
 10. ควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารพอสมควร โดยมีเวลารับประทานอาหารอย่างไม่มีรีบเร่งเป็นช่วงที่ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดและมีความสุขกับการรับประทานอาหารโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิต
 11. เลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าของอาหารต่อสุขภาพของตนเองเสมอ
 12. ควรรับประทานอาหารเช้าที่มีคุณค่าต่อร่างกายทุกวัน
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (อ้างในทัศนวิรรณ กู่อารีย์, 2537: 574-575) ได้แนะนำอาหารที่ผู้ใหญ่ปกติควรรับประทานใน 1 วัน (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปริมาณอาหารใน 1 วันของผู้ใหญ่ปกติที่มีขนาดร่างกายปานกลาง

ชนิดอาหาร	ปริมาณที่ควรรับประทาน
น้ำนม (แก้ว)	1
ไข่ (ฟอง/สัปดาห์)	3 - 4
เนื้อสัตว์ต่างๆ (กรัม)	100
ตับหรือเครื่องในสัตว์ (กรัม/สัปดาห์)	100
อาหารทะเล (กรัม/สัปดาห์)	100 - 200
ถั่วเมล็ดแห้งต้มสุก (ถ้วย)	1/2
ข้าวสวย หรือบะหมี่ หรือก๋วยเตี๋ยว (จาน)	3
เผือกหรือมัน (หัวเล็ก)	1
น้ำตาล (ช้อนโต๊ะ)	2

ตารางที่ 2 ปริมาณอาหารใน 1 วันของผู้ใหญ่ปกติที่มีขนาดร่างกายปานกลาง (ต่อ)

ชนิดอาหาร	ปริมาณที่ควรรับประทาน
ผักใบเขียวสุก (ถ้วย)	1/2
หรือผักใบเขียวสด (ถ้วย)	2
และผักอื่นๆ ชนิดผัก หั้ว ดอก หรือผล (ถ้วย)	1/2
ผลไม้จำพวกส้ม (ผลเล็ก)	1
หรือชิ้นใหญ่	1
หรือน้ำผลไม้คั้น (ถ้วย)	1/2
หรือผลไม้อื่นๆ (ผลเล็ก)	1
หรือชิ้นใหญ่	1
หรือน้ำผลไม้คั้น (ถ้วย)	1/2 - 1
น้ำมันถั่วเหลือง (ช้อนโต๊ะ)	2 1/2 - 3
น้ำต้มสุก (แก้ว)	6 - 8

ผู้ใหญ่ที่มีร่างกายขนาดเล็กและใหญ่ ทำงานเบาหรือนักให้รับประทานอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากปริมาณดังกล่าวข้างต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่การรับประทานผัก ผลไม้ และคีนมน้อยวันละ 1 แก้วทุกวัน รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือเนื้อสัตว์ติดมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด (หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด) และรับประทานไข่ไม่เกินสัปดาห์ละ 3-4 ฟอง

บุหรี

บุหรี เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิดขันธ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่างๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้ให้ความหมายของบุหรีไว้ว่า “บุหรี” หมายถึง บุหรีซิการ์เรต บุหรีซิการ์ บุหรีอื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

บุหรี เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติดคือยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้ว ทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ และก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกาย และจิตใจของผู้เสพและยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย

สาเหตุของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีสาเหตุพอสรุปได้ดังนี้ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2534: 136-137)

1. ค่านิยมทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็รับรองเช่นกัน
2. ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีมักใช้ร่วมกับการดื่มสุราในงานเลี้ยง
3. การเลียนแบบเด็ก ๆ มักจะเริ่มสูบบุหรี่โดยเลียนแบบจากเพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นยังถือว่าการสูบบุหรี่เป็นของดีเพราะจะทำให้ดูเป็นผู้ใหญ่ยิ่งขึ้น หรือเพียงเพื่อแสดงการต่อต้านคำสั่งห้ามสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ได้
4. ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉยๆ เกือบเงิน หรือไม่ทราบจะทำอะไร ก็จะคว้าบุหรี่ขึ้นมาสูบตามเคยชิน
5. การใช้ฤทธิ์ของนิโคตินเป็นยาแก้ลมอารมณ์ ผู้ที่สูบบุหรี่จนเป็นนิสัยจะสะสมนิโคตินในเลือดไว้ระดับหนึ่ง ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการแก้ลมอารมณ์เมื่อนิโคตินลดลงเพราะการขับถ่าย หรือมีอาการโกรธหรืออื่นๆ จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อให้นิโคตินอยู่ในระดับเดิมต่อไป

โทษของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียดังนี้

1. ผลเสียทางเศรษฐกิจ

- 1.1 ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ทั้งส่วนตัว และใช้รับแขก ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากพิษของการสูบบุหรี่
- 1.2 ทำให้เสียเวลาในการทำงาน ถ้าผู้สูบบุหรี่ทดลองจับเวลาการสูบบุหรี่แต่ละมวน แล้วคำนวณเวลาที่ใช้ไปตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน จะพบว่าเวลาที่ใช้ไปนั้นมากจนน่าตระหนกเป็นอย่างยิ่ง
- 1.3 การที่ต้องสั่งใบยาสูบและส่วนประกอบในการผลิตบุหรี่จากต่างประเทศทำให้เสียเศรษฐกิจของประเทศ

2. ผลเสียทางสังคม

- 2.1 เกิดการเลียนแบบที่ไม่ดีสำหรับเยาวชน
- 2.2 ทำให้เสียบุคลิกภาพ
- 2.3 ทำให้บ้านเมืองสกปรก อากาศเป็นพิษ และเกิดอัคคีภัยได้

2.4 อาจเป็นสาเหตุไปสู่การใช้ยาเสพติดที่ร้ายแรงอื่นๆ

3. ผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากและเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

พิษของบุหรี่ต่อสุขภาพ

นักเภสัชวิทยาได้ทำการวิเคราะห์บุหรี่ พบว่า เมื่อจุดบุหรี่สูบเพียง 3 วินาที บริเวณการเผาไหม้จะมีอนุภาคมูลฐานประมาณ 850-880 องศาเซลเซียส ซึ่งสามารถสลายสารเคมีกว่า 1,200 ชนิด ในควันบุหรี่ และ 102 ชนิดในใบยาสูบ จนเกิดเป็นสารพิษต่อร่างกายได้ สารพิษจากบุหรี่ที่สำคัญประกอบด้วย (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2534: 138-141)

1. ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ มีความไวต่อการจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนถึง 200 เท่า จึงเป็นสาเหตุทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายขาดออกซิเจน ซึ่งส่งผลให้ผู้เริ่มหัดสูบบุหรี่บางคนมีอาการตาข่าย มึนงงคล้ายคนเมาบุหรี่ สำหรับนักกีฬาที่สูบบุหรี่จัดจะหายใจไม่คล่องตัน หรือหอบเหนื่อยเร็วกว่านักกีฬาที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นมารดาที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนขึ้นไปต่อวันในระหว่างการตั้งครรภ์ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ จะเป็นตัวการสำคัญในการลดจำนวนออกซิเจนที่ไปบำรุงเลี้ยงเด็กให้ลดน้อยลง และนิโคตินทำให้หลอดเลือดของทารกที่อยู่ในครรภ์มารดามีลักษณะตีบเล็กเข้าซึ่งไปลดจำนวนเลือดที่เลี้ยงทารกให้เจริญเติบโต ทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติถึง 6 ออนซ์ มีการแท้งบ่อยๆ หรือคลอดออกมามีชีวิต และต่อจากนั้นทารกมักจะสูญเสียชีวิตในระยะหนึ่งเดือนภายหลังคลอดได้ง่ายอีกด้วย

2. สารประเภทน้ำมันดิน เป็นของเหลว เหนียวข้น สีน้ำตาลเข้ม มีกลิ่นเหมือนน้ำมันดิน ในน้ำมันดินมีสารเคมีอยู่ประมาณ 30 ชนิดที่ช่วยก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ คือ บีตาแนฟธิลามีน (Beta naphthylamine) เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดควันเข้าไปสู่ส่วนที่ลึกที่สุดของปอด น้ำมันดินซึ่งเป็นยางเหนียวข้นนี้จะไปเคลือบช่องทางเดินลมหายใจ ทำให้ “ซีเลีย” ซึ่งมีรูปร่างคล้ายเส้นขนละเอียดไม่สามารถทำหน้าที่โบกพัดฝุ่นละอองที่ติดเข้ามาได้ และยางเหนียวที่สะสมมากขึ้นนี้จะทำให้เซลล์ตามผิวผนังของช่องนี้เปลี่ยนแปลงไป จำนวนเซลล์จะเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติ จนกลายเป็นเซลล์มะเร็งซึ่งอาจแพร่ไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ นอกจากนี้ น้ำมันดินยังไปอุดหลอดลมเล็กๆ ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง และมีโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ วัณโรค ตลอดจนมะเร็งของปอด

3. สารกัมมันตรังสี จากการตรวจปัสสาวะนักสูบบุหรี่ที่สูบ 40 มวนต่อวันพบว่ามีการปนเปื้อน 210 ซึ่งมีการแผ่รังสีแอลฟาอยู่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า สำหรับกัมมันตรังสีของสารนี้อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นมะเร็งก็ได้

4. นิโคติน เป็นสารแอลคาลอยด์ (Alkaloid) มีลักษณะเป็นน้ำมันระเหยได้ละลายน้ำได้ และไม่มีสี นิโคตินมีฤทธิ์เป็นด่างและระคายต่อผิวหนังรวมทั้งเยื่อเมือกต่างๆ ถูกดูดซึมได้ดีทางระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหารและทางเยื่อช่องปาก ผู้ที่รับประทานนิโคตินขนาดน้อยๆ เข้าไปอาจมีอาการน้ำลายฟูมปาก คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนหน้ามืด หัวใจเต้นช้าลง แต่ถ้าฉีดสารนี้จำนวน 60 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือด จะตายภายใน 2-3 วินาทีเท่านั้น ขณะที่บุหรี่ 1 มวน อาจมีนิโคตินสูงถึง 120 มิลลิกรัม แต่โดยเฉลี่ยแล้วการสูบบุหรี่ 1 มวน จะได้สารนิโคตินประมาณ 6-8 มิลลิกรัม ส่วนการสูบบุหรี่นั้นจะได้ประมาณ 15-40 มิลลิกรัม สารนิโคตินนี้เป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดอาการเสพติดยาขึ้นจึงจัดว่าเป็นยาพิษอย่างแรง ซึ่งอาจจำแนกฤทธิ์ที่มีอันตรายได้ดังนี้

4.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด นิโคตินมีฤทธิ์ต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้กล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดตีบตันลง และแรงดันเลือดสูงขึ้นจากปกติประมาณ 10-20 มิลลิเมตรของปรอท หัวใจเต้นถี่เร็วกว่าปกติประมาณ 15-25 ครั้งต่อนาที ส่วนหลอดเลือดที่ตีบตามแขนและขาจะมีอาการปวดเจ็บหรือชาตามน่อง มือ และเท้า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เนื้อตายได้ ถ้าหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ จะทำให้ปวดเจ็บตรงบริเวณหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าโอกาสเป็นโรคหัวใจของผู้สูบบุหรี่จะมากขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบล่วงวันอีกด้วย

4.2 ระบบประสาทกลาง นิโคตินขนาดน้อยมีฤทธิ์กระตุ้น แต่ถ้าขนาดมากจะกดทำให้หายใจและเกิดพิษเหมือนกับการที่ร่างกายขาดออกซิเจน นอกจากนี้ศูนย์ประสาทบริเวณไขสันหลังจะถูกกระตุ้น ทำให้มือสั่น กระตุก อวัยวะรับความรู้สึกและการทรงตัวจะเสื่อมลงไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ

4.3 ระบบหายใจ ในตอนแรกนิโคตินจะกระตุ้นการหายใจ ต่อมาจะกดเป็นเหตุให้หายใจช้าลง จนถึงหยุดหายใจได้ กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกและบริเวณกระบังลมซึ่งช่วยในการหายใจจะถูกกดด้วย ทำให้ผู้สูบบุหรี่จัดแน่นหน้าอกและหายใจไม่สะดวก

4.4 ระบบทางเดินอาหาร นิโคตินจะกระตุ้นเยื่อและต่อมต่างๆ ให้หลั่งน้ำย่อยออกมา มากผิดปกติ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอึดเสบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และเป็นโรคแผลที่กระเพาะอาหารได้ง่าย

4.5 ระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่มีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ สำหรับในหญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่จัดเป็นเวลานานๆ พบว่า มักทำให้แท้งบุตรหรือไม่ก็ทารกคลอดออกมาตาย หรือคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของเด็กอย่างมาก

4.6 กล้ามเนื้อ การทดลองฉีดนิโคตินเข้ากล้ามเนื้อ พบว่า จะทำให้กล้ามเนื้อสั่นกระตุก และถ้าเพิ่มขนาดมากขึ้นจะทำให้เป็นอัมพาต ตลอดจนกล้ามเนื้อการหายใจก็หยุดทำงานด้วย นิโคตินจะออกฤทธิ์ตรงรอยต่อระหว่างประสาทกับกล้ามเนื้อนั่นเอง ผู้ที่เป็นนักกีฬาจึงไม่ควรสูบบุหรี่อย่างยิ่ง

4.7 วิตามินซี ได้มีผู้พบว่า จากการที่ร่างกายอาจใช้วิตามินซีทำลายพิษของนิโคติน จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มักมีวิตามินซีในเลือดต่ำกว่าปกติ

อย่างไรก็ตาม สารนิโคตินจะถูกขับถ่ายออกทางไตเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งตรวจพบได้ ในปัสสาวะประมาณชั่วโมงครึ่งภายหลังจากการสูบบุหรี่ 1 มวน และพบได้นาน 15-24 ชั่วโมง

5. สารประเภทอื่นๆ เช่น สารอาร์เซนิกที่ค้างคั่งอยู่ในใบยาสูบ ไกรเซอร์ล และโคเอทีลิน ไกลคอล ซึ่งเป็นสารพิษขึ้นในบุหรี่ ไฮโดรโซยาไนต์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ แร่ธาตุและก๊าซอื่นๆ ตลอดจนความร้อนขณะที่เผาไหม้ล้วนแต่เป็นอันตรายต่อร่างกายทั้งสิ้น

การสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

(สุริย์ อรรถไพศาลสรุติ 2537: 4)

1. โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 24
2. โรคหลอดเลือดแข็ง ร้อยละ 41
3. โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 19
4. โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19
5. โรคระบบไหลเวียนของเลือดในปอด ร้อยละ 21
6. ผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประมาณ 2-3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 40 มวน ต่อวัน โรคนี้จะเกิดมากขึ้นถึง 3-4 เท่า
7. ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสดายจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันประมาณ 2-4 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 40 มวนต่อวัน จะมีอัตราเสี่ยงสูงขึ้น
8. ผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่ อายุ 25 ปีขึ้นไป และสูบบุหรี่ 2 ซอง ต่อวัน จะมีอายุน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉพาะประมาณ 8.3 ปี

การเลิกสูบบุหรี่มีผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1. ภายหลังเลิกสูบบุหรี่ 1 ปี ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงประมาณ 50 และต่อไปจะลดลงอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง

2. ภายหลังเลิกสูบบุหรี่ 15 ปี ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะลดลงเหลือเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

การป้องกันและแก้ไข

1. แพทย์ควรทำตนเป็นตัวอย่างแก่ประชาชน และชี้ให้เห็นถึงพิษของบุหรี่
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐบาลและองค์การเอกชนอื่นๆ เพื่อชี้แจงถึงอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของประชาชน ด้วยการเขียนบทความลงในหนังสือพิมพ์ บรรยายทางวิทยุโทรทัศน์ และแทรกเข้าไปในงานศิลปะต่างๆ เช่น เพลง ละคร ภาพยนตร์ การ์ตูน รูปภาพ และคำขวัญที่ต่อต้านการสูบบุหรี่
3. รัฐบาลควรดำเนินการตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการจำกัดการสูบบุหรี่ ดังนี้
 - 3.1 ควรออกกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่
 - 3.2 ให้เขียนไว้ที่ริมซองว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
 - 3.3 ให้ทุกๆ ซองแสดงส่วนผสมของนิโคตินและทาร์ไว้ให้ชัดเจน
 - 3.4 ให้ทุกๆ ซองเขียนไว้ชัดเจน ทำอย่างไรจึงจะลดการสูบบุหรี่ลงได้
 - 3.5 สร้างระบบภาษีให้สูง สำหรับบุหรี่ที่มีนิโคตินและทาร์จำนวนมาก
 - 3.6 เพิ่มภาษียาสูบให้สูงขึ้น
 - 3.7 สร้างเกณฑ์ทั่วไปให้ทราบว่า ไม่ควรสูบบุหรี่เกินวันละสิมวน

นอกจากนี้ รัฐบาลควรกำชับให้เจ้าหน้าที่ตำรวจทำการจับกุมและปรับอย่างจริงจังสำหรับผู้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น ในโรงภาพยนตร์

ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบ/ไม่สูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยประเมินตามความถี่ในการสูบหรือไม่สูบ ดังนี้

สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีนิสัยในการสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระ หรือเจ็บป่วยอาจงดสูบชั่วคราว

สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดๆเลย

สุรา

สุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน หมายถึง เครื่องดื่มทุกชนิดที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) ผสมอยู่ เช่น วิสกี้ บรั่นดี คอนยัค แชมเปญ ยิน รัม เบียร์ สุราโรง สุราเถื่อน กระแช่ สาโท อุ น้ำตาลเมา ฯลฯ (บุญฤกษ์ จาตุมาระ, 2521: 17)

สาเหตุของการดื่มสุรา

การดื่มสุรามีสาเหตุต่างๆ กัน ซึ่งพอจะแบ่งได้ ดังนี้ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2534: 127)

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย โดยดื่มเพื่อช่วยให้เจริญอาหาร ลดความเจ็บปวดในยามป่วยไข้ บางคนใช้แก้ปัญหาโรคนอนไม่หลับ และบางคนใช้แก้หนาว แต่เมื่อดื่มสุราบ่อยๆ ก็ติดได้ในที่สุด
2. สาเหตุทางด้านจิตใจ ผู้ดื่มสุราคิดว่าสามารถสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง ปิดบังหรือลดปมด้อยบางประการ ลดความกังวล ความเครียด ความกลัว และขจัดความผิดหวัง ดื่มข่มใจเพื่อใช้เป็นเครื่องมือแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือก่ออาชญากรรม
3. ค่านิยมของสังคมเยาวชนมักดื่มสุราเนื่องจากความอยากรู้อยากเห็น และอยากทดลอง ถูกชักชวนจากเพื่อน และเลียนแบบจากผู้ใหญ่ สำหรับผู้ใหญ่เองก็ลอกเลียนแบบจากสังคมชั้นสูง เพราะเข้าใจว่าสังคมชั้นสูงจะต้องมีการสังสรรค์กันด้วยการดื่มสุรา นอกจากนี้ บางคนเข้าใจว่าการดื่มสุราจะทำให้สมองแจ่มใส มีความสามารถในการงานศิลปะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งล้วนแต่เป็นความเข้าใจที่ผิดทั้งสิ้น

โทษของการดื่มสุรา

1. ทางด้านศาสนา ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามห้ามการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นอบายมุข และบ่อเกิดแห่งความชั่วทั้งหลาย สำหรับศาสนาคริสต์ ถือว่าการดื่มสุราจนมึนเมาจนทำให้เสียสุขภาพเป็นบาป เพราะทำลายร่างกายที่พระเจ้าสร้าง และยังเป็นต้นเหตุให้ทำชั่วอื่นๆ อีกด้วย
2. ผลเสียทางเศรษฐกิจ
 - 2.1 ผู้ที่ดื่มสุราและครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราทั้งดื่มส่วนตัว และใช้รับแขก นอกจากนี้ ยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการติดสุราอีกด้วย
 - 2.2 ทำให้เสียเวลาในการทำงาน นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการทำงานก็ลดลงด้วย
 - 2.3 การสั่งสุราจากต่างประเทศเข้ามา ทำให้เสียเศรษฐกิจของประเทศ
3. ผลเสียทางสังคม การดื่มสุราจนมึนเมาเป็นเหตุนำมาซึ่งความแตกร้างในครอบครัว อุบัติเหตุ ความผิดทางเพศ และคดีอาชญากรรม เป็นต้น

4. ผลเสียทางสุขภาพ การดื่มสุรารับประทานมากหรือความเข้มข้นสูง จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเหน็บชา โรคหัวใจ โรคเลือดจาง โรคติดเชื้อต่างๆ และโรคพิษสุรา เป็นต้น

พิษของสุราต่อสุขภาพ

สุราทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2534: 128-131)

1. ระบบทางเดินอาหาร

1.1 กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น ซึ่งช่วยให้เจริญอาหาร แต่ถ้าแอลกอฮอล์มีปริมาณมาก และความเข้มข้นสูง จะเป็นเหตุให้มีการระคายเคือง และเกิดการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก การดูดซึมอาหารลดลง ซึ่งเป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและวิตามินหลายชนิด เช่น วิตามินบีหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น ตลอดจนมีอาการท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร และอาจอาเจียนเป็นเลือดได้

1.2 ดับอ่อน แอลกอฮอล์มีผลทำให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อน เป็นเหตุให้น้ำย่อยที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่สามารถออกไปได้ จึงเป็นต้นเหตุให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือระดับสะดือมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง อาจช็อกและตายได้

1.3 ตับ ตับเป็นอวัยวะสำคัญในการเผาผลาญหรือทำลายพิษของแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันแอลกอฮอล์ก็จะทำให้มีไขมันอยู่ในตับมากขึ้น เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตาย แล้วเกิดแผลเป็น มีพังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้น ถ้าเกิดตับอักเสบร่วมด้วยจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้น ในที่สุดก็จะกลายเป็นตับแข็ง และอาจจะไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้ ผู้ที่ตับอักเสบจากพิษสุราจะมีอาการไข้สูง ติชาน เจ็บปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตับโต และอาจเสียชีวิตได้

2. ระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ

แอลกอฮอล์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง จนถึงกับทำให้หมดสติและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์สกัดกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ ในทางตรงกันข้าม แอลกอฮอล์สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หรือมีอาการของเบาหวานได้ เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งสร้างอินซูลิน (Insulin) ให้แก่ร่างกาย

แอลกอฮอล์ทำให้กรดแลคติก (Lactic) ในเลือดสูงขึ้น เป็นเหตุให้การขับถ่ายกรดยูริกทางไตน้อยลง ระดับกรดยูริกในเลือดจึงสูงขึ้นและตกตะกอนในส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไต และไตอักเสบ ตลอดจนข้ออักเสบที่เรียกว่า เกาท์ (Gout) นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นการหลั่งของเลือดที่ไต และสกัดกั้นการหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) จากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เก็บน้ำไว้ในร่างกาย เป็นเหตุให้มีการถ่ายปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากปกติ

3. ระบบประสาทส่วนกลาง

แอลกอฮอล์จะไปก่อกวนการทำงานของสมอง ทำให้เกิดผลต่างๆ ดังนี้

3.1 ผลต่อความรู้สึกและการรับรู้ แอลกอฮอล์ทำให้ความไวต่อกลิ่นและรสเสื่อมลง หูอื้อ ตาพร่า ความสามารถในการแยกแยะความเข้มของแสงลดลงโดยเฉพาะแสงสีแดง การคาดคะเนความเร็วและระยะทางของวัตถุต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ความไวต่อการเจ็บปวดก็น้อยลง เพราะสุรามีฤทธิ์เหมือนยาชาลบ

3.2 ผลต่อกลไกการเคลื่อนไหว แอลกอฮอล์ทำให้ปลายประสาทเกิดการอักเสบ เป็นเหตุให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงและทำงานไม่ประสานกัน ผู้ดื่มสุราจึงพูดไม่ชัดเจน เหมือนคนลิ้นไก่สั้น ชื่นโอนเอนไปมา เดินไม่ตรงทางหรือบางครั้งถึงกับเดินไม่ได้ เพราะเกิดเป็นตะคริวบ่อยๆ มีอาการชาตามปลายมือและปลายเท้า ทั้งนี้ก็เพราะการขาดวิตามินบีหนึ่งนั่นเอง

3.3 ผลต่ออารมณ์ แอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ทำให้ขาดความยับยั้งในการพูดและการแสดงออก ผู้ที่ดื่มสุราจึงมักจะพูดจาไม่สุภาพ กิริยาก้าวร้าว กล้าและยอมรับการเสี่ยงมากขึ้น มีอารมณ์เคลิ้มฝัน การตัดสินใจและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง ตลอดจนประสาทรับความรู้สึกและสติปัญญาเสื่อมลง

3.4 ผลต่อความรู้สึกทางเพศ แอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ดื่มมีความรู้จักรับผิดชอบต่อสาธารณชนน้อยลง ความรู้สึกอยากแสดงความรักมีมากขึ้น ยิ่งกว่านั้น บางคนยังดูเหมือนว่ามีความสามารถต่อกิจกรรมทางเพศภายหลังการดื่มเท่านั้น ข้อสังเกตนี้เป็นอันตรายต่อการสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า แอลกอฮอล์ส่งเสริมหรือช่วยปรับปรุงกิจกรรมทางเพศ ข้อเท็จจริงก็คือแอลกอฮอล์กระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ แต่ก็เกินไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ ผู้ที่ดื่มสุรามักจะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง ส่วนผู้ที่ติดสุราจะมีความบกพร่องและไร้สมรรถภาพทางเพศ ผู้มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง จะชราภาพและต่อมเพศเสื่อมก่อนเวลาอันสมควร ตลอดจนเพิ่มปัญหาทางเพศแก่คู่ชีวิตอีกด้วย

3.5 ผลต่อการนอนหลับ ผู้ที่ดื่มอย่างหนักมาแล้ว เมื่อเข้านอนจะนอนพลิกตัวกิ้งไปมาเป็นพักๆ และตื่นขึ้นมาตอนเช้าด้วยอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลียมาก

นอกจากแอลกอฮอล์จะไปกดสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความรู้สึก การรับรู้ กลไกการเคลื่อนไหวและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ และการทำผิดกฎหมายสูงขึ้นแล้ว แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดอาการอักเสบและปวดที่เยื่อหุ้มสมองและที่เนื้อสมองอีกด้วย

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจต่ำลง เนื่องจากการสะสมไขมันและสารที่สำคัญ เช่น Norepinephrine, Magnesium, Calcium และ Enzymes ต่างๆ นอกจากนี้ในผู้ที่ดื่มสุราจัดเป็นเวลานาน จะพบโรคหัวใจที่เกิดจากพิษสุรา (Alcoholic Cardiomyopathy) โดยมีอาการหายใจลำบาก ใจสั่น ไอ หัวใจโต และเส้นเลือดปกติ หัวใจเสื่อมลงและเกิดภาวะหัวใจวายได้ คือ ทำให้เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ท้องบวม เท้าบวมทั้งสองข้าง

แอลกอฮอล์ทำให้หลอดเลือดขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น แต่การไหลเวียนของเลือดจะเกิดการขัดข้องได้ง่าย เพราะเลือดไม่สามารถผ่านตับได้สะดวกเนื่องจากตับแข็ง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดโรคเลือดจาง เนื่องจากการทำงานของไขกระดูก ซึ่งมีหน้าที่สร้างเม็ดเลือดเสียไป

5. ระบบการต่อต้านจุลชีพ

แอลกอฮอล์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง เป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคปอดบวมหรือติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม แพทย์ผู้รักษาโรคหนองในจึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการรักษา

การป้องกันและแก้ไข

การป้องกันและแก้ไขการดื่มหรือเสพติดสุราปฏิบัติได้ดังนี้ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2534: 135-136)

1. การใช้สุราเพื่อเจริญอาหารเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยของร่างกาย จิตใจ สังคมนั้น ควรปรึกษาแพทย์อย่างใกล้ชิด และพึงระลึกเสมอว่าสุราไม่สามารถใช้แก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างแท้จริง
2. ผู้ปกครองหรือครูอาจารย์จะต้องหลีกเลี่ยงการดื่มสุราให้เด็กและเยาวชนเห็นนอกจากนี้ควรเป็นแบบอย่างในการไม่ดื่มสุรา ตลอดจนชี้แจงให้เด็กและเยาวชนตระหนักถึงโทษของการดื่มสุราอีกด้วย
3. ช่วยกันสร้างค่านิยมที่ถูกต้องว่า การเป็นผู้ดีในสังคมชั้นสูง หรือการเป็นลูกผู้ชาย มิใช่อยู่ที่การดื่มสุรา แต่อยู่ที่ตัวเราเองมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ตกอยู่ในห้วงอบายมุขทั้งปวงต่างหาก

4. ผู้ที่เคยดื่มหรือติดสุรา ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในร้านสุรา บาร์ ในท์คลับ หรืองานสังสรรค์ที่มีการดื่มสุรา เพราะจะกระตุ้นให้กลับไปดื่มสุราอีกได้
 5. ไม่ดื่มสุราทุกวัน และไม่ดื่มตามคำฟั่ง
 6. ถ้าดื่มไม่เป็นอย่าพยายามลอง ถ้าทดลองแล้วควรเลิก ไม่ควรลองต่อไปอีก
 7. เมื่อจำเป็นต้องดื่ม ควรดื่มในระหว่างอาหาร และดื่มเพียงเล็กน้อย
 8. ควรให้ลูกศึกษาแก่เยาวชนและประชาชนทั่วไป เพื่อทราบถึงพิษภัยของสุราอย่างแท้จริง
 9. ควรสร้างบรรยากาศในครอบครัวให้มีความสุข เพื่อป้องกันปัญหาและความคับข้องใจที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุรา
 10. รัฐบาลถือเป็นนโยบายในการลดปริมาณการผลิตสุราลง เพิ่มภาษีขาสุราต่างประเทศให้สูงขึ้น กวดขันการเสฟสุราของข้าราชการให้เคร่งครัดยิ่งขึ้น และออกกฎหมายห้ามการโฆษณาสุรา
- ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ พฤติกรรมการดื่ม/ไม่ดื่มสุราของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยประเมินตามความถี่ในการดื่ม หรือไม่ดื่ม ดังนี้
- ดื่มสุราเป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการดื่มสุราและดื่มสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันวันที่มีกิจธุระ หรือเจ็บป่วยอาจงดดื่มชั่วคราว
- ดื่มสุรานานๆครั้ง หมายถึง การดื่มสุราที่มีลักษณะการดื่มที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้
- ไม่ดื่มสุรา หมายถึง ไม่ดื่มสุราประเภทใดๆเลย

การออกกำลังกาย

สุขภาพหรือ Health แปลว่าอะไร “ความสุขปราศจากโรค ความสบาย” ฉะนั้น สุขภาพคือการที่ไม่เป็นโรค แต่คนที่ไม่เป็นโรค หรือยังไม่มีอาการของโรค มิได้หมายความว่าจะเป็นคนที่แข็งแรงมีสมรรถภาพดี คือคนที่มีความสุขและมีแข็งแรงทำไมต้องออกกำลังกาย

1. ความเสื่อมโทรมของร่างกายตามธรรมชาติ

เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายจะเสื่อมลงไปเรื่อยๆ ตั้งแต่หัวใจ ปอด กล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะเริ่มลดลงตั้งแต่ระหว่างอายุ 30-40 ปี ความยืดหยุ่นของเอ็นและ Ligament จะเริ่มลดลงตั้งแต่อายุ 30 ปี ความแข็งแรงของกระดูกจะลดลงตั้งแต่อายุ 50 ปี

ถ้าเราไม่ออกกำลังกายจะยิ่งทำให้การเสื่อมสภาพโดยธรรมชาติของกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูกเป็นไป得更เร็วขึ้น แต่การออกกำลังกายจะช่วยทำให้มีการเสื่อมช้าลง การออกกำลังกายถึงแม้ อาจจะไม่ช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น แต่อย่างน้อยที่สุดจะทำให้มีคุณภาพมากขึ้น การออกกำลังกาย จะสามารถชะลอความแก่ตามธรรมชาติไม่ว่าจะมีอายุน้อยแค่ไหน เมื่อเริ่มต้นออกกำลังกาย มนุษย์จะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายได้เมื่อนั้น ไม่มีการสายเกินไปสำหรับการออกกำลังกาย

ประชากรมีอายุยืนนานกว่าเดิม ในขณะที่ประชากรทั่วโลกมีชีวิตอายุยืนยาวกว่าเดิม เช่น เมื่อประมาณ 100 กว่าปีมาแล้วประเทศตะวันตกมีประชากรที่มีอายุเกิน 65 ปี เพียงร้อยละ 5 แต่ ปัจจุบันนี้ในสหราชอาณาจักรมีถึงร้อยละ 15 และเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ถ้าไม่ดูแลสุขภาพ สุขภาพให้ดีขึ้นจะเป็นปัญหาต่อสังคมได้เพราะจะต้องเสียงบประมาณค่าตรวจรักษาโรคดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ฉะนั้นประชาชนทั้งหลายจึงควรเตรียมตัวด้วยการดูแลสุขภาพของตัวเองให้ดีและ นานที่สุดเท่าที่จะกระทำได้เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีประสิทธิภาพและวิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดี และช่วยตัวเองได้เป็นเวลานานที่สุด คือ การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ควบคู่กันไปกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

การออกกำลังกาย

ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ไม่ว่าจะมีความเท่าไร ถ้าเริ่มออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอจะชะลอความเสื่อมสภาพของร่างกายโดยธรรมชาติได้ การดูแลสุขภาพและสมรรถภาพที่ ดีของประชาชน คือ ดูแลการรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ ปลา ไข่ ผลิตภัณฑ์นมสัตว์ นกสัตว์ เครื่องใน ไข่แดง หอยนางรม ของหวาน นูหรี เหล้า (ถ้าร่างกายไม่เป็นโรคทานที่เป็นผู้ชายดื่มได้ วันละไม่เกิน 3 เป็ก ทานที่เป็นหญิงคงไม่เกิน 2 เป็ก กาแฟ (ไม่ควรเกิน 3 แก้วต่อวัน) ส่วนการออก กกำลังกายควรใช้วิธีการแอโรบิก (Aerobic) กล่าวคือ ออกกำลังกายอะไรก็ได้ที่เป็นการต่อเนื่อง 20 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ก่อนและหลังออกกำลังกายควรมีการยืดเส้นยืดสาย อุ่นเครื่องด้วย ถ้าท่าน ปฏิบัติตนเพียงเท่านี้ ท่านก็จะมีสุขภาพที่ดีและแข็งแรง และยังคงประหยัดเงินทองของท่านจากการ ที่ท่านไม่เจ็บป่วยด้วย

ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อร่างกาย

การออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอเป็นประจำและเพียงพอ มีผลทำให้ร่างกายเจริญเติบโต อย่างเต็มที่ มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์และสมรรถภาพของร่างกายสูง สามารถประกอบกิจกรรมหรือ

การงานต่างๆ ได้ดี มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลต่อร่างกายหลายประการดังต่อไปนี้

1. ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ

เมื่อมีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอจะมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ดังนี้ (เทเวศร์ พิริยพจน์, 2528 : 7-8)

1.1 กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น (Muscle Hypertrophy) แข็งแรง เหนียว และหนาขึ้น เนื่องจากการมีโปรตีนเพิ่มขึ้นและสะสมอาหารไว้ได้มากกว่าเดิม มีความทนต่อความร้อนและความเป็นกรดค้างได้อย่างอย่างดี

1.2 เพิ่มการกระจายของหลอดเลือดฝอย จำนวนเส้นโลหิตของกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพทำงานเพิ่มขึ้น สามารถรับออกซิเจนได้มากขึ้น

1.3 มีสารที่เป็นประโยชน์ในการทำงานของกล้ามเนื้อ มีการสะสมสารต่างๆ เช่น ไกลโคเจน ฮีโมโกลบิน ฟอสโฟเกรติน วิตามิน เกลือแร่ เอ็นไซม์ มีจำนวนเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อรู้จักนำเอากรดไขมันมาใช้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อสงวนไกลโคเจนและกลูโคสไว้ ดังนั้น จึงทำให้กรดแลคติกมีน้อยลงในการทำงานที่เท่าเดิม ผลโดยรวมจะทำให้พื้นที่หน้าตัดของกล้ามเนื้อมากขึ้น

1.4 การทำงานประสานกับกล้ามเนื้อมัดอื่นๆ ได้ดี การทำงานของประสาทที่ดีขึ้นด้วย สามารถเคลื่อนไหวได้จังหวะกลมกลืนกัน ทำงานได้มีประสิทธิภาพ

1.5 ไมโอไฟบริล (Myofibril) และแคลเซียมจะเพิ่มขึ้น น้ำย่อย (Enzyme) ในกล้ามเนื้อ จะทำหน้าที่ดีขึ้น กล้ามเนื้อสามารถเอาออกซิเจนมาใช้ได้มากขึ้น กล้ามเนื้อทนต่อความเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น ทนทานต่อการเหน็ดเหนื่อยมากยิ่งขึ้น

จากผลดังกล่าวนี้ทำให้กล้ามเนื้อของผู้ที่ออกกำลังกายอยู่สม่ำเสมอมีความแข็งแรงทนทาน ทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ เป็นระยะเวลายาวนานกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย และหลังจากการออกกำลังกายแล้วก็จะหายเหนื่อย และคืนสู่สภาพปกติเร็วกว่าอีกด้วย

2. ผลต่อระบบประสาท

เสก อักษรานุเคราะห์ (2534: 13) กล่าวว่า การออกกำลังกายส่วนใหญ่จะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เพราะการออกกำลังกายจะไปกระตุ้นให้ต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) หลั่งฮอร์โมนนอร์แอดรีนาลิน (Noradrenalin Hormone) ออกมา ฮอร์โมนจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะเป็นผลทำให้

1. หัวใจออกมามากขึ้น ทำให้อุณหภูมิในร่างกายลดลง
2. เลือดไปยังไตลดลงทำให้ปัสสาวะน้อยลง

3. เลือดไปยังอวัยวะภายในลดลงทำให้น้ำย่อยลดลง การย่อยอาหารลดลงและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง
 4. เพิ่มเลือดที่ออกจากหัวใจ ทำให้เพิ่มออกซิเจนในที่ต่างๆ เพิ่มการถ่ายเทคาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มการถ่ายเทของเสียจากการเผาผลาญ และเพิ่มอาหารให้กล้ามเนื้อ
 5. การเผาผลาญเพิ่มขึ้นทำให้อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น
 6. การทำงานของสมองเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดการหายใจซึม กระฉับกระเฉงขึ้น
 7. หายใจแรงขึ้นทำให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้น ถ่ายเทคาร์บอนไดออกไซด์ได้มากขึ้น
- ความเป็นกรดของเลือดลดลง

3. ผลต่อระบบหายใจ

พิชิต ภูติจันทร์ และคนอื่นๆ (2535:32) กล่าวว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีคุณค่าต่อระบบหายใจ ดังนี้

1. ทรวงอกขยายใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อทำหน้าที่ช่วยในการหายใจมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น
 2. ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น มีหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้น พื้นที่ของถุงลมที่ใช้แลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น ความจุปอดและความสามารถในการหายใจสูงสุดต่อนาทีเพิ่มขึ้น (ความจุปอดคนธรรมดาเฉลี่ย 50 มิลลิเมตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ของนักกีฬาอาจถึง 80 มิลลิเมตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม)
 3. อัตราการหายใจในขณะพักช้าลง เพราะคุณภาพของการหายใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจของคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเพิ่มช้ากว่า แต่หลังจากเลิกงานแล้วอัตราการหายใจนี้จะคืนสู่สภาพปกติเร็วกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย
 4. ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ร่างกายสามารถรับออกซิเจนได้มากขึ้น
- ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำจึงสามารถทำงานได้ดีกว่า เหนื่อยน้อยกว่า และเมื่อเลิกงานแล้วจะหายเหนื่อยเร็วกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย

4. ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด

เมื่อมีการออกกำลังกายย่อมมีอวัยวะต่างๆ ในระบบไหลเวียนเลือดเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (พิชิต ภูติจันทร์ และคนอื่นๆ, 2533: 82)

4.1 หัวใจ (Heart)

- 4.1.1 หัวใจโตมีขนาดใหญ่ขึ้น หลอดเลือดฝอยกระจายเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจรับออกซิเจนได้มากขึ้น

4.1.2 การสูบฉีดเลือดของหัวใจ จำนวนเลือดที่ฉีดออกต่อ 1 ครั้ง (S.V.=Stroke volume) มากขึ้น

4.1.3 อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ลดลงในขณะที่ร่างกายอยู่ในภาวะปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 40 ครั้งต่อนาที และขณะออกกำลังกายหนักกีฬาจะมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่าคนธรรมดา เมื่อออกกำลังกายที่ได้นานเท่ากัน (นิ่มนวล สกฤตพานิช, 2528: 97)

การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นประจำ จะไม่มีอันตรายต่อหัวใจแต่อย่างใดเลย แต่จะช่วยให้หัวใจมีความแข็งแรง สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันนี้ผู้เชี่ยวชาญในวงการแพทย์และวงการกีฬามีหลักฐานที่สามารถยืนยันได้ว่า การออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอเป็นประจำ สามารถป้องกันโรคหัวใจเสื่อมสมรรถภาพ (Degenerative Disease) หรือโรคหัวใจวายได้อย่างดีวิธีหนึ่งด้วย (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2523 : 3)

4.2 หลอดเลือด (Blood Vessels) หลอดเลือดมีเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่ขึ้น เลือดในหลอดเลือดไหลคล่องตัวดี ความดันในท่อเลือดเปลี่ยนไปเนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดซึมในความยืดหยุ่นดี (Elasticity) หลอดเลือดดำที่นำเลือดกลับมาจากอวัยวะต่างๆ สามารถนำกลับมาสู่หัวใจและปอดได้รวดเร็วขึ้น สามารถทนถ่ายของเสียที่ค้างคั่งออกจากกล้ามเนื้อได้ทัน สามารถใช้กล้ามเนื้อทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2523: 5)

4.3 ปริมาณเลือด ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดมีมากขึ้น จำนวนเลือดกระจายไปทั่วถึงอวัยวะของร่างกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อได้รับอาหารและออกซิเจนมีปริมาณมากขึ้นด้วยกล้ามเนื้อมีโอกาสได้พลังงานมาใช้เพื่อประกอบกิจกรรมอย่างพอเพียง (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2523: 5)

4.4 ความดันเลือด (Blood Pressure) ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวลดลง จากผลของการทดลองสามารถชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีความดันเลือดต่ำกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย และในขณะที่ทำงานเท่ากัน การเพิ่มของความดันเลือดก็น้อยกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกายเช่นเดียวกันโดยเฉพาะในหมู่นักกีฬา เช่น นักวิ่งระยะไกลในกีฬาโอลิมปิกความดันเลือดจะเพิ่มขึ้นในอัตรา 50 มิลลิเมตรปรอทเท่านั้น ในขณะที่คนโดยทั่วไปที่ไม่ได้ฝึกซ้อมมีความดันเลือดเพิ่มขึ้น 250 มิลลิเมตรปรอท (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2523: 5)

5. ผลต่อระบบย่อยอาหารและขับถ่าย

การออกกำลังกายร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น อาหารย่อยใช้สลับเปลี่ยนกว่าปกติ กล้ามเนื้อถูกใช้เชื้อเพลิงไปมาก กล้ามเนื้อจะสามารถเก็บเชื้อเพลิงไว้ได้มากขึ้นกว่าเดิม เมื่อการออกกำลังกายใช้พลังงานสูง การเผาผลาญย่อมต้องเปลี่ยนอาหารในร่างกายมากขึ้นทำให้ร่างกายมีความ

ต้องการอาหารสูงขึ้น การออกกำลังกายกระตุ้นระบบย่อยอาหารให้ทำงานมีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดตัวของทางสรีรวิทยาของอวัยวะย่อยอาหารดีขึ้น (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2523: 8)

นอกจากนั้นมีการขับถ่ายของเสียดีขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายแข็งแรงตามขึ้นไปด้วย สำหรับระบบขับถ่ายของไตนั้น ขณะออกกำลังกายเลือดไปสู่น้อยลงแต่มีการดูดซึมของเหลวกลับคืนสู่ร่างกายได้มากขึ้น อัตราการกรองของไตน้อยลงเพราะของเสียที่เกิดขึ้นได้ถูกส่งไปขับถ่ายที่ผิวหนังมากขึ้น และถ้าออกกำลังกายหนักมาก เลือดมีความเป็นกรดมากไตจะช่วยกำจัดยูเรีย (Urea) และครีเอตินิน (Creatinine) ซึ่งเป็นการช่วยลดความเป็นกรดโดยกำจัดไฮโดรเจนไอออน (H^+) ออกมาจากท่อไตปล่อยออกมาพร้อมกับปัสสาวะเป็นรูปของเกลือแลกเตทหลังออกกำลังกายอย่างหนัก (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2523: 8)

จากผลของการออกกำลังกายที่มีต่อร่างกาย ทำให้เห็นว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์พอๆ กับการรับประทานอาหารและการพักผ่อน ทั้งนี้เนื่องจากร่างกายจะเจริญเติบโตได้ก็ต้องมีการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายอยู่เสมอ ผลของการออกกำลังกายสามารถเร่งขบวนการต่างๆ ของร่างกายให้เพิ่มขึ้น กระตุ้นให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอวัยวะต่างๆ ได้รับการพัฒนาดีขึ้น

หลักของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีความจำเป็นสำหรับทุกเพศทุกวัย ที่ต้องการจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี แต่ในขณะเดียวกันการออกกำลังกายอาจก่อให้เกิดผลร้าย และเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ วัย และสิ่งแวดล้อม ทุกคนควรจะต้องทราบถึงหลักและวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเสียก่อน เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกายอย่างแท้จริง

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2531: 37) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ดังนี้

1. ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรจะเริ่มออกกำลังกายด้วยท่าที่ง่ายๆ และเบาๆ ก่อนในวันต่อไป จึงค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายนั้นให้มากขึ้นทีละน้อยๆ ตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ร่างกายได้มีโอกาสปรับตัวได้
2. ถ้าหากว่าออกกำลังกายแล้วทำให้มีอาการผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หอบมากผิดปกติควรหยุดออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ และเพื่อความสนุกสนานมากกว่าที่จะเล่นกีฬาเพื่อการแข่งขัน

3. ควรจะออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและเพื่อความสนุกสนาน เป็นสิ่งสำคัญมากกว่าเพื่อการแข่งขัน เช่น ออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ และเพื่อความสนุกสนานมากกว่าที่จะเล่นกีฬาเพื่อการแข่งขัน

4. การเลือกกิจกรรมที่ตนเองมีความรัก ความถนัด ความชอบและง่าย สามารถที่จะออกกำลังกายได้ทุกวันโดยไม่มีความเบื่อหน่ายและเสียเวลามาก เช่น กิจกรรมที่สามารถออกกำลังกายได้ในบริเวณบ้านวันละ 20-30 นาที

5. ในการออกกำลังกายทุกครั้งควรจะปล่อยกายและใจให้มีความสุขสนุกสนานในกิจกรรมนั้นๆ ไปด้วย ควรจะหลีกเลี่ยงการเอาความเครียดหรือความกังวลจากการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

6. การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรจะทำให้รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรเร็วกว่าปกติ อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ

7. สหพันธ์กีฬาเยอรมันได้เสนอแนะว่าให้ออกกำลังกายโดยวิธีใดก็ได้ให้ชีพจรเต้นถึง 130 ครั้งต่อนาที ทุกวัน วันละ 10 นาที หรือสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20 นาที หรือสัปดาห์ละ 2 วันๆ ละ 30 นาที

8. การกำหนดอัตราการเต้นของชีพจรของแต่ละบุคคลในการออกกำลังกายนั้น ท่านศาสตราจารย์อวย เกตุสิงห์ นายแพทย์ผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ ท่านแรกของไทยได้เสนอแนะว่าอัตราการเต้นของชีพจรในขณะที่ออกกำลังกายของแต่ละบุคคลของคนทั่วไปนั้นควรจะ เป็น 170 ลบอายุของตนเอง เช่น ถ้าอายุ 40 ปี อัตราการเต้นของชีพจรในขณะที่ออกกำลังกายที่บุคคลนั้นควรจะรักษาให้อยู่ในระดับ 130 ครั้งต่อนาที (170 ลบ 40) แต่ทั้งนี้อาจจะเพิ่มหรือลดได้ 10 ครั้งต่อนาที

9. ผู้ที่มีอายุ 40 ปีล่วงแล้ว และไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมาก่อน ควรจะได้ปรึกษาแพทย์ ก่อนการออกกำลังกายที่หนักๆ

10. การออกกำลังกายที่มีเครื่องผ่อนแรงช่วยดึงดูดสันปิดหรืออย่างหนึ่งอย่างใด อาจจะมีประโยชน์น้อยมาก ทั้งนี้ก็เพราะความมุ่งหมายหลักของการออกกำลังกายนั้นก็เพื่อให้ร่างกายได้มีโอกาสใช้แรงงานเอง มิฉะนั้นแล้วการออกกำลังกายนั้นก็เสียเวลาเปล่า

11. การพักผ่อนหลับนอนที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วน ตลอดจนการหลีกเลี่ยงเครื่องดองของเมาต่างๆ ควรจะได้มีความคุ้นเคยไปกับการออกกำลังกายด้วย ผลที่มีต่อสุขภาพจึงจะเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์

เสก อักษรานุเคราะห์ (2534: 134 -135) ได้สรุปหลักการออกกำลังกายแบบสายกลาง จะต้องประกอบด้วย

1. เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกขั้นพื้นฐาน

2. เป็นการออกกำลังกายที่ออกแรงเพียงร้อยละ 50 โดยวัดจากชีพจร
3. เป็นการออกกำลังกายที่ติดต่อกันระหว่าง 20-30 นาที และทำเพียงวันเว้นวันก็เพียงพอ ถ้าทำได้ทุกวันได้ก็ดียิ่งขึ้น
4. วิธีออกกำลังกายให้อุ่นเครื่อง 5 นาที (ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจนชีพจรขึ้นถึงร้อยละ 50) ออกกำลังกายระดับร้อยละ 50 ไปตลอด 20 นาที ผ่อนคลายอีก 5 นาที)
5. ชนิดของการออกกำลังกายจะต้องไม่เพิ่มการบาดเจ็บให้กับจุดอ่อนของตัวเอง และเลือกชนิดที่ทำให้บาดเจ็บน้อยแห่ง
6. การออกกำลังกายแบบสายกลางของคนหนึ่งไม่จำเป็นต้องเหมือนกับอีกคนหนึ่ง
7. การออกกำลังกายแบบสายกลางของคนๆ เดียวกันแต่ละเวลา อาจจะไม่เหมือนกัน จะต้องเปลี่ยนไปตามอายุและสภาพร่างกาย

มงคล ใจดี (2535: 15-20) ได้ให้หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ ดังนี้

1. ไม่เคร่งเครียด สนุกสนานเพลินเพลิน
2. ต้องใช้วิธีค่อยทำค่อยไป
3. ต้องให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ ควรให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายหลายๆ อย่าง
4. การออกกำลังกายควรทำโดยสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 15-30 นาที และเป็นเวลาเดียวกัน

จากหลักการดังกล่าวข้างต้น สรุปหลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้ดังนี้

1. เมื่อเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มต้นด้วยการค่อยทำค่อยไป ใช้ปริมาณน้อยและวิธีการง่าย เมื่อร่างกายปรับตัวดีแล้ว จึงค่อยๆ เพิ่มปริมาณความหนักและความยากของงานขึ้นตามลำดับของพัฒนาการของร่างกาย ที่เริ่มมีความสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น
2. อบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที ก่อนการออกกำลังกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายทุกครั้งที่มีการออกกำลังกาย
3. ให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลังไม่มุ่งเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่ง และทำให้ถูกต้องตามเทคนิค
4. การออกกำลังกายควรคำนึงถึงภาวะของร่างกาย ในบางกรณีร่างกายอ่อนแอลงชั่วคราวสาเหตุอาจเนื่องมาจากท้องเสีย หรืออดนอน การออกกำลังกายอาจต้องลดปริมาณลงจากที่เคยทำเป็นประจำ เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้ หรือบางครั้งอาจมีการแสดงออกให้เห็น เช่น มีอาการเหนื่อยผิดปกติ ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ลมออกหู หูตึงกว่าปกติ หายใจไม่ทันต้องหยุดออกกำลังกายทันที

5. ถ้าอายุเกิน 30 ปีขึ้นไป หรือมีโรคประจำตัวให้แพทย์ตรวจร่างกายก่อนเริ่มโปรแกรมออกกำลังกาย

6. มีสมาธิในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

7. การออกกำลังกายไม่ควรทำหลังกินอาหารเสร็จใหม่ๆ เพราะการออกกำลังกายทันทีจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำย่อยอาหารออกมาน้อย และหลังจากออกกำลังกายเสร็จใหม่ๆ ไม่ควรกินอาหารทันที ควรรอให้หายเหนื่อยก่อน

8. ดื่มน้ำให้เพียงพอเพราะร่างกายต้องการน้ำชดเชยส่วนที่เสียไป และเพื่อสร้างสมดุลระหว่างกรดด่างในร่างกายตลอดจนช่วยในการขับถ่ายให้ดีขึ้น

9. ควรมีสุนัขและสัตว์เลี้ยงในการออกกำลังกาย เช่น แต่งกายให้เหมาะสมกับกิจกรรมการออกกำลังกาย เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้า รวมทั้งอุปกรณ์ในการออกกำลังกายต้องสะอาด

10. งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารกระตุ้น และสิ่งเสพติด

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

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สามารถทำได้หลายวิธี การออกกำลังกายที่นิยมกันในขณะนี้พอจะประมวลได้ดังนี้

1. การเดิน หมายถึง การเดินระยะไกลและเดินเร็วพอควร การเดินในระยะต้นควรใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ขึ้นอยู่กับสุขภาพของคนเดิน เมื่อร่างกายแข็งแรงแล้วจึงเพิ่มเวลาเดินให้มากขึ้น (นที รัชกุลพลเมือง และวิชัย วนคุรงค์วรรณ, 2530: 12) เดินก้าวเท้ายาวๆ ในจังหวะเร็วเพราะจะต้องใช้พลังงานมากกว่าการเดินก้าวเท้าสั้นๆ ถ้า การเดินชนิดนี้ต้องรู้สึกหอบพอสมควร ควรจะเดินให้ได้ประมาณวันละ 30-60 นาที เดินติดต่อกันไปไม่มีการพักจึงจะพอเพียงที่จะรักษาให้ร่างกายแข็งแรงได้ การเดินไม่หักโหมเหมือนการวิ่ง จึงเหมาะกับผู้สูงอายุหรือคนไข้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เวลาที่เดินออกกำลังกายที่ดีที่สุด คือตอนเย็น เพื่อที่จะได้เผาผลาญอาหารที่เหลือ (จากการกิน) และร่างกายไม่มีโอกาสนำไปเก็บในรูปโคเลสเตอรอล หรือไตรกลีเซอไรด์ได้ แต่อย่ากินอาหารเพิ่มเติมอีก หลังจากออกกำลังกายด้วยการเดินแล้ว ควรเดินในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ปราศจากสารพิษ เช่น ควั่นรถยนต์ หรือควั่นจากโรงงานอุตสาหกรรม (เสก อักษรานุเคราะห์, 2534: 107)

2. การวิ่ง เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด การวิ่งทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลังกาย ในระยะเริ่มต้นควรวิ่งเหยาะๆ ก่อนใช้เวลา 5-10 นาที หากรู้สึกเหนื่อยมากควรหยุดหรือเปลี่ยนเป็นเดิน

หายเหนื่อยแล้วค่อยวิ่งต่อ เมื่อร่างกายแข็งแรงดีแล้วจึงเพิ่มการวิ่งให้มาก โดยเพิ่มระยะทางหรือความเร็วในการวิ่งขึ้นทีละน้อย (นที รักษ์พลเมือง และวิชัย วนดุรงค์วรรณ, 2530: 117)

3. **จีจรรย์ยานเดินทาง** การจีจรรย์ยานเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีประเภทหนึ่งเหมาะสม สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ ซึ่งไม่เหมาะสมกับการวิ่งเหยาะ แต่การจีจรรย์ยานต้องใช้เวลามากกว่าการวิ่ง โปรแกรมการจีจรรย์ยานที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพ คือ จีจรรย์ยานวันละ 30 นาที จากวันจันทร์ถึงศุกร์ และ 45-60 นาที ในวันเสาร์ - อาทิตย์ (จรวยพร ธรณินทร์, 2530: 51) วิธีการจีจรรย์ยานเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอาจทำได้โดยจีจรรย์ด้วยความเร็วพอสมควรแต่สม่ำเสมอหรือช้าๆ สลับเร็วๆ เป็นช่วงๆ ระยะทางที่ใช้ควรไกลพอสมควร ในระยะแรกๆ อาจใช้สัก 4-6 กิโลเมตรก่อน ต่อไปจึงเพิ่มระยะทางและความเร็ว (นที รักษ์พลเมือง และวิชัย วนดุรงค์วรรณ, 2530: 117) ให้ได้ตามกำหนด ควรเลือกจักรยานที่เหมาะสมกับรูปร่าง ดูแลยางให้สูบลมแข็งพอที่จะขี่ไปได้สบาย ตรวจสอบเบรกและส่วนอื่นๆ เพื่อความปลอดภัยในการขี่ ไม่ควรขี่ในย่านชุมชนหรือที่มีการจราจรหนาแน่น

4. **จีจรรย์ยานอยู่กับที่** อุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกายที่สามารถซื้อได้ด้วยราคาไม่แพงนัก คือ จักรยานอยู่กับที่ สามารถปรับความต้านทานได้มากน้อยได้ ปรับอัตราการขี่เร็ว-ช้าได้ การออกกำลังกายชนิดนี้จึงนับได้ว่าเป็นการออกกำลังกายตั้งแต่เบาไปจนถึงหนัก แต่ละคนมีความสามารถทางกายไม่เท่ากัน การฝึกจึงจำเป็นต้องเริ่มจากการฝึกที่เบาๆ โดยให้หัวใจเต้นประมาณร้อยละ 50-60 ก่อนใน 2 สัปดาห์แรก ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น อายุ เพศ และสภาพร่างกาย (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ ม.ป.ป.15) แต่การจีจรรย์ยานอยู่กับที่มีข้อดีและข้อเสียซึ่งเสก อักษรานุเคราะห์ (2534: 108) ได้กล่าวไว้ว่า ข้อดีคือ ขณะออกกำลังกายจะมีเพียงขา 2 ข้างเท่านั้น ที่เป็นตัวออกกำลังกายและเคลื่อนไหว ส่วนอื่นๆ อยู่นิ่งๆ และเป็นการออกกำลังกายที่ไม่มีน้ำหนักตัวมาเกี่ยวข้องเลย เพราะน้ำหนักตัวจะตกลงบนอานจักรยานและตกบนมือทั้งสองข้างที่จับแฮนด์จักรยานอยู่หมด จึงเหมาะมากสำหรับคนที่มีปัญหาปวดหลังอยู่แล้ว ถ้าไปออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่งหลังจะปวดมากขึ้น นอกจากนี้อาจจะเกิดการเสียดสีของกันกับอานจักรยานทำให้เสียดกันได้ และยังเป็นการออกกำลังกายที่น่าเบื่อ แต่อาจจะแก้ไขได้ด้วยการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ขณะที่จีจรรย์ยาน

5. **การว่ายน้ำ** จรวยพร ธรณินทร์ (2530: 52) ได้กล่าวถึงการว่ายน้ำไว้ว่า การว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีเยี่ยม เพราะได้เคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนได้คุณค่าการใช้พลังงาน นอกจากนี้ยังมีแรงพยุงในน้ำจึงเหมาะสำหรับคนอ้วนหรือผู้ที่มีปัญหาที่ข้อต่อ เป้าหมายในการว่ายน้ำเพื่อสุขภาพ คือ ฝึกสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เช่น ศุกร์-เสาร์ อาทิตย์ เพราะเป็นวันที่เหมาะที่จะปลีกตัวไปว่ายน้ำ เป้าหมายของการว่ายน้ำ คือ อย่างน้อยฝึกให้ได้สัปดาห์ละ 90 นาที การว่ายน้ำเป็นการ

ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ควรว่ายน้ำให้เร็วและไกลพอควร เช่น ควรว่ายน้ำได้ในระยะ 300 เมตร ติดต่อกันภายในเวลา 8 นาที การว่ายน้ำก็เช่นเดียวกับการวิ่ง และการเล่นกีฬาอื่นๆ คือ ไม่ควรออกกำลังกายเต็มที่ในตอนเริ่มต้น เริ่มจากการว่ายน้ำช้า หรือว่า 100 เมตร ช้าๆ แล้วพักประมาณ 5 นาที แล้วว่าย 50 เมตร พักอีก 5 นาที หายเหนื่อยแล้วว่ายครั้งสุดท้ายอีก 50 เมตร เมื่อร่างกายแข็งแรงดีแล้ว จึงค่อยเพิ่มระยะทางขึ้น (นที รักษ์พลเมือง และวิชัย วนดุรงค์วรรณ, 2530: 117)

6. การกระโดดเชือก เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เป็นการเล่นพื้นเมืองของไทย ทำได้ง่าย สะดวก ใช้เนื้อที่จำกัด ก่อนการกระโดดเชือกควรอบอุ่นร่างกายก่อน 5-10 นาที กระโดดเชือกนาน 6 นาที เป็นอย่างน้อย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาที (ศักดิ์ชาย พิทักษ์วงษ์, 2533: 34-40) ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ มีโรคประจำตัว เช่น หัวใจ ความดันเลือด เบาหวาน และผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายด้วยการกระโดดเชือกมาก่อน ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการกระโดดเชือก

7. แอโรบิกแดนซ์ หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่นำเอาท่าบริหารกายมาผสมผสานกับทักษะการเคลื่อนไหวเบื้องต้น และจังหวะการเต้นรำ ที่จะกระตุ้นหัวใจ และปอดต้องทำงานมากขึ้น ถึงจุดหนึ่งด้วยระยะเวลาซึ่งนานพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จุดสำคัญของการเต้นแอโรบิก จนกระทั่งการเต้นของหัวใจถึงอัตราเป้าหมาย แล้วจึงค่อยๆ ลดความหนัก หรือความรุนแรงลงจนกระทั่งหยุดเต้นปกติติดต่อกัน 15 นาที โดยไม่เวลาอบอุ่นร่างกายและช่วงผ่อนคลาย โดยแบ่งทำเป็นสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยทำกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีการหดตัว รวมทั้งข้อต่อต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหว โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ได้พักผ่อนหย่อนใจ สนุกสนาน และมีสุขภาพกาย สุขภาพที่ดีพร้อม ดังนั้น การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับคนเราทุกเพศทุกวัย การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น บุคคลควรประเมินความพร้อมของตนเองก่อนแล้วเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย และสภาวะของร่างกายของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ปอด ไต กล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้น ผู้ที่เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะบ่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำจะช่วยลดอาการดังกล่าวได้ รวมทั้งทำให้การเป็นโรคติดเชื้อ เช่น หวัด เจ็บคอ ลดน้อยลงด้วย จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายให้ประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งมีควรละเลยในการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ แล้วช่วยให้มีชีวิตที่ยืนนานอีกด้วย

ในงานวิจัยนี้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การมีกิจกรรมการออกกำลังกายตามความสามารถและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วนและใช้แรงกล้ามเนื้อจะใช้กิจกรรมใดก็ได้ เช่น การบริหารร่างกาย เดินเร็ว วิ่งเหยาะ กระโดดเชือก หรือการเล่นกีฬาที่มีได้มุ่งเพื่อการแข่งขัน โดยถือหลักคือเกิดความสุขสนุกสนาน เพลิดเพลิน และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที

การบริหารจัดการกับความเครียด

สภาพสังคมในปัจจุบันนี้ทำให้คนเราต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาส่วนตัว ปัญหาในครอบครัว ปัญหาในกิจการงาน ปัญหาการเงิน การครองชีพ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่สร้างความกดดันให้กับคนเรา และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ความเครียด (Stress) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้ ดังนี้

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2536: 151) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นอารมณ์ในทางลบ เช่น ท้อใจ เสียใจ โกรธ โมโห ฉุนเฉียว อาฆาต พยาบาท อารมณ์เหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้น แล้วกระตุ้นให้สารทุกข์โศกเรื่องเข้ามาในเลือดทุกระบบ สารทุกข์จะทำการกล้ามเนื้อตึงตัว ซึ่งเป็นสาเหตุของการปวดหัว ปวดท้ายทอย สารทุกข์จะทำให้ไขมันถูกปล่อยออกมาให้ดับเปลี่ยนเป็นน้ำตาลทำให้กลายเป็นโรคเบาหวาน

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532 :128) กล่าวว่า ขบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของการมีชีวิตอยู่นั้น เป็นขบวนการของการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด ร่างกายนั้นต้องได้รับเชื้อโรค เช่น ไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา อีกทั้งจิตใจยังได้รับความรู้สึกที่แตกต่างกันอยู่ตลอดเวลา สิ่งที่ร่างกายและจิตใจได้รับล้วนเป็นความเครียดทั้งสิ้น

สุจริต สุวรรณชีพ (2532 :1) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะของใจเราเอง พร้อมทั้งจะเผชิญกับสถานการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งเราคาดว่าสถานการณ์หรือความกดดันนั้นๆ หนักเบา หรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติของเราที่จะแก้ไข หรือจัดปัดเป่าให้หมดสิ้น หรือบรรเทาเบาบางลงได้

สุปราณี ผลชีวิน (2530 :1) กล่าวว่าความเครียด หมายถึง ความกดดันที่บุคคลได้รับ ซึ่งบางครั้งบุคคลนั้นเข้าใจเอาเองว่ามากเกินไปหรือสุดที่จะทนได้ทั้งยัง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองความกดดันเหล่านั้นด้วย

เซลเย (Selye 1956: 53-54) บิดาแห่งทฤษฎีความเครียดได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งมาคุกคามหรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต และความต้องการของมนุษย์ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านการคิด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจขาดสมดุลอันเป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้งภายในและภายนอก จากปัจจัยโดยทั่วไปและปัจจัยทางด้านการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ เหนื่อยหอบ หงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า และอื่นๆ

สาเหตุของความเครียด

อรุณ หงษ์ทอง (2530: 16-17) กล่าวว่า เหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีปัจจัยสำคัญดังนี้ เหตุการณ์ฉับพลัน ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางการเงิน ปัญหาทางการงาน ปัญหาทางการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การตั้งเป้าหมายของชีวิตไว้สูงเกินไป

พิมลพรรณ สุวรรณโณ (2531: 75-77) กล่าวว่า สาเหตุของความเครียดมักมาจากการงาน การเรียน การเงิน ครอบครัว สังคมแวดล้อม กล่าวคือ

ในเรื่องเกี่ยวกับงาน ก็จะเป็นในเรื่องที่เกี่ยวกับตำแหน่งหน้าที่ หรือวิธีการตลอดจนหลักในการปฏิบัติงาน การต้องรับภาระมากเกินไปจนความรับผิดชอบหรือแม้แต่การทำงานที่ไม่ต้องกับนิสัยเดิม สำหรับเรื่องของการเรียนนั้น จะมีเรื่องของการเรียนไม่ดี เรียนไม่รู้เรื่อง ความอยากให้เท่าเทียมเพื่อน ความกังวลต่อการเรียนต่อ การต้องพูดรายงานหน้าชั้น หรือแม้แต่การที่ต้องพยายามเรียนให้ได้ตามที่ผู้ปกครองต้องการ หรือตั้งเป้าหมายไว้

เรื่องของการเงินเกี่ยวข้องกับการหาเงินได้ไม่เพียงพอ การไม่รู้จักจัดสรรรายได้-รายจ่าย มีคนมารบกวน จึงต้องรับผิดชอบมากขึ้น

ส่วนเรื่องของครอบครัว ถ้าเป็นเด็กก็จะเครียดในเรื่องเกี่ยวข้องกับพ่อแม่ที่มีลักษณะเลี้ยงดูที่มีทั้งตามใจมากเกินไป และเมื่อเด็กไม่ได้ดังใจก็จะไม่พอใจ การเป็นห่วงมากเกินไป ความรู้สึกว่าขาดอิสระ ความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก และฝ่ายพ่อแม่ก็จะมีความคิดเห็นว่าเด็กเปลี่ยนไปจะมีการคอยตามดูแลซักถาม ตรวจตรามากขึ้น

สังคมแวดล้อม ก็มีส่วนทำให้คนเกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน นับตั้งแต่ออกนอกบ้าน เริ่มจากดินฟ้าอากาศ การคมนาคม เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน ครู นายจ้าง หรือเผชิญกับเหตุการณ์สยของขวัญ

นอกเหนือจากนี้ก็เป็นเหตุที่จะทำให้คนเราเกิดความเครียดได้เช่นกัน ขึ้นกับว่าแต่ละคนมี พื้นฐานบุคลิกภาพเดิมเป็นคนอย่างไร ถ้าเป็นคนคิดมาก กังวล จริงจังต่อชีวิต ก็จะเกิดความเครียดได้ง่าย

บราวน์ และมอเบิร์ก (Brow and Moberg, 1980 อ้างในอัมพร โอตระกูล 2538: 28-29) กล่าวถึงความเครียดว่าเกิดจากเรื่องต่างๆ หลายด้าน ได้แก่

1. เรื่องการงานอาชีพ ถ้าคนเรามีงานมากมายเกินไป หรือเป็นงานยุ่งยากกระทำได้ลำบาก หรืองานนั้นมีปัญหาอุปสรรคมาก ก็จะเกิดความเครียดได้
2. เรื่องบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในสังคม ในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น บางครั้งคนคนนั้นตั้งความหวังหรือคาดหวังว่าตนจะทำงานนั้นให้ได้ แต่เมื่อไม่เป็นไปตามที่หวังก็เกิดความเครียด ในบางกรณีกลับเป็นว่าผู้อื่นคาดหวังว่าตนจะทำงานนั้นให้ได้ แต่เมื่อไม่เป็นไปดังที่หวังก็เกิดความเครียด ในบางกรณีกลับเป็นว่าผู้อื่นคาดหวังว่าตนจะต้องมีบทบาทอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ถ้าไม่เป็นไปตามที่บุคคลอื่นหวังว่าตนจะเป็นก็เกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น เมื่อคนเรามีความขัดแย้งกัน ทำให้มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันก็จะรู้สึกไม่สบายใจเกิดความเครียดขึ้นได้
3. เรื่องสภาพสิ่งแวดล้อม สถานที่อยู่ ถ้าแออัด คับแคบ ขาดอิสระ คนเราก็รู้สึกเครียด หรือสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนทางกายภาพ เช่น ความร้อน เสียงดัง การมีฝุ่นรบกวน เหล่านี้ก็เกิดความเครียดเช่นเดียวกัน
4. เรื่องอุปนิสัยส่วนบุคคล เป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวที่แต่ละบุคคลจะต้องปรับตัวไปตามครรลองของการดำเนินชีวิต แต่เนื่องจากมีอุปนิสัยที่ปรับตัวยาก หรือมีนิสัยที่เสี่ยงต่อการเกิดความขัดแย้งก็จะเกิดความเครียดได้ง่าย เช่น มีนิสัยใจร้อน โกรธง่าย หรือเป็นคนช่างวิตกกังวล เป็นคนเอาแต่ใจตนเอง ดังนั้นในชีวิตที่มีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น เช่น การเงิน การแต่งงาน การมีบุตร ฯลฯ ก็อาจปรับตัวลำบากและเกิดความเครียดได้บ่อย

มิลเลอร์ และคีน (Miller and Keane, 1983 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2538: 26-27) กล่าวว่า มูลเหตุของความเครียดอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายหรือเกิดจากภาวะในร่างกายก็ได้

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal Stress) ซึ่งเกิดได้จาก

1.1 ความเครียดทางชีววิทยา (Biological Stress) เกิดจากเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือทางชีวภาพ หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ซึ่งถ้าร่างกายได้รับไม่พอเพียง ก็จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ ภูุนเฉียว เกิดเป็นความเครียดขึ้น

2.2 ความเครียดทางพัฒนาการ (Developmental Stress) เป็นความเครียดที่เกิดในช่วงของพัฒนาการแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจจากเหตุจูงใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการมีชื่อเสียง การได้รับความยกย่องนับถือ ความต้องการมีเพื่อนซึ่งความต้องการดังกล่าวถ้าไม่เป็นไปตามคาดหวังที่ตนต้องการก็เกิดเป็นความเครียด

2. ความเครียดจากภายนอก (External Stress) หรืออาจเรียกว่าความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเกิดได้จาก

2.1 สภาพแวดล้อมที่เป็นทั้งทางด้านกายภาพ หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือการเจ็บป่วยแก่ร่างกายจะทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความร้อน ฝุ่นละออง เชื้อโรค ภาวะน้ำท่วม ไฟไหม้ ภาวะสงคราม

2.2 ข้อเรียกร้องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบ วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมได้ก็ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ใจเกิดเป็นความเครียด

แชฟเฟอร์ (Shaffer 1983: 38-44) แบ่งต้นเหตุของความเครียดออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment) อันได้แก่ แสง เสียง ภาวะมลพิษ การอยู่ในชุมชนแออัด เกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Major life events) สภาพแวดล้อมในการทำงาน การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในทางลบ หรือมีรูปแบบในการดำเนินชีวิตที่เคร่งครัด

2. สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment) ได้แก่ ภาวะโภชนาการของบุคคล ภาวะสุขภาพ ปัญหาทางด้านจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิต

ระดับของความเครียด

เนื่องจากความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องประสบเหมือนกันทุกคน บางครั้งความเครียดที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลนั้น อาจมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้าเดียวกันบางคนอาจเกิดความรู้สึก

เครียด แต่บางคนกลับไม่รู้สึกละเลย ทำให้บุคคลมีการแสดงออกที่แตกต่างกันตามระดับของความเครียด

แจนิส (Janis 1952: 13) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) พบว่าความเครียดชนิดนี้สิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องอยู่กับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัดในขณะที่ไปทำงาน การพลาดเวลานัดหมาย
2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดชนิดนี้รุนแรงกว่าชนิดแรก อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง จนกระทั่งเป็นวัน เช่น ความเครียดจากการทำงานมากหรือทำงานติดต่อกันนานเกินไป การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน
3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรืออาจเป็นปี สาเหตุของความเครียดจะรุนแรงหรือมีหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย หรือสิ่งของ หรือบุคคลอันเป็นที่รัก

การที่บุคคลจะตีความหมายว่าภาวะใดทำให้เกิดความเครียดในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประสบการณ์ และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลว่าจะตีความสถานการณ์นั้นๆ อย่างไร ซึ่งถ้าสามารถปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ ความเครียดก็จะเป็นสิ่งที่ดี แต่บางคนก็รับรู้ความเครียดในลักษณะทางลบ จึงแสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะต่างๆ

ผลกระทบจากความเครียด

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความเครียดนั้นๆ

สุปราณี ผลชีวิต (2530: 68-82) กล่าวว่า ความเครียดมักก่อให้เกิดโรคต่างๆ ดังนี้ คือ โรคภูมิแพ้ อาการเจ็บหน้าอก โรคหัวใจ โรคหืด ผรุ้ง ความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อม โรคปวดศีรษะ ไมเกรน และโรคกระเพาะอาหาร

อรุณ หงษ์ทอง (2530: 17) กล่าวว่า ผลกระทบจากความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ทางร่างกาย ได้แก่ ใจสั่น แน่นหน้าอก อาหารไม่ย่อย ปวดช่องท้อง ท้องร่วง ปัสสาวะบ่อย ขาดความต้องการทางเพศ คั่นแขน คั่นขา ปวดต้นคอ บ่อย ปวดศีรษะ เป็นพื้นที่ผิวแห้ง เห็นภาพเชิงซ้อน
2. ทางจิตใจ ได้แก่ อาการหงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ และเจ้าอารมณ์

3. ทางพฤติกรรม ได้แก่ ผลที่ได้รับจากทางร่างกาย และจิตใจแล้วส่งผลมาสู่ทางพฤติกรรม คือ เป็นคนเจ้าอารมณ์ ควบคุมหรือจัด ดึ่มสุรามาก มานดาขยาขกว้าง มือสั้น หน้าแดง

เมสคอน (Mescon 1985: 555) กล่าวว่า ผู้บริหารมักจะต้องเกี่ยวข้องกับความเครียด และมีปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดออกมา 2 แบบ คือ

1. ปฏิกิริยาทางจิตใจ ได้แก่ หดหู่ เศร้า ซึม กระวนกระวาย หงุดหงิด เหนื่อยหน่าย เพื่อไม่มีการพบปะสังสรรค์กับคนอื่น
2. ปฏิกิริยาทางกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ มะเร็ง ปวดหลัง ไขข้ออักเสบ เป็นหืด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ท้องเสีย ท้องผูก

คูเปอร์ และคณะ (Cooper, et al.1988: 1-3) ได้กล่าวว่า ความเครียดในการทำงานเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตการทำงานทุกวัน เครื่องบ่งชี้ความเครียดในการทำงานนี้ คือการลาออก การขาดงานของบุคลากร อัตราการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ซึ่งอัตราการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่างๆ จากความเครียดนี้ไม่เพียงแต่จะเกิดผลกระทบต่องานเท่านั้น แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย หากมองในแง่ของผลของความเครียดในด้านพฤติกรรมก็จะพบปรากฏการณ์ต่อไปนี้ เช่น การทำงานไม่ทันตามกำหนด และผัดผ่อน การมาทำงานสายมากขึ้น การทำงานเลินเล่อจนผิดพลาดบ่อยๆ ลังเลไม่กล้าตัดสินใจ มีปัญหาในการเข้ากับบุคคลอื่น

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากความเครียดสามารถแสดงออกได้หลายทาง และอาการแสดงออกมีดังนี้ คือ

1. ทางด้านจิตใจ มักมีอาการดังนี้ คือ อารมณ์อ่อนไหว หงุดหงิด กระวนกระวาย สับสน ขาดสมาธิ เศร้าซึม หดหู่ ลังเล รู้สึกตนไม่มีคุณค่า และอาจถึงขั้นมีอาการประสาทหลอน
2. ทางด้านร่างกาย มักแสดงอาการ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ใจสั่น ชีพจรหรือหัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคลำไส้ ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก กล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าเย็น โรคภูมิแพ้ โรคหืด
3. ด้านพฤติกรรม จะพบปรากฏการณ์ต่อไปนี้ เช่น ผลผลิตหรือคุณภาพของงานลดลง มีแนวโน้มทำงานผิดพลาด หรือตัดสินใจผิด เอาใจใส่งานน้อยลง ขาดความคิดสร้างสรรค์ ลืมบ่อย หรือติดขัด ใจลอย ขาดงาน ลาป่วยบ่อย ควบคุมหรือจัดมากขึ้น ดึ่มสุราหรือใช้ยาเพิ่มขึ้น โยกย้ายงาน ลาออก

ซึ่งปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาด้านการสูญเสีย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลในองค์กรอีกด้วย

วิธีการบริหารจัดการความเครียด

มีหลายท่านได้แนะนำถึงวิธีการจัดการกับความเครียด ดังนี้

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2536: 152) ได้เสนอแนะวิธีการจัดการกับความเครียดดังนี้

1. การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การเดิน หรือวิ่งเพียงวันละ 30 นาที จะสามารถเอาสารพิษออกจากร่างกายได้และช่วยให้ร่างกายหลั่งสารสุข (เอนดอร์ฟิน) ออกมาด้วยสารสุขจะช่วยให้อาการของโรคเกี่ยวกับประสาททั้งหลายหมดไป
2. ความสุขที่สำคัญที่สุด คือ ความสุขที่เกิดจากการให้ การยึดถือ ทาน ศีล และการภวนา การรู้จักว่าอะไรดีควรทำ ไม่ดีควรหลีกเลี่ยง การให้จะช่วยให้คนละกิเลสได้มากขึ้น ไม่โลกขณะเดียวกันการไม่คิด การละเว้น จะช่วยทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น
3. การฝึกจิตทำสมาธิ กัมมัฏฐาน การวิปัสสนา โดยอาศัยทวารทั้ง 6 ในการฝึกสมาธิ เช่น โดยใช้อาหารเป็นอุบายในการฝึกจิตให้นิ่ง สัน ใจ หู และจมูก การทำวิปัสสนาเป็นการกำหนดสติให้ทันกับปัจจุบัน เพื่อสติที่ไวขึ้นจะคุมทวารทั้ง 6 ได้ การกระทำในสิ่งที่กล่าวมานี้จะช่วยให้ละเว้นความชั่วอยากทำแต่ความดี จิตใจเบิกบาน

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 113) ได้กล่าวถึงการจัดการกับความเครียด มีทั้งการให้คำปรึกษา และการดูแลช่วยเหลือตนเอง วิธีการดูแลตนเองที่จะช่วยลดหรือป้องกันความเครียด และลดผลของความเครียด แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักหาทางออก เมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
2. ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น บุคลิกภาพที่เอาจริงเอจังเกินไป การรู้จักยืนยันความคิดในการติดต่อสื่อสาร (Assertive communication) เป็นการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยไม่ลบหลู่ดูถูกบุคคลอื่น การยืนยันความคิดเช่นนี้มีประโยชน์ในภาวะที่ความมีคุณค่าและความนับถือตนเองถูกคุกคาม และเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเอง
3. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (Biofeedback) และการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง วิธีนี้เป็นการสอนร่างกายและจิตใจให้ตอบสนองต่อคำสั่งเพื่อให้ผ่อนคลายอย่างมีระบบ ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะต้องรู้จักเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย

ประโยชน์ บุญสินสุข (2538: 62-63) ได้กล่าวว่า วิธีการจัดการความเครียดไม่ใช่มุ่งแก้ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น กินยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งต้องทำให้พึ่งยาอยู่ตลอดเวลา และมักจะต้องกินยาในขนาดหรือปริมาณที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าหยุดยาจะทำให้ความเครียดมากขึ้นหรือไม่ควรหันมาคลายเครียดด้วยการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อให้กระปรี้กระเปร่า ซึ่งขณะหนึ่งบางคนลดความเครียดโดยการกินขนมหวาน หรืออาหารในปริมาณมากจนเกิดภาวะโรคอ้วน ยิ่งทำให้เกิดภาวะเครียดหนักขึ้น ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งวิธีการลดความเครียดมีหลายวิธี ได้แก่

1. การฝึกสมาธิ นั่งวิปัสสนา ฝึกลมปราณ ฝึกโยคะ อาจทำให้จิตใจสงบลง การใช้ ออกซิเจนน้อยลง ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น ไม่กระวนกระวาย
2. ฝึกการผ่อนคลาย เช่น นอนราบบนพื้น ฟังเพลงประเภทเบาๆ เกร็งกล้ามเนื้อของ ใบหน้า เกร็งกล้ามเนื้อให้แน่นๆ แล้วปล่อยทันที
3. ใช้วิธีการป้อนกลับทางชีวภาพ เช่น การอาศัยการบันทึกคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อข้างที่ เกร็งเปรียบเทียบกับข้างปกติ โดยให้เห็นภาวะคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อบนจอภาพหรือได้ยินเสียงของ กล้ามเนื้อจากลำโพง หรือฝึกให้ลดเสียงเหล่านั้นโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
4. เป็นที่ยอมรับกันว่าการนวดทำให้กล้ามเนื้อและร่างกายคลายเครียด โดยเฉพาะการ นวดหน้าจะทำให้ร่างกายหลับได้
5. การปรับอิริยาบถ ให้อยู่ในท่าที่กล้ามเนื้อไม่เกร็งอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าอยู่ในท่านั่ง ท่า นอน หรือทำงาน
6. การว่ายน้ำหรือลอยตัวในน้ำ
7. การออกกำลังกายแบบช้าๆ เช่น รำมวยจีน ไทเก็ก เดินรำจิ้งหะช้า รำไทย

ในงานวิจัยนี้ พฤติกรรมการบริหารจัดการความเครียด ได้แก่ การกระทำพฤติกรรมของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกาย เช่น การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด การ ปรึกษากับผู้ใกล้ชิด การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม

การตรวจสุขภาพประจำปี

วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2538: 68-69) กล่าวว่า การได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ที่ เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคบางโรคได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ปากมดลูก เป็นต้น นอกจากนั้นการตรวจสุขภาพการมองเห็น การได้ยิน ภาวะไขมันในเลือด วัด ความดันโลหิต เป็นการตรวจซึ่งใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ไม่เกิดความเจ็บปวดและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

มากนัก แต่คนทั่วไปมักไม่ค่อยแน่ใจว่าควรจะไปตรวจเมื่อใด และจำเป็นต้องตรวจอะไรบ้าง จึงทำให้ไม่สามารถทราบถึงความคิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

การมีบริการตรวจสุขภาพมากขึ้น อาจเป็นเพราะการตรวจสุขภาพได้ผล หรือได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างมาก ดังนั้นการตรวจสุขภาพน่าจะเป็นประโยชน์ แต่ก็มีบางคนที่มีความเห็นว่า การตรวจสุขภาพไม่ได้ประโยชน์เท่าใดนัก บางครั้งกลับเป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อตรวจพบว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติและไม่อาจรักษาได้ “ไม่รู้เสียดีกว่า” รวมทั้งการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ไม่รอบคอบก็เป็นผลเสียต่อผู้มารับบริการตรวจ

คนทั่วไปมักเข้าใจความหมายของการตรวจสุขภาพว่าเป็นการตรวจเพื่อให้มีสุขภาพดี แต่เมื่อถามว่าเวลาไปตรวจสุขภาพต้องให้แพทย์ตรวจอะไรบ้างก็ไม่สามารถตอบได้โดยตลอด ทั้งนี้เพราะการตรวจสุขภาพมีขอบเขตต่างกันไปตามแต่ผู้ให้บริการจะกำหนดขึ้น บางครั้งการกำหนดรายละเอียดในการตรวจเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน องค์กรกำหนดมาให้กับพนักงานของตน แต่ความหมายโดยความที่เข้าใจกันก็คือ การตรวจสุขภาพเป็นการตรวจทางการแพทย์ให้กับผู้ที่ยังไม่ป่วยหรือผู้ที่มีสุขภาพปกติ

บริการตรวจสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันมีจำนวนรายการที่ตรวจแตกต่างกันมาก เช่น การตรวจสุขภาพที่ให้บริการในงานนิทรรศการตามห้างสรรพสินค้า หรืองานเทศกาลประจำปี เช่น งานกาชาด มักจะมีเพียงการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต แต่บางงานโดยเฉพาะงานซึ่งมีเป้าหมายใหญ่เพื่อแสดงผลงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขอาจมีทั้งการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ วัดความจุของปอด หรือแม้แต่ตรวจพันธุกรรมเข้าไปด้วย ยิ่งเป็นงานที่จัดโดยโรงพยาบาลเอกชน ยิ่งมีรายการตรวจมากมายจนกระทั่งถึงการตรวจคลื่นสมอง เอ็กซเรย์ หรือการตรวจอวัยวะภายใน เช่น ตับ ตับอ่อน ฯลฯ ด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์

อย่างไรก็ตาม การตรวจสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายความว่าต้องตรวจหลายๆ อย่าง หรือตรวจโดยเทคโนโลยีใหม่ๆ หรือการตรวจที่ต้องใช้วิธีวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โครงการตรวจสุขภาพที่ดีจะกำหนดให้ตรวจเฉพาะรายการที่ผลการตรวจเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองได้ รวมทั้งสามารถวินิจฉัยโรคที่อาจอยู่ในร่างกายโดยเจ้าตัวเองไม่รู้สึกรู้ว่ามีความผิดปกติ คือ เป็นการตรวจเพื่อหวังผลในการค้นหาโรคที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่แสดงอาการ และตรวจในเรื่องที่เป็นเหตุเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตรวจให้เหมาะสมกับสภาพและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้รับบริการ ที่สำคัญก็คือ การตรวจสุขภาพ ควรตรวจด้วยวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก ไม่เสี่ยงต่ออันตราย ไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะการตรวจสุขภาพเป็นมาตรการเพื่อป้องกัน ซึ่งมีหลักการว่าเป็นการใช้งบประมาณที่ถูกลงกว่าการรักษา

ควรไปรับการตรวจสุขภาพเมื่อใด

ถ้าคิดตามทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และสรีรวิทยาของร่างกายผู้ที่มียุ 35 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจสุขภาพปีละครั้ง ในคนที่ผ่านการตรวจร่างกายสมบูรณ์เต็มที่ การตรวจครั้งต่อไปอาจเป็นปีเว้นปี เมื่ออายุ 60 ปีไปแล้วการตรวจสุขภาพควรได้ทำทุกปี แต่ถ้ามีความผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดในช่วงอายุใดก็ตาม ควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทันที ความผิดปกติเหล่านี้ ได้แก่ (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2538: 70-71)

1. น้ำหนักตัวลดลงอย่างผิดปกติ โดยที่อาจไม่ได้อยู่ในระยะของการลดน้ำหนักของสถานบริการใดๆ วันดีคืนดีน้ำหนักค่อยๆ ลดลงอย่างผิดสังเกต ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายทันที
2. เมื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ แม้แต่รายการอาหารที่เคยชอบก็ไม่สามารถเรียกความรู้สึกอยากรับประทานอาหารของท่านให้กลับคืนมาได้ ถ้าท่านไม่ได้อยู่ในช่วงของความทุกข์ ความวิตกกังวล แต่มีอาการเบื่ออาหาร ตามมาด้วยน้ำหนักลด ก็ควรไปตรวจร่างกายเช่นเดียวกัน
3. เมื่อขี้ด้า อ่อนเพลียตลอดเวลา มีความรู้สึกว่าคุณเองแม้ในยามปกติก็ไม่มีแรง เข้าตื่นขึ้นมาแทบลุกจากที่นอนไม่ไหว ไปทำงานก็ไปนั่งง่วงเหงาหาวนอนหมดอาลัยตายอยากในชีวิต เพราะความรู้สึกอ่อนเพลียเรื้อรังตลอดเวลา ก็ควรไปพบแพทย์
4. นอนไม่หลับ การไม่หลับในที่นี้ไม่ได้เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่เป็นปกตินิสัย อาจเป็นการนอนไม่หลับในระยะต้น คือ เข้านอนแล้วไม่หลับ กระสับกระส่ายตาสว่างอยู่เรื่อยๆ มีความรู้สึกเหมือนตนเองตกนรก คือ ตื่นดึกๆ แล้วไม่หลับอีก (ซึ่งส่วนมากจะพบในผู้สูงอายุ) แต่ไม่ว่าจะเป็นกรณีใด การนอนไม่หลับจะทำให้มีผลต่อร่างกายตั้งแต่ข้อ 1-3 ถึงแม้การแก้ไขปัญหาระยะการนอนไม่หลับไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เสมอไป แต่ต้องไม่รักษาอาการนอนไม่หลับด้วยการซื้อยามากินเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ การไปตรวจสุขภาพจะช่วยให้คุณพบสาเหตุของปัญหาและแก้ไขได้ตรงประเด็น
5. มีเลือดออกที่อวัยวะหนึ่งอวัยวะใดผิดปกติ เช่น การมีเลือดออกทางช่องคลอด มีเม็ดเลือดแดงออกมากับอุจจาระซึ่งสังเกตจากการถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ
6. มีก้อนผิดปกติซึ่งคลำพบแล้วก้อนนี้ไม่หายไป หรือเป็นก้อนที่เคลื่อนที่ได้เป็นครั้งคราว ปวดข้อ ปวดหลัง ปัสสาวะน้อยหรือมากผิดปกติ มีเหงื่อออกมากผิดปกติ ฯลฯ ความ “ผิดปกติ” ทั้งหลายเหล่านี้ คือสัญญาณอันตรายที่บอกให้รู้ว่า ท่านควรไปตรวจร่างกาย

การตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์

วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2538: 71-73) กล่าวถึงการตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจดังต่อไปนี้

1. การตรวจเกี่ยวกับหัวใจ สาเหตุการตายอันดับสองของประเทศไทย รองจากอุบัติเหตุ คือโรคหัวใจและหลอดเลือด คนที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ คนอ้วน ผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เรื้อรัง มีไขมันในเส้นเลือดสูง มีความเครียด วิตกกังวลตลอดเวลา และมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
2. การตรวจวัดความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติ เช่น มีไขมันจับเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดง ทำให้เลือดไหลเวียนได้ยากเนื่องจากช่องภายในเส้นเลือดแดงแคบลงเป็นผลทำให้หัวใจต้องพยายามทำงานให้หนักขึ้น เพื่อขับเลือดออกมาให้เพียงพอ และความดันโลหิตก็จะเพิ่มสูงขึ้น
3. การตรวจหาระดับไขมันในโลหิต ตรวจได้โดยการเจาะเลือดแล้วนำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ชนิดของไขมันในโลหิตที่ควรตรวจ ได้แก่ ระดับของ Total Cholesterol, HDL-Cholesterol, LDL-Cholesterol, Triglyceride ในรายที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ แพทย์จะให้เจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในเส้นเลือดภายหลังจากการงดอาหารและเครื่องดื่ม 12-14 ชั่วโมง ค่าปกติของระดับไขมันในเลือดสำหรับโคเลสเตอรอล ไม่ควรสูงเกิน 200 mg/dl
4. การตรวจปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะหาว่ามีน้ำตาลในปัสสาวะหรือไม่ เป็นการตรวจเพื่อดูโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ การตรวจปัสสาวะสามารถตรวจหาโปรตีนหรือเซลล์เม็ดเลือดแดงอันเป็นผลจากโรคไต และความผิดปกติซึ่งเกิดจากโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ
5. การตรวจคลื่น ซึ่งมีการตรวจ 2 แบบ คือ ตรวจดูการทำงานของหัวใจขณะที่ออกกำลังกาย (Exercise stress test) ทำให้สามารถตรวจพบในผู้ป่วยบางรายซึ่งไม่พบความผิดปกติของการตรวจหัวใจขณะพัก การตรวจหัวใจนี้ผลการตรวจจะออกมาเป็นกราฟ จึงต้องให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะเป็นผู้อ่าน และแปลผล
6. การตรวจหามะเร็ง มะเร็งเป็นโรคซึ่งเมื่อเป็นแล้วย่อมจะต้องมีการสูญเสียชีวิตอย่างแน่นอน โดยเฉพาะถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ในสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 22 ของการตายทั้งหมดมาจากการเป็นมะเร็ง การตรวจพบโรคได้เร็วและเข้ารับการรักษาก็ได้ทันทั่วทั้งทำให้มีโอกาสรอดจากโรคนี้อีก

การตรวจสอบทางการแพทย์ที่ทุกคนควรได้รับ

ต่อไปนี้เป็นบรรทัดฐานของผู้ที่ไม่เคยมีอาการแสดงของโรคหัวใจหรือโรคอื่นๆ ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรได้ตรวจสอบและระยะเวลาที่ควรตรวจสอบ คือ (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2538: 72-73)

1. การตรวจหาปริมาณสารชีวเคมีในเลือด ควรทำทุก 2 ปี
2. การวัดความดันโลหิต ควรทำทุกปี
3. การตรวจฟัน ควรทำทุก 1-2 ปี
4. การตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า ควรทำทุก 3-5 ปี (สำหรับผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)
5. การตรวจวัดสายตา ควรทำทุก 3-5 ปี
6. การตรวจสอบการได้ยิน ควรทำทุก 5 ปี เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 70 ปี หลังจากนั้นควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทุกปี
7. ในผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมทุก 2 ปี อายุ 50 ปีขึ้นไปตรวจปีละ 1 ครั้ง การตรวจหามะเร็งปากมดลูก อายุ 40 ปีขึ้นไปควรตรวจปีละครั้ง

การตรวจสุขภาพจะได้ผลคือผู้ที่ผู้แจ้งผล ซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือ เทคนิคการแพทย์ จะต้องประมวลผลการตรวจเข้าด้วยกันแล้วแปลผลให้ผู้มารับการตรวจเข้าใจ ให้คำอธิบายเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหา เมื่อพบความบกพร่องหรือความผิดปกติที่ต้องแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางก็ควรส่งต่อเพื่อการดูแลที่ลึกลงเฉพาะเรื่อง นอกเหนือจากผลการตรวจสุขภาพที่ได้รับ ควรให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีร่วมไปด้วย

ในงานวิจัยนี้ พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยการตรวจต่างๆ เช่น การตรวจความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเส้นเลือด การตรวจปัสสาวะ การเอ็กซเรย์ปอด การตรวจสมรรถภาพของหัวใจ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และเพศยังเป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างการทำงานที่และสวัสดิภาพ (Orem 1980: 71) จากการศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วนิช (2535: 26) พบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้

ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ วอกเกอร์ และคณะ (Walker et al, 1988 cited in Lush Kerr and Ronish, 1995: 23) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายสูงกว่าชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทเชล (Weitgel, 1989 cited in Lush Kerr and Ronish, 1995:23) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการช่วยเหลือพึ่งพาห้วกันสูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮาวิส และกัตเทน (Harris & Guten, 1979 cited in Lush Kerr and Ronish, 1995:23) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าชาย

อายุ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991: 238-241) จากการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ผาสุก (2535: 102) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด ส่วนบุห่เล่นแคมป์และโปรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman, 1988: 453) ศึกษาพบว่า อายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534: 122) และวันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538: 32) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสุวิชา จันทรสุริยกุล (2536: 119) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนรวมของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลในบั้นปลายคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ฮัมบาร์ค และคณะ (Hubbard et. al., 1984: 266-269) รายงานว่ากลุ่มคนที่มีความชีวิตคู่จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด

เพราะการมีคู่มือชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีจันทร์ (2528: 68) พบว่าหัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดลำปางที่แต่งงานแล้วและพักที่สถานีนอนามัยทำให้ผลการปฏิบัติงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นสอดคล้องกับสมพร อธิธิเดชพงศ์ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน โดยที่แพทย์ที่แต่งงานแล้วมีคะแนนผลการปฏิบัติงานสูงกว่าแพทย์ที่ยังโสดอาจเนื่องมาจากมีขวัญและกำลังใจดี เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา รัชมิตรณ์ (2520: 125-127) พบว่าสถานภาพสมรสของพนักงานวางแผนครอบครัว ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัยกรุงเทพฯ มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจ และประสิทธิภาพของงาน จากการศึกษาของ ไฮเจวี และ เบอร์นาร์ด (Ahijevych and Bernard, 1994: 86-89) ลัสก์ เคอร์ และ โรนีส (Lusk, Kerr and Ronis, 1995: 20-24) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สถานภาพการรับราชการ

ในสังคมไทย การรับราชการถือว่าเป็นอาชีพที่มีเกียรติและเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ในการพัฒนาประเทศ ผู้นำนโยบายของรัฐไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสำเร็จบรรลุเป้าหมายก็คือข้าราชการหรือผู้ทำงานราชการ โดยรับเงินเดือนหรือเงินคงคลังจากงบประมาณของรัฐบาล แต่ในภาวะสังคมในปัจจุบันซึ่งเกิดการแข่งขันกันตลอดเวลา ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้จากการรับราชการไม่เพียงพอกับภาวะครองชีพ และนี่เองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการที่จะมีเวลาวางในการพักผ่อน แต่ต้องเอาเวลาเหล่านี้ไปประกอบอาชีพเสริมหรือหารายได้พิเศษ เพื่อนำมาเลี้ยงชีพตนเองให้ดีขึ้น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทและภาระต้องดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีและก่อรูปกับปัจจุบัน อัตราของเจ้าหน้าที่ยังขาดแคลนอยู่ จึงทำให้ข้าราชการกลุ่มนี้ไม่มีเวลาวางในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น บางครั้งต้องมีการเสี่ยงกับการประกอบอาชีพ วันเวลาที่จะตรวจร่างกายประจำปี ตลอดจนการพักผ่อน (วันดี เจียมจิตศรีพงษ์, 2528: 26 อ้างใน นุชรพี ทุนกุล, 2536: 26) และจากการศึกษาของ บุญกร โกมลอมร (2528: 58) ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการส่งเสริมสุขภาพ และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรต้องอาศัยแรงงานสูงในการประกอบอาชีพ ต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาในการเอาใจใส่สุขภาพที่ทรุดโทรม

กลุ่มวิชาชีพ

ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ

(ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182) จากการศึกษาของรูท (Ruth: 136-256) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำ มักพบปัญหาที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติงาน

กลุ่มวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนมีประสิทธิภาพ และสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูง ย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง มากกว่าที่มีการศึกษาดำ สุขา จันทรเอน (2525: 152) และจากการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 93) พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

ดัชนีมวลกาย

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา ที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต (Ready 1985: 443 Macmahon, et al., 1986: 334) จากการศึกษาของกิลล์ (Gillum, et al., 1982: 211) พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าน้ำหนักตัวลดลง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน (Nissinen, et al. 1987: 129, Chaithiraphan, 1986: 114) และมีนักวิชาการหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกายและพันธุกรรมด้วย (O'Brien & O'Malley, 1983: 43-65, Fagerberg, et al., 1985: 160-164) ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นวิธีลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5-10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดลงปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็น้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตลดลงทั้งในคนอ้วน และคนผอม นอกจากนั้น ปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีตันน้อยลง (อรวิทย์ โทธิ์, 2537: 87) จากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ เพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536: 84) พบว่า กลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมน้ำหนัก (ซึ่งเกินเกณฑ์) ได้นั้นมีระดับความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของสุทธนิช หนูทสาร (2539: 126) พบว่าดัชนีน้ำหนักร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

การรับรู้ความสามารถตนเอง

การรับรู้ความสามารถตนมีบทบาทสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ บุคคลที่รับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้

เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล (Gecas, 1989: 291-316) อ้างใน วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538: 15)

พนมพร เลขะเจริญ (2532: ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคณาน โรงงานอุตสาหกรรม เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ลีลา ฐิติเบญจพล (2536: จ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 25.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 146.95$ $P < 0.001$)

ไวท์เชล (Weitzel, 1989: 99-104) ได้นำแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มลูกจ้างของมหาวิทยาลัยที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้

วอลเลอร์ โครวแซนด์ และเบกเกอร์ (Waller, Grow Sand and Backer, 1988: 17-32) ศึกษาปัจจัยที่ร่วมทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของบุคคลที่ร่วมงานออกร้านเกี่ยวกับสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ ความสามารถของตนเองของซีเลอร์และคณะ และเครื่องมือวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวิลค์เกอร์และคณะ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ดีที่สุด ต่อการมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานออกร้านเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การคุมกำเนิด การเลิกสูบบุหรี่

เมอoley และจาคอบสัน (Mealey and Jacobson, 1991: 185-191) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงจูงใจของตนเอง (Self -Motivation) และน้ำหนักของร่างกายว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบแอโรบิกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในผู้หญิงที่มีอาชีพต้องนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะ จำนวน 55 คน จาก

การศึกษาพบว่า มีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล

แชมบลิสส์ (Chambliss, 1979 Cited in Fitzgerald, 1991: 554) ได้ศึกษาถึงทดลองโดยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในบุคคลที่ลดน้ำหนักที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า การเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้ผู้ที่ลดน้ำหนักสามารถลดน้ำหนักได้มากขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

เบนเนอร์ (Sidney and Shephard Cited in Pender: 65) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุชายและหญิงจำนวน 42 คน ที่เข้าร่วมการฝึกออกกำลังกาย พบว่า ผู้ทำกิจกรรมบ่อยและตั้งใจมากกว่าคนอื่น จะมีความตระหนักมากกว่าในเรื่องความสำคัญของสุขภาพที่ดีและความสมบูรณ์ของร่างกาย รวมทั้งมีความนิยมชมชอบการออกกำลังกาย

มะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบูลย์ (2533: 134) ได้ศึกษา การจัดโปรแกรมสุขศึกษาด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์ พบว่า การรับรู้ต่อผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

อุสมพร บุรินทรภิบาล (2529: 80-81) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเร้งปากมดลูกในสตรีที่มีลูก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเซลล์มะเร็งเร้งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจเซลล์มะเร็งเร้งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ

สติฟเบอร์เกน และคณะ (Stuifbergen, et al., 1990) ได้รายงานการศึกษาว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger, 1984: 32-37) พบว่า การรอกอยนานๆ ทำให้เสียเวลาในการมาตรวจแต่ละครั้ง ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรค หรือความเจ็บป่วยการหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการ และจากการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์

(2536) พบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความยุ่งยาก และการเสียเวลาในการประกอบอาชีพสอดคล้องกับค่ากล่าวของโรเซนสตอค (Resenstock, 1974: 330) ที่ว่าการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค นอกจากเขาจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนี้มีความรุนแรงถึงชีวิตเขาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับ การคาดคะเนถึงอุปสรรคต่างๆ ของบุคคลนั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความทรمانจากการรักษาและบุคคลจะพิจารณาเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เขาเชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

จะเห็นได้ว่า การรับรู้อุปสรรค เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นที่อาจจะเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้เท่านั้น ซึ่งจะส่งผลทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคขัดขวางต่อพฤติกรรมป้องกันโรค มีได้หลายรูปแบบสามารถที่จะรับรู้ มองเห็นและประเมินได้ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ความไม่ปกติสุขของร่างกาย ความยุ่งยากซับซ้อน และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง การกลัวเจ็บ หรือไม่สุขสบายต่างๆ จากการตรวจรักษา ส่วนมีผลกระทบต่อระดับการใช้บริการตรวจสุขภาพร่างกาย หรือการตรวจรักษาโรค (Test, O.Shea and Cohen, 1969: 514; Kegels, 1963: 166)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศ

สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้สถานะทางสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การมีนโยบาย กฎระเบียบในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดให้มีกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์การจำแนกพบ พบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยร่วม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ร้อยละ 14.30 ส่วนตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ร้อยละ 47.10 และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดีที่สุด รองลงมา

ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กลุ่มวิชาชีพ รายได้และสถานภาพการรับราชการ ตามลำดับ

ประสิทธิ์ กล้าหาญ (2541: ง) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยร่วมมีความสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ร้อยละ 23.4 และพบว่า สถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 10 และพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 4.4 และพบว่า การได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากพ่อแม่ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนผลการวิเคราะห์การจำแนกหมู่เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มปัจจัย พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 27.6 และพบว่า สถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด รองลงมาคือ ตัวแปรด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพศ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ และระยะเวลาการเป็น อสม.ตามลำดับ การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น่าจะเป็นการพัฒนาตัวแบบที่ดี เพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ภัทรจิต นิลราช (2546: 3-4) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 45.2 ($p < .05$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุรรัตน์ นิมเพ็ชร (2546: ง) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ รายได้ของครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อจำแนกตามภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การทำงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 38.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่อภาวะสุขภาพเกิดขึ้นแล้วแต่โอกาส ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 26.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อภาวะสุขภาพเกิดขึ้นแล้วแต่โอกาส ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 20.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 32.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทศพร พรหมวา (2547: 93-96) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่มีช่วงเวลาปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและช่วงเวลาการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 56

อรไท แดงชาติ(2548: 81-107) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ โดยนำ PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์เป็น

กรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระบบการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคติต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001 และ .001 ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ ซึ่งได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข จำนวนสถานที่ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และขั้นตอนการเข้ารับบริการ และการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่ นโยบายหรือโครงการที่โรงพยาบาลจัดให้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและจากบุคคลใกล้ชิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

เรวดี กุศลกุล (2449: 69-85) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยนำ PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ดารินทร์ ฤาชัย (2550: ง) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการใช้ PRECEDE-PROCEED FRAMEWORK เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดังกล่าวและตัวแปรทั้งแปดตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์ทีละกลุ่มปัจจัยพบว่ากลุ่มตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุด คือร้อยละ 26.2 ($R^2 = 0.262$) รองลงมาคือกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ คือร้อยละ 14 ($R^2 = 0.140$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ

เพนเดอร์ และคณะ (Pender, Walker, Sechrist, Stromborg, 1990: 326-332) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 58) เลือกศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วย กิจกรรม การบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ใช้วิธีการเลือกโดยความสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นอีก 3 เดือนต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน มีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้และปัจจัยร่วม สามารถทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.00

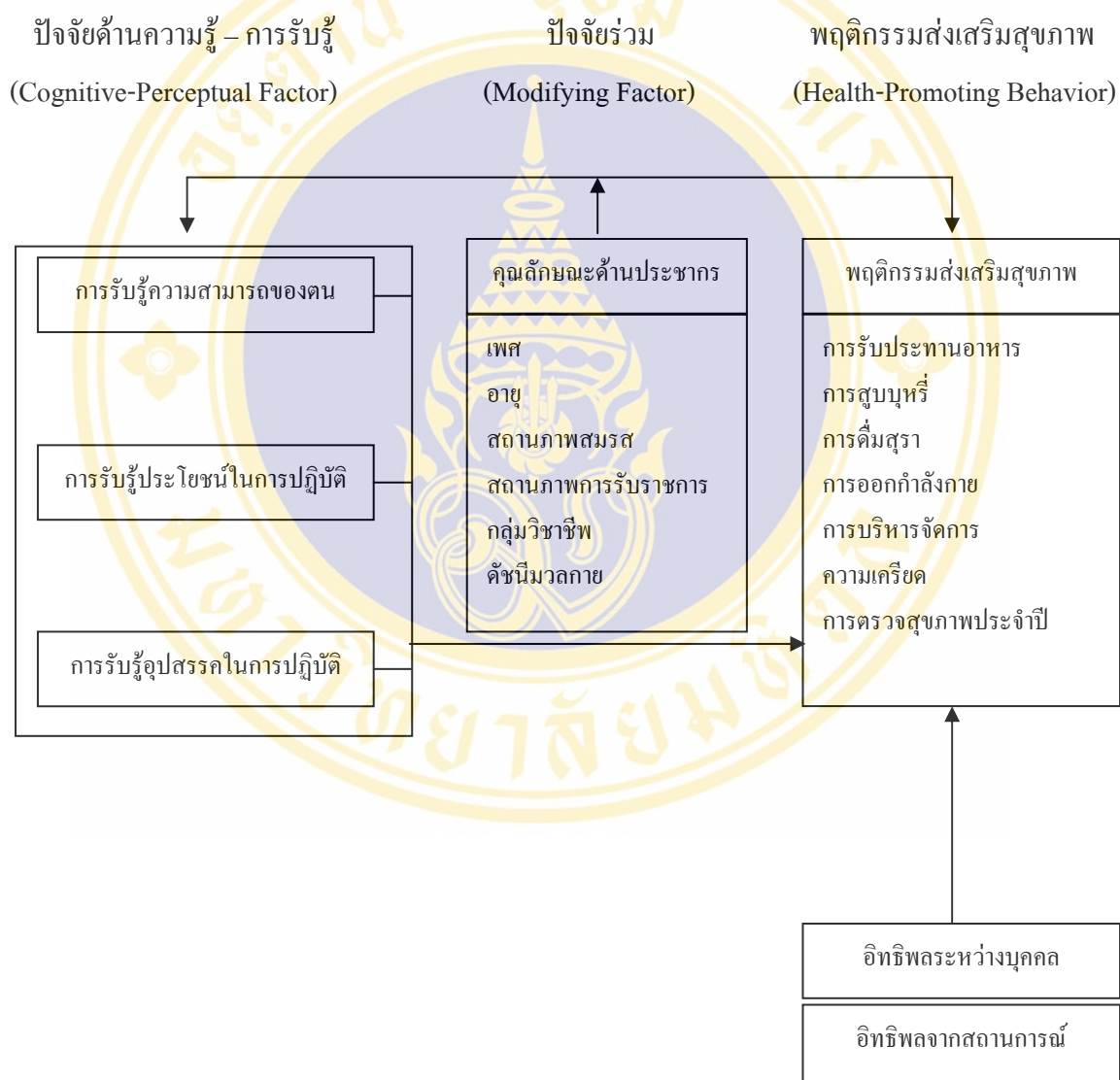
ลัสก์ เคลและโรนิส (Lusk, Kell and Ronis, 1995: 20-24) ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน ตัวอย่าง เป็นคนที่ทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่

ส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoting Lifestyle Profile) จำนวน 48 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การแปรหลายตัว (MANOVA) ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียดและเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับบริหารมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ทำงานระดับคนงานนั้น พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกตามชนชาติโดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาว และชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และเพศที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และเพศที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ด้านการศึกษาพบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้แก่ ปัจจัยร่วมประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่ม

วิชาชีพ ดัชนีมวลกาย และปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภูมิที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีรายละเอียดการดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามลำดับดังนี้

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

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross – Sectional Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล จำนวน 2,535 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแดเนียล (Daniel, 1987: 155) ดังนี้

$$n = \frac{z^2 \alpha / 2.N \pi (1 - \pi)}{z^2 \alpha / 2.N \pi (1 - \pi) + Nd^2}$$

ซึ่งใช้ประมาณขนาดตัวอย่างแบบง่ายเมื่อทราบจำนวนประชากรแน่ชัด

π เป็นค่าสัดส่วนประชากรที่ไม่ทราบค่าแทนค่าด้วย p = ค่าร้อยละของตัวแปรตามที่ได้จากการศึกษานำร่องในพฤติกรรมแต่ละด้าน

ด้านการรับประทานอาหาร	p	=	0.30
ด้านการสูบบุหรี่	p	=	0.80
ด้านการดื่มสุรา	p	=	0.50
ด้านการออกกำลังกาย	p	=	0.40
ด้านการบริหารจัดการความเครียด	p	=	0.50
ด้านการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี	p	=	0.80

d = ค่าความผิดพลาดที่แท้จริงที่ยอมรับให้เกิดได้สูงสุดในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน $5\% = 0.05$

z = ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 1.96

แทนค่าสูตร

$$n_1 = \frac{(1.96)^2 \times 2,535 (0.30)(0.70)}{(1.96)^2 (0.30)(0.70) + 2,535(0.05)^2} = 287 \text{ คน}$$

$$n_2 = \frac{(1.96)^2 \times 2,535 (0.80)(0.20)}{(1.96)^2 (0.80)(0.20) + 2,535(0.05)^2} = 224 \text{ คน}$$

$$n_3 = \frac{(1.96)^2 \times 2,535 (0.50)(0.50)}{(1.96)^2 (0.50)(0.50) + 2,535(0.05)^2} = 334 \text{ คน}$$

$$n_4 = \frac{(1.96)^2 \times 2,535 (0.40)(0.60)}{(1.96)^2 (0.40)(0.60) + 2,535(0.05)^2} = 322 \text{ คน}$$

$$n_5 = \frac{(1.96)^2 \times 2,535 (0.50)(0.50)}{(1.96)^2 (0.50)(0.50) + 2,535(0.05)^2} = 334 \text{ คน}$$

$$n_6 = \frac{(1.96)^2 \times 2,535 (0.80)(0.20)}{(1.96)^2 (0.80)(0.20) + 2,535(0.05)^2} = 224 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ขนาดตัวอย่างสูงสุดที่ได้จากการคำนวณคือ 334 คน ดังนั้นจำนวนตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 334 คน แต่ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน เพื่อทดแทนผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และแยกเป็น 3 กลุ่มได้แก่
 - กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
 - กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยพยาบาล
 - กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. หาขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ โดยใช้อัตราส่วนตามสูตรหา Sample Size For Proportion Allocation ตามสูตรดังนี้

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

n = ขนาดตัวอย่าง

N_h = ขนาดของประชากรในแต่ละกลุ่ม

N = ขนาดของประชากร

n_h = ขนาดของตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

คำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มตามสูตร ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มบุคลากร	กลุ่มประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วน (คน)
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	209	33
พยาบาล	1,063	167
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1,263	200
รวม	2,535	400

3. ผู้วิจัยเลือกสุ่มอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรีด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มาทั้งหมด 7 อำเภอ จากจำนวนอำเภอทั้งหมด 13 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองกาญจนบุรี อำเภอท่าม่วง อำเภอท่ามะกา อำเภอพนมทวน อำเภอไทรโยค อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอบ่อพลอย ในแต่ละอำเภอ ผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างในทุกระดับของอำเภอนั้นๆ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ในข้อ 2 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 12 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย ข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งส่วนที่สนับสนุนการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและไม่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มี 5 อันดับตัวเลือก โดยให้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวที่คิดว่ามีประโยชน์ในการปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถาม	การให้คะแนน
ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ข้อคำถามมี 17 ข้อ คะแนนรวม 85 คะแนน ใช้เกณฑ์ประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 17 – 56 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 57 – 71 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 72 – 85 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ

ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถาม	การให้คะแนน
ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ข้อคำถามมี 17 ข้อ คะแนนรวม 85 คะแนน ใช้เกณฑ์ประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 17 – 56 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 57 – 71 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 72 – 85 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถาม	การให้คะแนน
ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ข้อคำถามมี 17 ข้อ คะแนนรวม 85 คะแนน ใช้เกณฑ์ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 17 – 56 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 57 – 71 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 72 – 85 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถาม	การให้คะแนน
ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ข้อคำถามมี 6 ข้อ คะแนนรวม 90 คะแนน ในส่วนอิทธิพลของบุคคล มีเกณฑ์ให้คะแนน โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18 – 60 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 61-75 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 76 – 90 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำถามทั้งหมดเป็นคำถามด้านบวก แบ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในที่ทำงานจำนวน 23 ข้อ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน 20 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถาม	การให้คะแนน
ตัวเลือก	คะแนน
มี	2
ไม่มี	1

ข้อคำถามในส่วนสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน มีเกณฑ์ให้คะแนน โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 23 – 35 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 36 – 41 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 42 – 46 คะแนน

ข้อคำถามในส่วนสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีเกณฑ์ให้คะแนน โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนในช่วง 20 –31 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนในช่วง 32 – 36 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนในช่วง 37– 40 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภค มีข้อคำถาม 39 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นความถี่ในการรับประทานอาหาร (วัน/สัปดาห์) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก

การให้คะแนน

ตัวเลือก

คะแนน

5 – 7 วัน/สัปดาห์

4

3 – 4 วัน/สัปดาห์

3

1 – 2 วัน/สัปดาห์

2

ไม่รับประทานอาหารเลย

1

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

การให้คะแนน

ตัวเลือก

คะแนน

ไม่รับประทานอาหารเลย

4

1 – 2 วัน/สัปดาห์

3

3 – 4 วัน/สัปดาห์

2

5 – 7 วัน/สัปดาห์

1

ข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภค มีเกณฑ์ให้คะแนน โดยใช้คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนในช่วง 39 –108 คะแนน
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 – 80)	ค่าคะแนนในช่วง 109 –132 คะแนน
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	ค่าคะแนนในช่วง 133– 156 คะแนน

การแปลผลส่วนที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 พิจารณาจากคะแนนรวมเป็นเกณฑ์การประเมิน อ้างอิงประยุกต์ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, et al., 1956)

ส่วนที่ 8 – 12 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี ข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด

การสร้างเครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจาก ตำรา ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสอบถาม
3. ประเมินผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติ และผู้ที่เคยทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้อง
4. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามและกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ
5. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้
6. ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน หลังจากนั้นไปทดสอบค่าทางสถิติ โดยการวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.923 ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.733 ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.808

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบตอบด้วยตนเองแล้วไปรับคืน (Self-Administered Questionnaires) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือไปยัง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม
3. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีเพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการแจ้งให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบถึงการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ แล้วช่วยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ
4. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเขตพื้นที่ อำเภอ ตำบล ของตัวอย่าง ประชากรตามที่กำหนดไว้
5. ผู้วิจัยเดินทางไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ที่ได้สุ่มไว้แต่ละแห่ง แนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในอำเภอนั้นๆ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ
6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและได้นัดหมายวันไปเก็บแบบสอบถามคืน โดยส่งแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามหลังจากที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบเสร็จ และตรวจสอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ตามจำนวนที่กำหนดเพื่อนำไปวิเคราะห์แปลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสถิติ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ และร้อยละ

1.2 ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ได้แก่ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยความรู้-การรับรู้ อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้ไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเองแจกให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 400 ชุด หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมทางสถิติมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้ดังนี้ คือ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย
2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุป ได้ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 และเป็นเพศชายจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 40 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 30-39 ปี จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมา เป็นโสด จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 อาชีพส่วนใหญ่ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมา เป็นพยาบาล 171 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 ดัชนีมวลกายในภาวะปกติมากที่สุดจำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 (รายละเอียด ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ และดัชนีมวลกาย

ข้อมูลลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	119	29.8
หญิง	281	70.2
อายุ (ปี)		
20 - 29	30	7.5
30 - 39	156	39.0
40 - 49	162	40.5
50 ปีขึ้นไป	52	13.0
สถานภาพสมรส		
โสด	117	29.3
คู่	264	66.0
หม้าย	6	1.5
หย่า / แยก	13	3.2
สถานการรับราชการ		
ข้าราชการ	390	97.5
ลูกจ้างประจำ	1	0.3
ลูกจ้างชั่วคราว	9	2.2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ และดัชนีมวลกาย (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มอาชีพ		
แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร	35	8.9
พยาบาล	171	41.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	194	49.3
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (<18.50)	29	7.3
น้ำหนักปกติ (18.50-24.90)	290	72.5
น้ำหนักเกิน (25.00 – 29.90)	56	14.0
โรคอ้วนรุนแรง ระดับ 1 (30.00 – 34.90)	17	4.3
โรคอ้วนรุนแรง ระดับ 2 (35.00 – 39.90)	5	1.3
โรคอ้วนรุนแรง ระดับ 3 (≥ 40)	3	0.6

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40.5 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 68.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.10 (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน	ส่วน		
	(คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบนมาตรฐาน
	400			
การรับรู้ประโยชน์				
ระดับต่ำ (17 – 56 คะแนน)	41	10.2		
ระดับปานกลาง (57 – 71 คะแนน)	197	49.3	68.30	9.10
ระดับสูง (72 – 85 คะแนน)	162	40.5		

สำหรับการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ในรายชื่อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติมากที่สุด คือ ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อผู้ชักชวน ร้อยละ 82.0 รองลงมาการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 66.8 และการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม (ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) เป็นรายชื่อ

ข้อความ	ระดับความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นประจำทุกวัน	57.8	25.5	8.7	6.5	1.5
2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน	44.8	34.0	19.2	2.0	0.0
3. รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน	42.2	32.8	21.0	3.5	0.5
4. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย	42.5	34.3	17.5	5.5	0.2
5. ออกกำลังกายให้เหงื่อออกทุกครั้ง	34.0	28.8	22.5	11.7	3.0

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม (ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) เป็นรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที	42.5	29.8	15.5	11.5	0.7
7. ออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน	33.0	37.8	21.8	6.2	1.2
8. ไม่สูบบุหรี่	62.5	13.2	22.2	0.8	1.3
9. ปรึกษาผู้สมรสหรือญาติพี่น้องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	43.5	31.8	19.7	3.0	2.0
10. ปรึกษาเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	14.5	37.8	41.5	4.0	2.2
11. ปรึกษาหัวหน้างานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	8.5	25.5	41.0	14.0	11.0
12. พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน	33.2	39.8	20.8	5.5	0.7
13. ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	66.8	25.0	6.0	2.0	0.2
14. ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน	34.2	32.2	21.8	8.0	3.8
15. ไม่ดื่มสุรา	11.5	38.0	38.5	11.8	0.2
16. ปฏิเสธการดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน	15.8	38.0	37.2	8.8	0.2
17. ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อมีผู้ชักชวน	82.0	14.2	2.2	0.8	0.8

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ มากที่สุดร้อยละ 86.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.0 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 0.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.78 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการรับรู้อุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
400				
การรับรู้อุปสรรค				
ระดับต่ำ (17 – 56 คะแนน)	346	86.5		
ระดับปานกลาง (57–71คะแนน)	52	13.0	44.36	10.78
ระดับสูง (72– 85 คะแนน)	2	0.5		

สำหรับการผลการศึกษา การรับรู้อุปสรรคในรายชื่อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อในอุปสรรคมากที่สุด คือ ปฏิเสธการดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน ร้อยละ 21.5 รองลงมาเป็นการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ร้อยละ 9.0 และการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาทีร้อยละ 8.2 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายชื่อ

ข้อความ	ระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นประจำทุกวัน	8.0	14.5	27.5	25.0	25.0
2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน	4.0	20.0	35.8	28.2	12.0
3. รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน	4.0	20.0	35.0	29.5	11.5
4. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย	3.2	16.8	29.8	34.0	16.2

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. ออกกำลังกายให้เหงื่อออกทุกวัน	7.0	16.5	36.8	29.5	10.2
6. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที	8.2	17.8	32.0	29.5	12.5
7. ออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน	4.7	15.7	33.8	31.0	14.8
8. ไม่สูบบุหรี่	0.5	4.2	7.3	29.5	58.5
9. ปรึกษาคุณสมรสหรือญาติพี่น้องเมื่อมีเรื่องไม่ สบายใจ	8.0	10.2	26.0	27.0	28.8
10. ปรึกษาเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานเมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ	5.0	11.8	41.5	28.7	13.0
11. ปรึกษาหัวหน้างานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	8.0	19.2	42.3	20.5	10.0
12. พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน	2.7	18.5	31.5	30.8	16.5
13. ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	9.0	9.2	14.3	22.0	45.5
14. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน	7.3	15.2	26.0	26.0	25.5
15. ไม่ดื่มสุรา	0.7	5.0	31.0	6.5	56.8
16. ปฏิเสธการดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน	21.5	43.8	29.7	5.0	0.0
17. ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อมีผู้ชักชวน	0.5	38.0	30.2	11.0	20.3

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 66.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.2 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.3 โดยมี
คะแนนเฉลี่ย 61.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.19 (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการรับรู้ความสามารถของตน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	400			
การรับรู้ความสามารถของตน				
ระดับต่ำ (17 – 56 คะแนน)	89	21.2		
ระดับปานกลาง (57–71คะแนน)	262	66.5	61.91	8.19
ระดับสูง (72– 85 คะแนน)	49	12.3		

สำหรับผลการศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติในรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติมากที่สุด คือ การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 77.2 รองลงมาเป็นการตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 53.2 และการปรึกษาคุณสมรสหรือญาติพี่น้องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ร้อยละ 36.0 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม (ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ความสามารถของตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) เป็นรายข้อ

ข้อความ	ระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นประจำทุกวัน	32.8	31.3	22.5	11.2	2.2
2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน	12.8	43.8	35.5	7.2	0.7
3. รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน	14.0	37.5	39.2	7.5	1.8
4. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย	17.5	40.8	33.5	6.7	1.5

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม (ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ความสามารถของตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) เป็นรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. ออกกำลังกายให้เหงื่อออกทุกวัน	9.5	26.0	39.2	19.8	5.5
6. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที	10.2	26.5	34.0	21.8	7.5
7. ออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน	16.2	38.0	33.8	10.2	1.8
8. ไม่สูบบุหรี่	77.2	6.5	5.5	1.8	9.0
9. ปรึกษาคุณสมรสหรือญาติพี่น้องเมื่อมีเรื่องไม่ สบายใจ	36.0	31.5	25.0	5.5	2.0
10. ปรึกษาเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานเมื่อมีเรื่องไม่ สบายใจ	12.7	34.0	45.0	5.5	2.8
11. ปรึกษาหัวหน้างานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	6.0	22.3	45.2	16.0	10.5
12. พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน	17.0	39.8	34.2	8.2	0.8
13. ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	53.2	31.5	12.3	1.8	1.2
14. ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน	25.5	31.5	31.5	7.5	4.0
15. ไม่ดื่มสุรา	19.5	39.2	31.8	9.5	0.0
16. ปฏิเสธการดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน	19.3	39.5	30.5	10.2	0.5
17. ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อมีผู้ชักชวน	23.8	43.0	26.2	7.0	0.0

2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์

2.4.1 อิทธิพลของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า อิทธิพลของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.8 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 60.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.92 (ดังแสดงในตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับอิทธิพลของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับอิทธิพลของบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	400			
การรับรู้ความสามารถของตน				
ระดับต่ำ (18 – 60 คะแนน)	187	46.8		
ระดับปานกลาง (61 – 75 คะแนน)	170	42.5	60.01	13.92
ระดับสูง (76 – 90 คะแนน)	43	10.7		

2.4.2 อิทธิพลของจากสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อิทธิพลจากสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีอิทธิพลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมใหญ่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.3 รองลงมาในระดับต่ำ ร้อยละ 26.9 คะแนนเฉลี่ย 38.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.77 และสภาพแวดล้อมที่บ้านมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใหญ่ในระดับสูง ร้อยละ 58.5 คะแนนเฉลี่ย 36.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.14 (ดังแสดงในตารางที่ 11-12)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับอิทธิพลจากสถานการณ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	400			
สภาพแวดล้อมที่ทำงาน				
ระดับต่ำ (23 – 35 คะแนน)	108	26.9		
ระดับปานกลาง (36-41คะแนน)	177	44.3	38.28	4.77
ระดับสูง (42-46คะแนน)	115	28.8		

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพแวดล้อมที่บ้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับอิทธิพลจากสถานการณ์	จำนวน (คน) 400	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน.
สภาพแวดล้อมที่บ้าน				
ระดับต่ำ (20-31 คะแนน)	27	6.8		
ระดับปานกลาง (32-36 คะแนน)	139	34.8	36.48	3.14
ระดับสูง (37 – 40 คะแนน)	234	58.5		

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 คะแนนเฉลี่ย 112.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.37 (ดังแสดงในตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน.
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
ระดับต่ำ (39 – 123 คะแนน)	310	77.5		
ระดับปานกลาง (124-152 คะแนน)	89	22.3	112.52	13.37
ระดับสูง (153-181 คะแนน)	1	0.2		

3.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 98.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.36 (ดังแสดงในตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร				
ระดับต่ำ (39 –108คะแนน)	329	82.3		
ระดับปานกลาง(109-132 คะแนน)	71	17.7	98.49	11.36
ระดับสูง (133-156คะแนน)	0	0.0		

สำหรับผลการศึกษา พฤติกรรมการรับประทานอาหารรายชื่อจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหารพบว่าใน 1 สัปดาห์ อาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมากที่สุดคือ น้ำมันพืชปรุงอาหาร ร้อยละ 45.8 รองลงมาเป็น ชา กาแฟ ชาเขียว ร้อยละ 33.0 และผักสีเขียว เช่น ผักคะน้า ผักปวยเล้ง ผักบุ้ง ตำลึง ร้อยละ 27.3 ส่วนอาหารที่กลุ่มตัวอย่างไม่รับประทานเลยใน 1 สัปดาห์มากที่สุดคือ นมข้นหวาน ร้อยละ 79.3 รองลงมาเป็นมาการีน(เนยเทียม) ร้อยละ 78.8 และชีส ร้อยละ 77.3 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อ

ประเภทอาหาร	ความถี่ในการรับประทาน(วัน/สัปดาห์)			
	ไม่รับประทานเลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
นมและผลิตภัณฑ์				
1. นมสดจืด	39.3	47.7	0.0	13.0
2. นมรสอื่น ๆ เช่น รสหวาน รสช็อคโกแลต	39.5	0.0	49.0	11.5
3. นมพร้อมมันเนย	38.8	46.7	0.0	14.5
4. นมข้นหวาน	79.3	0.0	16.2	4.5
5. นมเปรี้ยว ยาคูลท์ โยเกิร์ต	20.2	65.8	0.0	14.0
6. ไอศกรีม	34.7	0.0	55.5	9.8
7. ชีส	77.3	0.0	19.2	3.5
เนื้อสัตว์ เนื้อปลา และผลิตภัณฑ์				
8. เนื้อหมู เนื้อวัว (ติดมัน)	30.2	0.0	56.3	13.5
9. เนื้อหมู เนื้อวัว (ไม่ติดมัน)	10.5	71.0	0.0	18.5
10. เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ติดหนัง)	3.5	0.0	59.8	9.7
11. เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ไม่ติดหนัง)	13.0	77.8	0.0	9.2
12. ปลา	1.5	84.5	0.0	14.0
13. กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก	9.0	80.0	0.0	11.0
14. แหนม กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ	30.2	0.0	58.8	11.0
15. เครื่องในสัตว์	43.2	0.0	47.3	9.5
ผลไม้				
16. ผลไม้ประเภทให้พลังงานสูง เช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลองกอง สับปะรด เป็นต้น	13.2	0.0	73.8	13.0
17. ผลไม้ประเภทให้พลังงานต่ำ เช่น ฝรั่ง แคนตาลูป ชมพู่มะละกอ แตงโม แอปเปิ้ล เป็นต้น	2.2	82.3	0.0	15.5

ตารางที่ 15 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายข้อ (ต่อ)

ประเภทอาหาร	ความถี่ในการรับประทาน(วัน/สัปดาห์)			
	ไม่รับประทานเลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
ผัก.				
18. ผักสีเขียว เช่น ผักคะน้า ผักปวยเล้ง ผักบุ้ง ตำลึง	0.2	72.5	0.0	27.3
19. ผักสีขาว สีน้ำตาล เช่น หัวไชเท้า กระหล่ำ ปลี กระชาย จิง ข่า มะเขือเปราะ กระเทียม หอมหัวใหญ่	0.7	76.3	0.0	23.0
20. ผักสีส้ม สีเหลือง เช่น แครอท ฟักทอง	2.2	87.0	0.0	10.8
21. ผักสีม่วง เช่นกะหล่ำปลีสีม่วง หอมแดง เผือก มันสีม่วง	11.8	77.0	0.0	11.2
22. ผักสีแดง เช่น มะเขือเทศ พริกชี้ฟ้าแดง น้ำตาล ขนมหวาน ขนมหขี้เี่ยว	5.0	82.5	0.0	12.5
23. น้ำตาล (เดิมในอาหารไม่ใช้รวมในขนม)	13.7	0.0	60.8	25.5
24. ลูกอม ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง	41.7	0.0	49.3	9.0
25. ขนมกรุบกรอบ ขนมถุง	42.2	0.0	50.3	7.5
26. ขนมหวานไทยใส่กะทิ เช่น ก๋วยบวชชี บัวลอย	24.2	0.0	67.0	8.8
27. ขนมหวานไทยไม่ใส่กะทิเช่น ทองหยิบ ฝอยทอง	46.2	0.0	44.0	9.8
28. ขนมอบ เช่น คุกกี้ โดนัท พาย ไขมัน น้ำมัน และกะทิ	25.2	0.0	63.3	11.5
29. เนย	65.5	0.0	29.0	5.5
30. มาการีน (เนยเทียม)	78.8	0.0	16.5	4.7
31. น้ำมันพืชปรุงอาหาร	25.0	29.2	0.0	45.8
32. น้ำมันหมูปรุงอาหาร	39.8	0.0	17.2	3.0
33. กะทิ (ในอาหารคาว) เช่นแกงเขียวหวาน แกงเทโพ	18.2	0.0	72.0	9.8

ตารางที่ 15 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายข้อ (ต่อ)

ประเภทอาหาร	ความถี่ในการรับประทาน(วัน/สัปดาห์)			
	ไม่รับประทานเลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
เครื่องดื่ม				
34. น้ำอัดลม	37.8	0.0	52.2	10.0
35. น้ำหวานต่างๆ	34.5	0.0	57.5	8.0
36. ชา กาแฟ ชาเขียว	19.0	0.0	48.0	33.0
37. โกโก้ โยเกิร์ต โอวัลติน	44.5	0.0	49.3	6.2
38. น้ำผลไม้ 40%	41.5	0.0	53.0	5.5
39. น้ำผลไม้ 100%	26.5	59.8	0.0	13.7

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.72 (ดังแสดงในตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ระดับต่ำ (0-9คะแนน)	185	46.3		
ระดับปานกลาง (10-13คะแนน)	173	43.3	7.27	5.72
ระดับสูง (14-17คะแนน)	42	10.4		

สำหรับผลการศึกษากิจกรรมการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย ร้อยละ 64.3 และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 35.8 เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.7 ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา รองลงมาเป็นไม่มีอุปกรณ์กีฬา ร้อยละ 18.1 และสุขภาพไม่เอื้ออำนวยร้อยละ 16.8 จำนวน

วันที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 2-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็นทุกวัน ร้อยละ 19.8 และสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 15.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที/ครั้ง ร้อยละ 35.8 รองลงมาเป็น 21-30 นาที/ครั้ง ร้อยละ 29.6 และ 10-20 นาที/ครั้ง ร้อยละ 28.5 ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่เดินเร็ว ร้อยละ 30.3 รองลงมาเป็นวิ่งจ็อกกิ้ง ร้อยละ 24.8 และแอโรบิก ร้อยละ 16.9 (ดังแสดงในตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีกิจกรรมออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย	257	64.3
ไม่ออกกำลังกาย	143	35.8
เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกาย (จำนวน 143 คน)		
ไม่มีเวลา	61	42.7
ไม่มีเพื่อน	15	10.5
สุขภาพไม่เอื้ออำนวย	24	16.8
ไม่มีสถานที่	17	11.9
ไม่มีอุปกรณ์กีฬา	26	18.1
อื่นๆ	0	0.00
จำนวนวันที่ออกกำลังกาย (จำนวน 257 คน)		
ทุกวัน	51	19.8
2-3 วัน/สัปดาห์	135	52.6
สัปดาห์ละครั้ง	39	15.2
เดือนละ 2-3 ครั้ง	25	9.7
เดือนละครั้ง	7	2.7
ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
น้อยกว่า 10 นาที/ครั้ง	15	6.1
10-20 นาที/ครั้ง	74	28.5
21-30 นาที/ครั้ง	76	29.6
มากกว่า 30 นาที/ครั้ง	92	35.8

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (ต่อ)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกาย		
เล่นฟุตบอล	12	3.1
แอโรบิก	64	16.9
เดินเร็ว	115	30.3
เล่นตะกร้อ	5	1.3
แบดมินตัน	33	8.7
ว่ายน้ำ	13	3.5
วิ่งจ็อกกิ้ง	94	24.8
บาสเก็ตบอล	6	1.6
โยคะ	37	9.8

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่

พฤติกรรมการการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 96.8 สูบร้อยละ 3.2 จำนวนบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างสูบต่อวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 6-10 มวน ร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ วันละ 1-5 มวน และ 16-20 มวน ร้อยละ 23.0 วันละ 11 – 15 มวน ร้อยละ 15.5 มากกว่า 20 มวนขึ้นไป ร้อยละ 7.7 (ดังแสดงในตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบ

พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูบ	13	3.2
ไม่สูบ	387	96.8
รวม	400	100.0

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบ (ต่อ)

พฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน / วัน)		
1 - 5 มวน	3	23.0
6 - 10 มวน	4	30.8
11 – 15 มวน	2	15.5
16 – 20 มวน	3	23.0
มากกว่า 20 มวนขึ้นไป	1	7.7
รวม	13	100.0

3.4 พฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สภาพการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.3 ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.3 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 2.4 ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ดื่ม 2-6 วัน/ครั้ง ร้อยละ 51.0 รองลงมาเป็นมากกว่า 7 วัน/ครั้ง ร้อยละ 20.4 และ 7 วัน/ครั้ง ร้อยละ 18.4 (ดังแสดงในตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างและความถี่การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สภาพการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	341	85.3
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	49	12.3
เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	10	2.4
ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ทุกวัน	3	10.2
2-6 วัน/ครั้ง	25	51.0
7 วัน/ครั้ง	9	18.4
มากกว่า 7 วัน/ครั้ง	10	20.4
รวม	49	100

3.5 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

สำหรับพฤติกรรมความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียด แตกต่างกันไป ครั้ง ร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ มีความเครียด ร้อยละ 38.5 และไม่มีความเครียดร้อยละ 2.5 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดมากเป็นอันดับ1 คือการพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือการฟังเพลง (ร้อยละ 24.0) และสงบสติอารมณ์อยู่คนเดียว (ร้อยละ 20.8) (ดังแสดงในตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการมีความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด

พฤติกรรมการมีความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มี	154	38.5
ไม่มี	10	2.5
มี แตกต่างกันไป ครั้ง	235	59.0
รวม	400	100.0
พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด		
สวดมนต์	89	9.3
เล่นกีฬา	177	18.5
สงบสติอารมณ์อยู่คนเดียว	199	20.8
พูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด	262	27.4
ฟังเพลง	229	24.0

3.6 พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

การศึกษาพบว่า การตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพจำนวน 374 คน ร้อยละ 93.5 ไม่ตรวจ 26 คน ร้อยละ 6.5 ผู้ที่ตรวจส่วนใหญ่จะตรวจความดันโลหิต ร้อยละ 98.4 รองลงมาตรวจปีศาจวะ ร้อยละ 90.6 สถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.2 รองลงมา โรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 27.5 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ให้เหตุผลที่ไม่ได้ไปตรวจ คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 57.7 รองลงมา ไม่เจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 26.9 (ดังแสดงในตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การตรวจสอบสุขภาพในรอบ 1 ปี		
ตรวจ	374	93.5
ไม่ตรวจ	26	6.5
ชนิดของการตรวจ(เลือกได้มากกว่า1ชนิด)		
ความดันโลหิต	368	98.4
ปัสสาวะ	339	90.6
ไขมันในเลือด	269	71.9
ระดับน้ำตาลในเลือด	286	76.4
เอ็กซเรย์ปอด	334	89.3
ตรวจเต้านม ตรวจมะเร็ง	53	14.1
สถานที่ตรวจสอบสุขภาพ(เลือกได้มากกว่า1แห่ง)		
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	116	27.5
โรงพยาบาลชุมชน	212	50.2
โรงพยาบาลเอกชน	14	3.3
คลินิกเอกชน	7	1.6
สถานีนอนมัย	4	0.9
โรงพยาบาลของรัฐบาลในกทม.เช่น	69	16.3
โรงพยาบาลศิริราช , โรงพยาบาลรามาธิบดี		
เหตุผลที่ไม่ตรวจสอบสุขภาพ		
ไม่มีเวลา	15	57.7
ไม่เจ็บป่วยรุนแรง	7	26.9
คิดว่าสุขภาพแข็งแรงอยู่แล้ว	3	11.5
กลัวว่าจะพบโรคร้ายแรง	1	3.9

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย

เนื่องจากตัวแปรปัจจัยร่วมบางตัว ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ มีระดับการวัดแบบมาตรา (Nominal Scale) จึงใช้สถิติไค-สแควร์ (χ^2) หาความสัมพันธ์ ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย มีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา (Interval Scale) จึงใช้สถิติเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient= r) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ดังนั้นจึงแยกผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน

ผลการวิเคราะห์พบว่า

4.1.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p -value = 0.647) โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.5 เช่นเดียวกับ เพศชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.8 (ดังแสดงในตารางที่ 22)

4.1.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = 0.01) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.164 (ดังแสดงในตารางที่ 23)

4.1.3 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p -value = 0.706) โดยผู้มีสถานภาพสมรสโสด, หม้าย, หย่า/แยกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.5 สถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.5 (ดังแสดงในตารางที่ 22)

4.1.4 สถานภาพการรับราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p -value = 0.226) โดยข้าราชการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.9 ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยเปอร์เซ็นต์ (ดังแสดงในตารางที่ 22)

4.1.5 กลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p -value = 0.262) โดยแพทย์, ทันตแพทย์, เกษตรกร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 91.4 พยาบาลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ในระดับต่ำร้อยละ 76.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 75.5 (ดังแสดงในตารางที่ 22)

4.1.6 คำนีวมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.48$) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.099 (ดังแสดงในตารางที่ 23)

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยร่วม	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						X ²	p-Value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0.872	0.647
ชาย	95	79.8	24	20.2	0	0.0		
หญิง	215	76.5	65	23.1	1	0.4		
รวม	310	77.5	89	22.2	1	0.4		
สถานภาพสมรส							0.695	0.706
คู่	206	78.0	57	21.6	1	0.4		
โสด, หม้าย, หย่า/	104	76.5	32	23.5	0	0.0		
แยก								
รวม	310	77.5	89	22.3	1	0.3		
สถานภาพการรับ							2.978	0.226
ราชการ								
ข้าราชการ	300	76.9	89	22.8	1	0.3		
ลูกจ้างประจำ,	10	100.0	0	0.0	0	0.0		
ลูกจ้างชั่วคราว								
รวม	310	77.5	89	22.3	1	0.3		

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ต่อ)

ปัจจัยร่วม	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						X ²	p-Value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มวิชาชีพ							5.260	0.262
แพทย์,ทันตแพทย์,	32	91.4	3	8.6	0	0.0		
เภสัชกร								
พยาบาล	131	76.6	40	23.4	0	0.0		
เจ้าหน้าที่	147	75.8	46	23.7	1	0.5		
สาธารณสุข								
รวม	310	77.5	89	22.3	1	0.3		

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านอายุและดัชนีมวลกาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยด้านอายุและดัชนีมวลกาย	r	p-value
อายุ	0.164	0.01
ดัชนีมวลกาย	- 0.099	0.48

4.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า

ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value = 0.05)โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.126 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01)โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.232 การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.188 ปัจจัยจากอิทธิพลของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.110 ปัจจัยจากอิทธิพลจากสถานการณ์ แบ่งเป็น 1) สภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.637$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.024 และ 2) สภาพแวดล้อมที่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.198 (ดังแสดงในตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์	r	p-value
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	0.126	0.05
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	-0.232	0.01
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	0.188	0.01
ปัจจัยจากอิทธิพลของบุคคล	0.110	0.05
ปัจจัยจากอิทธิพลจากสถานการณ์		
1) สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน	0.024	0.637
2) สภาพแวดล้อมที่บ้าน	0.198	0.01

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข จำนวน 400 คน ซึ่งแบ่งการอภิปรายผลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Survey Research) ซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ เพราะการวิจัยเชิงสำรวจเป็นการศึกษาและรวบรวมข้อมูลโดยทั่วไป เพื่อให้ทราบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ศึกษาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยได้ครบถ้วน

2. กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างละเอียดและเป็นตัวแทนของประชากร

3. เครื่องมือในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน หลังจากนั้นไปทดสอบค่าทางสถิติ โดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.923 ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.733 ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนทางด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.808 ซึ่งมีค่าสูงทุกส่วนแสดงถึงแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงสูง สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยได้ดี มีคุณภาพของแบบสอบถามในระดับสูง และการที่ผู้วิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพ เชื่อถือได้

4. สถิติที่ใช้

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ และร้อยละ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statics) ได้แก่หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยความรู้-การรับรู้ อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้ไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สถิติที่ใช้มีความเหมาะสมสามารถวิเคราะห์ข้อมูลตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ครบถ้วน

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. อภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 (ตารางที่ 13) โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.3 (ตารางที่ 14) พฤติกรรมออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่

ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.3 (ตารางที่ 16) พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 96.8 สูบบุหรี่ร้อยละ 3.2 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 6-10 มวน รองลงมาคือ วันละ 1-5 มวน และ 16-20 มวน พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.3 ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.3 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 2.4 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ส่วนใหญ่มีความเครียด แต่นานๆครั้ง ร้อยละ 59.0 รองลงมาคือ มีความเครียด ร้อยละ 38.5 และไม่มีความเครียด ร้อยละ 2.5 ส่วนใหญ่ใช้การพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือ การฟังเพลง ร้อยละ 24.0 และสงบสติอารมณ์อยู่คนเดียว ร้อยละ 20.8 พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 93.5 ไม่ตรวจ ร้อยละ 6.5 ส่วนใหญ่ตรวจความดันโลหิต ร้อยละ 98.4 รองลงมาตรวจปีสภาวะ ร้อยละ 90.6 สถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.2 รองลงมาโรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 27.5 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ให้เหตุผลที่ไม่ได้ไปตรวจคือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 57.7 รองลงมาไม่เจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 26.9 ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2541) กล่าวว่า รูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นนิสัย ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของสุขภาพ การเจ็บป่วย การไร้ความสามารถ และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับต่ำ ร้อยละ 82.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 (ตารางที่ 14) จากตารางที่ 15 ซึ่งแสดงถึงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายชื่อ พบว่า พฤติกรรมย่อยที่ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำ คือ ดื่ม ชา กาแฟ 5-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 33.0 อาจเนื่องมาจากเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเหล่านี้เมื่อดื่มแล้วทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า กระฉับกระเฉง คนส่วนใหญ่นิยมดื่มเป็นอาหารเช้าก่อนการไปทำงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลมีการทำงานในเวรดิคต้องอดนอน อาจดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกระตุ้นไม่ให้หงวนนอนได้ซึ่งการบริโภคบ่อยๆก็ทำให้ติดได้ รองลงมา คือ เนื้อหมู เนื้อวัว (ติดมัน) เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ติดหนัง) แหนม กุนเชียง ไข่กรอก หมูยอ ผลไม้ประเภทให้พลังงานสูง เช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลองกอง เดิมน้ำตาลในอาหาร ลูกอม ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง ขนมกรุบกรอบ ขนมหวานไทยเช่นฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด ขนมอบเช่น เค้ก ลูกก๊ี้ โดนัท พาย กะทิ (ในอาหารคาว) เช่น แกงเขียวหวาน แกงเทโพ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ โดยรับประทานอาหารเหล่านี้ 3-4 วัน/สัปดาห์ อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงต้องการอาหารที่ให้พลังงานสูง และอาหารเหล่านี้ส่วนใหญ่มีขายทั่วไป

สะดวกต่อการซื้อมารับประทาน อาหารส่งเสริมสุขภาพเช่น ผัก ผลไม้ที่ให้พลังงานต่ำ นม พบว่ารับประทานน้อย อาจเนื่องมาจาก ไม่สะดวกในการซื้อมารับประทานและดื่มนมแล้วท้องเสีย หรืออาจยังขาดการแนะนำจูงใจเรื่องประโยชน์ของอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ และอาจเป็นไปได้ว่าลักษณะการทำงานที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ต้องมีความรับผิดชอบในหน้าที่สูงที่ไม่อาจละทิ้งผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้ ทำให้ความสนใจในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่อาจไม่เหมาะสมในเรื่องช่วงเวลาการรับประทานอาหาร(ตารางที่ 15) และการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด (ดังแสดงในตารางที่ 9)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 และระดับสูง ร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 16) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 113) พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด สำหรับผู้ที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 2-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 52.6 รองลงมาออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 19.8 ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที/ครั้ง ร้อยละ 35.8 ประเภทการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือเดินเร็ว ร้อยละ 30.3 รองลงมาวิ่งจ็อกกิ้ง ร้อยละ 24.8 เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 42.7 รองลงมาคือไม่มีอุปกรณ์กีฬา ร้อยละ 18.1 สำหรับการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับต่ำมากที่สุดนั้น อาจเนื่องจากในข้อย่อยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ถูกต้อง ถึงแม้จะมีผู้ที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 64.3 ก็ตาม สำหรับเหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ คือไม่มีเวลา ร้อยละ 42.7 อาจเนื่องมาจากเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีเวลาที่แน่นอน โดยเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานมีโอกาสดูตามไปดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมงและพยาบาลซึ่งต้องขึ้นปฏิบัติงานเวรผลัด 8 ชั่วโมง เวรเช้า - เวรบ่าย - เวรดึก ทำให้ไม่มีเวลาที่แน่นอนในการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการปฏิบัติงานช่วงเวรบ่าย (15.00-23.00 น.) และเวรดึก (23.00-07.00 น.)เป็นการปฏิบัติงานยามวิกาลร่างกายต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานบ่อยครั้ง ต้องปรับตัวอยู่เสมอ วงจรการพักผ่อนถูกรบกวน ทำให้เกิดการเหนื่อยล้า ต้องการพักผ่อนหลังเลิกปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเวรดึก รวมทั้งภาระงานในบ้านที่อาจต้องมีความรับผิดชอบทั้งบทบาทของการเป็นภรรยาและมารดา มากกว่าความสนใจที่จะออกกำลังกาย สำหรับเหตุผลรองลงมาคือไม่มีอุปกรณ์กีฬา (ตารางที่ 17)

พฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.2 อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ประโยชน์ในการไม่สูบบุหรี่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 82.0 รับรู้อุปสรรคในการไม่สูบบุหรี่น้อยที่สุด ร้อยละ 0.5 และรับรู้ความสามารถในการไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 77.2 ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และอาจเนื่องมาจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจพบเห็นผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แล้วเป็นมะเร็ง หรือต้องการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้มารับบริการทางการแพทย์ และในผู้ที่สูบบุหรี่ก็สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนขึ้นไป น้อยที่สุด ร้อยละ 7.7 อีกสาเหตุอาจเนื่องมาจากทำงานในสถานที่ราชการซึ่งห้ามสูบบุหรี่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่หรือติดบุหรี่ และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นเพศหญิงถึง ร้อยละ 70.2

พฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.3 ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.3 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 2.4 ความถี่ในการดื่ม ส่วนใหญ่ดื่ม 2-6 วัน/ครั้ง ร้อยละ 51.0 รองลงมาดื่มมากกว่า 7 วัน/ครั้ง ร้อยละ 20.4 และ 7 วัน/ครั้ง ร้อยละ 18.4 อาจเนื่องมาจากการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 38.0 และการรับรู้ความสามารถในการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.5 และอาจเนื่องมาจากการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้มารับบริการทางการแพทย์ หรือพบเห็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา หรืออาจเนื่องมาจากทำงานในสถานที่ราชการไม่อนุญาตให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และอาจเนื่องมาจากงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่งนี้มีเพศหญิงถึง ร้อยละ 70.2

พฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายความเครียด

จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเครียดแต่นานๆครั้ง ร้อยละ 59.0 มีความเครียด ร้อยละ 38.5 ไม่มีความเครียดร้อยละ 2.5 วิธีผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ใช้วิธีพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด ร้อยละ 27.4 รองลงมาฟังเพลง ร้อยละ 24.0 อาจเนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เช่น พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน ร้อยละ 39.8 และอาจเนื่องจากการทำงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมีโอกาสดูตามไปดูแลรักษาผู้ป่วย 24 ชั่วโมง และการทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วย

ของผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสเกิดความเครียดได้มาก และไม่มีเวลาที่แน่นอนในการออกกำลังกายซึ่งเป็นวิธิตายเครียดที่ค่อนข้างหนึ่ง รวมทั้งไม่มีเวลาที่แน่นอนในการพักผ่อนร่วมกับครอบครัว

พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

การศึกษาพบว่า การตรวจสุขภาพประจำปีที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 93.5 ไม่ตรวจ ร้อยละ 6.5 สถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.2 รองลงมา โรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 27.5 อาจเนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.8 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 45.5 และการรับรู้ความสามารถในการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 53.2 และอาจเนื่องจากทางหน่วยงานมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจสุขภาพประจำปี และทำงานในหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพทำให้มีความสะดวกในการมาตรวจสุขภาพประจำปี ดังเห็นได้จากสถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.2 รองลงมาเป็น โรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 27.5

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า

1.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ขัดแย้งกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985: 218-220) ที่กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของภัทริดา เอกบรรณสิงห์ (2550:139) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพล กองทัพบก ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.2 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991: 238-241) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 141) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ คารินทร์ ฤาชัย (2550: 99) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

1.3 สถานภาพการรับราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทริดา เอกบรรณสิงห์ (2550: 139) พบว่าสถานภาพในกองทัพบก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลกองทัพบก ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.4 กลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 142) พบว่ากลุ่มวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

1.5 ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 142) พบว่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี สำหรับการที่ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจเนื่องจากผู้ที่มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีน้ำหนักตัวเกิน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายในภาวะอ้วน ซึ่งส่งผลให้ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สมมติฐาน ข้อที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการวิจัยพบว่า

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน (p -value = 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ก- ข) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี การศึกษาของประสิทธิ์ กล้าหาญ (2541: ง) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี และการศึกษาของ ภัทรจิต นิลราช (2546: 3) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน (p - value = 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ง) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และการศึกษาของ ภัทรจิต นิลราช (2546: 3) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา สำหรับการที่ความสัมพันธ์ทางลบโดยมีค่า r เท่ากับ - 0.232 คือการที่เจ้าหน้าที่รับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยิ่งสูง ก็มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง ถ้ารับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ ก็มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น

2.3 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน (p - value = 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: ง) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำหรับการที่การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำโดยมีค่า r เท่ากับ 0.188 อาจเนื่องจากระดับการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง(ดังแสดงในตารางที่ 9) แต่คะแนนรวมพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.3 และความถี่ในการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพหลายชนิดอยู่ในระดับไม่รับประทานเลยเป็นส่วนใหญ่ (ดังแสดงในตารางที่ 15)

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ผลการวิจัยพบว่า

อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อิทธิพลของบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน (p -value = 0.05) และอิทธิพลจากสถานการณ์ แบ่งเป็นสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน (p -value = 0.637) และสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ($p\text{-value} = 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรจิต
นิลราช (2540: 3) ที่พบว่า อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี ในจังหวัดสงขลา



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ตามรูปแบบการประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี และศึกษาปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เป็นเพศชาย ร้อยละ 29.8 เพศหญิง ร้อยละ 70.2 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 40.5 รองลงมาอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 39.0 อายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 13.0 และช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 7.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.0 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 29.3 หย่า/แยก ร้อยละ 3.2 และเป็นหม้าย ร้อยละ 1.5 กลุ่มวิชาชีพ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 49.3 รองลงมาเป็นพยาบาล ร้อยละ 41.8 เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร ร้อยละ 8.9 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 97.5 ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 0.8 ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 0.3 และอื่นๆ ร้อยละ 1.4 มีดัชนีมวลกายในภาวะปกติ ร้อยละ 72.5 รองลงมา เป็นน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 14.0 ภาวะน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 7.3 ภาวะโรคอ้วนรุนแรง ระดับ 1 ร้อยละ 4.3 ภาวะโรคอ้วนรุนแรง ระดับ 2 ร้อยละ 1.3 ภาวะโรคอ้วนรุนแรง ระดับ 3 ร้อยละ 0.6

2. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.2

3. การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.2 และระดับสูง ร้อยละ 12.3

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี มีการรับรู้อุปสรรคของตนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 86.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.0 และระดับสูง ร้อยละ 0.5

5. อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 46.8 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.5 และระดับสูง ร้อยละ 10.7

อิทธิพลจากสถานการณ์ แบ่งเป็นสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมที่บ้าน

สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน

ผลการศึกษา พบว่าอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่ทำงานอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 28.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 26.9

สภาพแวดล้อมที่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลต่อสภาพแวดล้อมที่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.5 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 34.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.8

6. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 และระดับสูง ร้อยละ 0.2

6.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 และจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ใน 1 สัปดาห์ อาหารที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบริโภคมากที่สุดคือน้ำมันพืชปรุงอาหาร ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ คีโม กาแฟ ชาเขียว ร้อยละ 33.0 ส่วนอาหารที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีบริโภคเลยใน 1 สัปดาห์ มากที่สุดคือ นมข้นหวาน ร้อยละ 79.3 รองลงมาคือ มาการีน (เนยเทียม) และชีส ร้อยละ 78.8 และ 77.3 ตามลำดับ

6.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 64.2 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 35.8 คะแนนปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 และระดับสูง ร้อยละ 10.4 จำนวนวันที่ออกกำลังกายมากที่สุดคือ 2-3 วัน/ครั้ง ร้อยละ 52.6 ระยะเวลาในการออกกำลังกายคือมากกว่า 30 นาที/ครั้ง ร้อยละ 35.8 ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือ เดินเร็ว ร้อยละ 30.3 รองลงมาวิ่งจ็อกกิ้ง ร้อยละ 24.8 เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายมากที่สุดคือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ ไม่มีอุปกรณ์กีฬา ร้อยละ 18.1

6.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.8 สูบ ร้อยละ 3.2 จำนวนวันที่สูบต่อวันส่วนใหญ่สูบ 6-10 มวน ร้อยละ 30.8 รองลงมา 1-5 มวน และ 16-20 มวน ร้อยละ 23.0

6.4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.3 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.3 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่ดื่ม 2-6 วัน/ครั้ง ร้อยละ 51.0 รองลงมาดื่มมากกว่า 7 วัน/ครั้ง ร้อยละ 20.4

6.5 พฤติกรรมผ่อนคลายความเครียด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความเครียดแต่นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 59.0 รองลงมาไม่มีความเครียด ร้อยละ 38.5 และไม่มีความเครียด ร้อยละ 2.5 ส่วนใหญ่ผ่อนคลายความเครียด โดยการพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด ร้อยละ 27.4 รองลงมาฟังเพลง ร้อยละ 24.0

6.6 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 374 คน ร้อยละ 93.5 ไม่ตรวจ 26 คน ร้อยละ 6.5 ส่วนใหญ่ตรวจความดันโลหิต ร้อยละ 98.4 รองลงมาตรวจปัสสาวะ ร้อยละ 90.6 ตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 27.5 เหตุผลที่ในรอบปีที่ผ่านมาไม่ตรวจสุขภาพประจำปี คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 57.7 รองลงมาไม่เจ็บป่วย รุนแรง ร้อยละ 26.9

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.2 ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตน อิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการพัฒนา

หน่วยงานที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

1. สร้างความตระหนัก และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว (ติดมัน), ผลไม้ที่ให้พลังงานสูง อาจจัดให้มีเทศกาลอาหารเพื่อสุขภาพขึ้นในหน่วยงานเดือนละครั้ง
2. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ออกกำลังกาย โดยจัดหาอุปกรณ์กีฬา และจัดให้มีชมรมออกกำลังกายในหน่วยงาน เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะไม่มีเวลา และไม่มีอุปกรณ์กีฬา ควรมีการจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกายที่

เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอได้ ควรมีการจัดโครงการหรือการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตระหนักและหันมาสนใจการออกกำลังกาย เช่น มีโครงการเดินแอโรบิค เวลา 16.00-17.00 น. ทุกวัน มีห้องและอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย เปิดให้บริการเวลา 15.00-20.00 น. ทุกวัน มีการติดรูปภาพโปสเตอร์การออกกำลังกายแบบง่ายๆ ที่สามารถปฏิบัติได้ในระหว่างการทำงาน การยืด-คลายกล้ามเนื้อแขน ขา การบริหารกล้ามเนื้อคอ และการบริหารเอว ไว้ตามจุดต่างๆ ในสถานที่ทำงาน และมีการทดสอบสมรรถภาพร่างกายประจำปี เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวขณะออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ดังนั้นนอกจากการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกกำลังกายแล้ว ควรให้ความรู้ข้อปฏิบัติตัวขณะออกกำลังกายด้วย และจากผลการวิจัยพบว่าระดับความเชื่อต่อประโยชน์ต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (ดังแสดงในตารางที่ 5) ดังนั้นควรมีการกำหนดแผนปฏิบัติการในการพัฒนาปัจจัยนำในด้านทัศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ให้สอดคล้องกับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ

3. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์-สูบบุหรี่ ด้วยการปรับเปลี่ยนทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์-สูบบุหรี่โดยเริ่มที่ผู้บังคับบัญชาก่อน เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรด้านสุขภาพ

4. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีกิจกรรมนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด จัดกิจกรรมสังสรรค์ผ่อนคลายความเครียดในหน่วยงาน เนื่องจากภาระงานที่หนัก ดังนั้นควรมีการจัดตั้งคลินิกคลายเครียด มีการให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องการงานและเรื่องส่วนตัว จัดโครงการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โยคะ แต่ละหน่วยงานควรมีการจัดให้บุคลากรได้ท่องเที่ยว พักผ่อนต่างจังหวัด อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ผู้บริหารควรปรับการจัดตารางเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีวันหยุดที่เพียงพอสำหรับการพักผ่อนหรือออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้ทฤษฎีอื่น เช่น PRECEDE-PROCEED FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษามา

2. ศึกษาหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยอาจศึกษาเพิ่มในปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ด้านต่างๆ โดยอาจศึกษาในด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเช่นมีการสัมภาษณ์ การทำสนทนากลุ่ม (Focus group) เพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านที่ละเอียด และเจาะลึกมากยิ่งขึ้น

4. ศึกษาในเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารสามารถนำไปเป็นข้อมูลวางแผนหรือดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงานต่อไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
(HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL
KANCHANABURI PROVINCE)

นพพรณ จินแพทย์ 4637219 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปรียา ตันสกุล, ค.ด., นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.,
มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงยุคโลกาภิวัตน์ทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยที่เปลี่ยนจากกลุ่มโรคติดต่อไปสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการทั้งด้านพฤติกรรม วิถีชีวิต พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม กลุ่มโรคเหล่านี้มีระยะเวลาการดำเนินโรคนานและค่อยเป็นค่อยไป และโดยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยแต่ละปีคนไทยใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพรวมกันกว่า 2.5 แสนล้านบาท ส่วนใหญ่ใช้เพื่อการซ่อมสุขภาพและมีอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 10 ต่อปี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2545: 225) ก่อให้เกิดผลเสียต่อปัญหาเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 8-10 (2540 - 2554) มีการปรับแนวคิดให้ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” (Human-centered or People-centered) ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตัวเอง เพราะกลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาสาธารณสุข ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง การไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเหล่านี้สามารถป้องกันและชะลอไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง

เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 20 ราย พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งมีโรคและอาการผิดปกติต่างๆ ดังนี้ โรคกระเพาะอาหาร 9 คน ความดันโลหิตสูง 3 คน เส้นเลือดขาด 8 คน ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ 14 คน มีนิ่วในถุงน้ำดี 12 คน นอนไม่หลับ 10 คน ประจำเดือนผิดปกติ 6 คน รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ สูบบุหรี่และดื่มสุรา

จากผลการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 440 เตียง ในจังหวัดกาญจนบุรีในปี พ.ศ. 2548 - 2550 พบว่าเจ้าหน้าที่เกือบครึ่งหนึ่งมีระดับไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้มีน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น ซึ่งรูปแบบการใช้ชีวิตที่ส่งผลให้มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวได้แก่ 1) มีรูปร่างอ้วน 2) การสูบบุหรี่ 3) การดื่มสุราและความเครียด 4) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม 5) ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ

แต่อย่างไรก็ดีสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ สามารถป้องกันได้หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรี มีปัญหาด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีว่าเป็นอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหากทราบสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมปฏิบัติทางสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์แบบจำลองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
2. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย
 - 1.2 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
 - 1.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล (Interpersonal Influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรีในระดับจังหวัด อำเภอและตำบลจำนวน 2,535 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaires) และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi-square)

สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 และเป็นเพศชายจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 30-39 ปี จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมาเป็นโสด จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 อาชีพส่วนใหญ่ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 194 คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาเป็นพยาบาล 171 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 ดัชนีมวลกายในภาวะปกติมากที่สุดจำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 โดยมีรายละเอียดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 82.3 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 17.1 จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมย่อยที่ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำ คือ ดื่มน้ำ กาแฟ 5-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 33.0 รองลงมาคือรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว (ติดมัน) เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ติดหนัง) แหนม กุนเชียง ไข่ทอด กล้วยทอด ผลไม้ประเภทให้พลังงานสูงเช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลองกอง เดิมน้ำตาลในอาหาร ลูกอม ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง ขนมกรุบกรอบ ขนมหวานไทยเช่นฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด ขนมอบเช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย กะทิ (ในอาหารคาว) เช่นแกงเขียวหวาน แกงเทโพ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ โดยรับประทานอาหารเหล่านี้ 3-4 วัน/สัปดาห์

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.3 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 43.3 และระดับสูงร้อยละ 10.4 สำหรับผู้ที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 2-3 สัปดาห์/ครั้งร้อยละ 52.6 รองลงมาออกกำลังกายทุกวันร้อยละ 19.8 ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที/ครั้งร้อยละ 35.8 ประเภทการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือเดินเร็วร้อยละ 30.3 รองลงมาวิ่งจ็อกกิ้งร้อยละ 24.8 เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่คือไม่มีเวลาร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ ไม่มีอุปกรณ์กีฬาร้อยละ 18.1

2.3 พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ พบว่าไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 96.8 สูบร้อยละ 3.2 จำนวนบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างสูบต่อวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่วันละ 6-10 มวนร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ วันละ 1-5 มวน และ 16-20 มวน วันละ 11-15 มวนร้อยละ 15.5 มากกว่า 20 มวนขึ้นไปร้อยละ 7.7

2.4 พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สภาพการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 85.3 ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.3 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้วร้อยละ 2.4

2.5 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

สำหรับพฤติกรรมความเครียด พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเครียดแต่นานๆ ครั้งร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ มีความเครียดร้อยละ 38.5 และไม่มีมีความเครียดร้อยละ 2.5 จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดมากเป็นอันดับ 1 คือ การพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือการฟังเพลง (ร้อยละ 24.0) และสงบสติอารมณ์อยู่คนเดียว (ร้อยละ 20.8)

2.6 พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

การศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพจำนวน 374 คน ร้อยละ 93.5 ไม่ตรวจ 26 คนร้อยละ 6.5 ผู้ที่ตรวจส่วนใหญ่จะตรวจความดันโลหิตร้อยละ 98.4 รองลงมาตรวจปีสภาวะร้อยละ 90.6 สถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ

50.2 รองลงมา โรงพยาบาลประจำจังหวัดร้อยละ 27.5 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ตรวจสอบสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ให้เหตุผลที่ไม่ได้ไปตรวจ คือ ไม่มีเวลาร้อยละ 57.5 รองลงมา ไม่เจ็บป่วยรุนแรงร้อยละ 26.9

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า อายุ และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ

3.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนปัจจัยด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ แบ่งเป็น 1. สภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก 2. สภาพแวดล้อมที่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ

อภิปรายผล

แบ่งการอภิปรายผลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) ซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ เพราะการวิจัยเชิงสำรวจเป็นการศึกษาและรวบรวมข้อมูลโดยทั่วไป เพื่อให้ทราบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ศึกษาในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยได้ครบถ้วน

2. กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากร

3. เครื่องมือในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ ทำการทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน หลังจากนั้นไปทดสอบค่าทางสถิติโดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.923

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.733

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนทางด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.808

ซึ่งมีค่าสูงทุกส่วนแสดงถึงแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงสูง สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยได้ดี มีคุณภาพของแบบสอบถามในระดับสูง และการที่ผู้วิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพ เชื่อถือได้

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. อภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

จากผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับต่ำร้อยละ 82.3 พฤติกรรมย่อยที่ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ คือ ดื่มชา กาแฟ 5-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 33.0 อาจเนื่องมาจากเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเหล่านี้เมื่อดื่มแล้วทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า กระฉับกระเฉง คนส่วนใหญ่นิยมดื่มเป็นอาหารเช้าก่อนการไปทำงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล มีการทำงานในเวรคึกต้องอดนอน อาจดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกระตุ้นไม่ให้ง่วงนอนได้ ซึ่งการบริโภคบ่อยๆก็ทำให้ติดได้ รองลงมาคือรับประทานเนื้อหมู (ติดมัน) เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ติดหนัง) แหนม กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ ผลไม้ประเภทให้พลังงานสูง เช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลองกอง เต็มน้ำตาลในอาหาร ลูกอม ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง ขนมกรุบกรอบ ขนมหวานไทยเช่น ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด ขนมอบเช่น เค้ก ลูกก๊ี้ โดนัท พาย กะทิ (ในอาหารลาว) เช่น แกงเขียวหวาน แกงเทโพ น้ำอ่อม น้ำหวานต่างๆ โดยรับประทานอาหารเหล่านี้ 3-4 วัน/สัปดาห์ อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงต้องการอาหารที่ให้พลังงานสูง และอาหารเหล่านี้ส่วนใหญ่มีขายทั่วไปสะดวกต่อการซื้อรับประทาน อาหารส่งเสริมสุขภาพเช่น ผัก ผลไม้ที่ให้พลังงานต่ำ นม พบว่ารับประทานน้อย อาจเนื่องจากไม่สะดวกในการซื้อมา รับประทานและดื่มนมแล้วท้องเสีย หรืออาจยังขาดการแนะนำจูงใจเรื่องประโยชน์ของอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 15) และการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด (ดังแสดงในตารางที่ 9)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.3 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 43.3 และระดับสูงร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 16) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 113) พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำมากที่สุด สำหรับผู้ที่ออกกำลังกาย 2-3 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 52.6 รองลงมาออกกำลังกายทุกวันร้อยละ 19.8 ออกกำลังกาย

มากกว่า 30 นาที/ครั้งร้อยละ 35.8 ประเภทการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือเดินเร็วร้อยละ 30.3 รองลงมาวิ่งจ็อกกิ้งร้อยละ 24.8 เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่คือ ไม่มีเวลาร้อยละ 42.7 รองลงมาคือไม่มีอุปกรณ์กีฬาร้อยละ 18.1 สำหรับการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับต่ำมากที่สุดนั้น อาจเนื่องจากในข้อย่อยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ถูกต้อง ถึงแม้จะมีผู้ที่ออกกำลังกายร้อยละ 64.3 ก็ตาม สำหรับเหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่คือ ไม่มีเวลาร้อยละ 42.7 อาจเนื่องมาจากเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีเวลาที่แน่นอน โดยเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานมีโอกาสถูกตามไปรักษาผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และพยาบาลซึ่งต้องขึ้นปฏิบัติงานเวรพลัด 8 ชั่วโมง เวรเช้า – เวรบ่าย - เวรดึก ทำให้ไม่มีเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการปฏิบัติงานช่วงเวรบ่าย (15.00 - 23.00 น.) และ เวรดึก (23.00 - 07.00 น.) เป็นการปฏิบัติงานยามวิกาล ร่างกายต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานบ่อยครั้ง ต้องปรับตัวอยู่เสมอ วงจรการพักผ่อนถูกรบกวน ทำให้เกิดการเหนื่อยล้า ต้องการพักผ่อนหลังเลิกปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเวรดึก รวมทั้งภาระงานในบ้านที่อาจต้องมีความรับผิดชอบทั้งบทบาทของการเป็นภรรยาและมารดา มากกว่าความสนใจที่จะออกกำลังกาย สำหรับเหตุผลรองลงมาคือ ไม่มีอุปกรณ์กีฬา (ตารางที่ 17)

พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 96.8 สูบบุหรี่ร้อยละ 3.2 อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ประโยชน์ในการไม่สูบบุหรี่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 82.0 รับรู้อุปสรรคในการไม่สูบบุหรี่น้อยที่สุดร้อยละ 0.5 และรับรู้ความสามารถในการไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 77.2 ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และอาจเนื่องมาจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจพบเห็นผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แล้วเป็นมะเร็ง หรือต้องการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้มารับบริการทางการแพทย์ และในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนขึ้นไปน้อยที่สุดร้อยละ 7.7 อีกสาเหตุอาจเนื่องมาจากทำงานในสถานที่ราชการซึ่งห้ามสูบบุหรี่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่หรือคิดบวหรี่ และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 70.2

พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 85.3 ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.3 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้วร้อยละ 2.4 ความถี่ในการดื่มส่วนใหญ่ดื่มทุกๆ 2-6 วัน ร้อยละ 51.0 รองลงมาดื่มมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 20.4 และดื่มทุกๆ 7 วัน

ร้อยละ 18.4 อาจเนื่องมาจากการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 38.0 และการรับรู้ความสามารถในการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 39.5 และอาจเนื่องมาจากการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้มารับบริการทางการแพทย์ หรือพบเห็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา หรืออาจเนื่องมาจากทำงานในสถานที่ราชการไม่อนุญาตให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 70.2

พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

การศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเครียดแค้นานๆครั้งร้อยละ 59.0 มีความเครียดร้อยละ 38.5 ไม่มีความเครียดร้อยละ 2.5 วิธีผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ใช้วิธีพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิดร้อยละ 27.4 รองลงมาฟังเพลงร้อยละ 24.0 อาจเนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เช่น พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงานร้อยละ 39.8 และอาจเนื่องมาจากการทำงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมีโอกาสถูกตามไปดูแลรักษาผู้ป่วย 24 ชั่วโมง และการทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสเกิดความเครียดได้มาก และไม่มีเวลาที่แน่นอนในการออกกำลังกายซึ่งเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่อย่างหนึ่ง รวมทั้งไม่มีเวลาที่แน่นอนในการพักผ่อนกับครอบครัว

พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

การศึกษาพบว่า การตรวจสุขภาพประจำปีที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพร้อยละ 93.5 ไม่ตรวจร้อยละ 6.5 สถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 50.2 รองลงมาโรงพยาบาลประจำจังหวัดร้อยละ 27.5 อาจเนื่องมาจากการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 66.8 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุดร้อยละ 45.5 และการรับรู้ความสามารถในการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 53.2 และอาจเนื่องจากทางหน่วยงานมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจสุขภาพประจำปี และทำงานในหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพทำให้มีความสะดวกในการมาตรวจสุขภาพประจำปี ดังเห็นได้จากสถานที่ไปตรวจสุขภาพมากที่สุดเป็นโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 50.2 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดร้อยละ 27.5

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยร่วมได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า

1.1 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985: 218-220) ที่กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของภทริดา เอกบรรณสิงห์ (2550: 139) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพล กองทัพบก ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.2 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991: 238-241) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 141) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ดารินทร์ ฤาชัย (2550: 99) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

1.3 สถานภาพการรับราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภทริดา เอกบรรณสิงห์ (2550: 139) พบว่า สถานภาพในกองทัพบก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลกองทัพบก ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.4 กลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 142) พบว่า กลุ่มวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

1.5 ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540: 142) พบว่า ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ผลการวิจัยพบว่า

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: ก - ข) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี การศึกษาของประสิทธิ์ กล้าหาญ (2541: ง) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี และการศึกษาของ ภักทรจิต นิลราช (2546: 3) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: ง) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และการศึกษาของ ภักทรจิต นิลราช (2546: 3) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา

2.3 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: ง) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ผลการวิจัยพบว่า

อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า อิทธิพลของบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และอิทธิพลจากสถานการณ์ แบ่งเป็นสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภักทรจิต นิตราช (2540: 3) ที่พบว่า อิทธิพลของบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการพัฒนา

หน่วยงานที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

1. สร้างความตระหนัก และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว (ติดมัน), ผลไม้ที่ให้พลังงานสูง อาจจัดให้มีเทศกาลอาหารเพื่อสุขภาพขึ้นในหน่วยงานเดือนละครั้ง
2. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ออกกำลังกาย โดยจัดหาอุปกรณ์กีฬา และจัดให้มีชมรมออกกำลังกายในหน่วยงาน เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะไม่มีเวลา และไม่มีอุปกรณ์กีฬา ควรมีการจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอได้ ควรมีการจัดโครงการหรือการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตระหนักและหันมาสนใจการออกกำลังกาย เช่น มีโครงการเดินแอโรบิก เวลา 16.00 - 17.00 น.ทุกวัน มีห้องและอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย เปิดให้บริการเวลา 15.00 - 20.00 น.ทุกวัน มีการติดรูปภาพโปสเตอร์การออกกำลังกายแบบง่ายๆที่สามารถปฏิบัติได้ในช่วงการทำงาน การยืด-คลายกล้ามเนื้อแขน ขา การบริหารกล้ามเนื้อคอ และการบริหารเอว ไว้ตามจุดต่างๆ ในสถานที่ทำงาน และมีการทดสอบสมรรถภาพร่างกายประจำปี เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวขณะออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ดังนั้นนอกจากการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกกำลังกายแล้ว ควรให้ความรู้ข้อปฏิบัติตัวขณะออกกำลังกายด้วย และจากผลการวิจัยพบว่าระดับความเชื่อต่อประโยชน์ต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (ดังแสดงในตารางที่ 5) ดังนั้นควรมีการกำหนดแผนปฏิบัติการ

ในการพัฒนาปัจจัยนำในด้านทัศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ให้สอดคล้องกับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ

3. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - สูบบุหรี่ ด้วยการปรับเปลี่ยนทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - สูบบุหรี่ โดยเริ่มที่ผู้บังคับบัญชาก่อน เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี ให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี ของบุคลากรด้านสุขภาพ

4. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีกิจกรรมนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด จัดกิจกรรมสังสรรค์ผ่อนคลายความเครียดในหน่วยงาน เนื่องจากภาระงานที่หนัก ดังนั้นควรมีการจัดตั้งคลินิกคลายเครียด มีการให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องการงานและเรื่องส่วนตัว จัดโครงการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โยคะ แต่ละหน่วยงานควรมีการจัดให้บุคลากรได้ท่องเที่ยว พักผ่อนต่างจังหวัด อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ผู้บริหารควรปรับการจัดตารางเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีวันหยุดที่เพียงพอสำหรับการพักผ่อนหรือออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวงการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้ทฤษฎีอื่น เช่น PRECEDE-PROCEED FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษามา

2. ศึกษาหาแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยอาจศึกษาเพิ่มในปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ด้านต่างๆ โดยอาจศึกษาเพิ่มในปัจจัยด้านความรู้สึกที่มีผลต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเช่นมีการสัมภาษณ์ การทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านที่ละเอียด และเจาะลึกมากยิ่งขึ้น

4. ศึกษาในเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารสามารถนำไปเป็นข้อมูลวางแผนหรือดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงานต่อไป

HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL IN KNACHANABURI PROVINCE

NAVAPHAN JINAPHAT 4637219 PHPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPREYA TUNSAKUL, Ph.D., NIRAT IMAMEE, Ph.D., MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D.,

EXTENDED SUMMARY

BACKGROUND AND SIGNIFICANCE OF THE PROBLEM

The changes in the globalization era have affected on the changes of people's health status and have led directly to public health problems of Thailand which have been changed from communicable diseases to noncommunicable diseases. The important noncommunicable diseases are cardiovascular diseases, cerebrovascular diseases, cancer, diabetes mellitus, and hypertension, etc. These communicable diseases are caused by various risk factors, behaviors, lifestyles, heredity, and environment. The pathogenesis of these diseases takes a long period of time and occurs gradually and the majority of them are chronic diseases that need more time and high cost for treatment and caring. It was found that each year Thai people spent money higher than 250,000 million Bahts for health while the high percentage of this money was used for curing. The increased rate of this expense was found to be higher than 10 percent (Ampone Jindawatana, 2002: 225). This situation affected a lot on the economic problem of Thailand. According to the 8th - 10th National Health Plan (B.E. 1997-2001), the human-centered or people-centered had been used and focused on human capacity development in regard to promoting health promotion knowledge, disease prevention, and changing their self-care behavior. Because, these noncommunicable diseases are chronic diseases and public health problems that most of them caused by

people's undesirable health behaviors, for example, cigarette smoking, alcohol drinking, improper food consumption, nonphysical exercise, etc. However, these noncommunicable diseases can be preventable and delayed their onset by performing proper health promoting behaviors.

In May 1, 2008, a pilot study regarding health promoting behavior of 20 public health personnel in Kanchanaburi Province has been implemented by the researcher and it was found that some the public health personnel had the following illness and abnormal symptoms: peptic ulcer (9 cases); hypertension (3 cases); insomnia (10 cases); back/muscle pain (14 cases); dizziness (12 cases); sleep difficulty (10 cases); irregular menstruation (6 cases); including consumption of high-fat foods, irregular physical exercise, cigarette smoking and alcohol drinking.

The results of physical check-up of the personnel of Paholpolpayuhasena Hospital which is the 440-bed general hospital in Kanchanaburi Province during the years 2005-2007 showed that almost half of the personnel had high blood cholesterol and high blood sugar which are the high risks of the onset of important noncommunicable diseases, for example, diabetes mellitus, hypertension, cerebrovascular disease, and coronary heart diseases, etc. The lifestyles affecting the already mentioned risk factors or risk behaviors of the onset of those disease are: 1) obesity; 2) smoking; 3) alcohol drinking and stress; 4) improper food-consumption; and 5) lack of regular physical exercise.

However, the causes of risk factors or risk before of the onset of those diseases or abnormal symptoms can be preventable if these public health personnel perform appropriate health promoting behaviors.

From the aforementioned data, it was evidenced that some of the public health personnel of Kanchanaburi Province had health problems and improper health behaviors. Therefore, the researcher was interested in investigating health promoting behaviors of the health promoting behaviors of public health personnel working in Kanchanaburi Provincial Public Health Office including studying the factors affecting their health promoting behaviors. The findings about causes or factors affecting undesirable health behaviors will be beneficial for changing or developing desirable health behaviors. Thus, the researcher was interested in doing the research regarding

health promoting behaviors of public health personnel in Kanchanaburi Province by applying Pender's Health Promotion Model.

RESEARCH OBJECTIVES

To study health promoting behaviors and the factors relating to health promoting behaviors of the public health personnel in Kanchanaburi Province.

RESEARCH HYPOTHESES

1. Modifying factors which include sex, age, marital status, official status, professional group, body mass index related significantly with health promoting behaviors of public health personnel in Kanchanaburi Province.
2. Cognitive-Perceptual factors which include perceived self-efficacy, perceived benefits of performing behaviors related significantly with health promoting behaviors of public health personnel in Kanchanaburi Province.
3. Interpersonal influences and situation influences related significantly with health promoting behaviors of public health personnel in Kanchanaburi Province.

RESEARCH VARIABLES

1. Independent Variables. They composed of 3 groups as follows:

- 1.1 Modifying Factors: sex, age, marital status, official status, professional groups, and body mass index.
- 1.2 Cognitive-Perceptual Factors: perceived self-efficacy, perceived benefits of performing behaviors, and perceived obstacles of performing behaviors.
- 1.3 Interpersonal influences and situational influences.

2. Dependent Variables. These variables composed of 6 health promoting behaviors in regard to food consumption, smoking, alcohol drinking, physical exercise, stress management, and annual physical check-up.

RESEARCH METHODOLOGY

This research is a cross-sectional study. The studied population were public health personnel of Kanchanaburi Province which were 2,533 public health personnel in Kanchanaburi at the provincial, district and subdistrict levels. Sample size was computed by using Daniel's formula and the sample size of 400 respondents was the outcome. Self-administered questionnaires were used for collecting data and data analysis was done by computing frequency, percentage, arithmetic means, and standard deviation. The relationship was tested by using Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

RESEARCH RESULTS

1. General Characteristics of the Sampled Public Health Personnel

The results of the study showed that most of the respondents were females (281 cases, 70.2%); 119 respondents were males (29.8%); the mean age was 40 years; 162 respondents were in the age group of 40-49 years (40.5%) while the second group was 30-39 years (156 cases, 39.0%); most of them, 264 respondents, were married (66.0%) while 117 respondents were single (29.3%); most of them, 390 respondents, were government officers (97.5%); 194 respondents were public health personnel (49.3%) and 171 respondents were nurses (41.8%); the highest percentage of them had normal body mass index (72.5%); and 56 respondents had overweight (14.0%).

2. Health Promoting Behavior

The results of the study showed that most of the sample had a low level of all 6 health promoting behaviors (77.5%) while 22.3 percent had a moderate level. The details of each behavior were presented as follows:

2.1 Food Consumption Behavior

It was found that most of the sampled public health personnel performed a low level of food consumption behaviors while 17.1 percent of them performed a moderate level of food consumption. The analysis of item-by-item of

food consumption behavior showed that the sub-behaviors that made the respondents' food consumption behavior be at the low level were having tea/coffee 5-7 days/week (33.0%); consumption of red meats (pork and beef), chicken and duck with skin, fermented meats (for example, Nam, Gunching), sausage, Mooyo, fruits contain high calories, for example, durian, longan, ripe mango, lichi, longkong; adding more sugar in the food; consumption of candy, chocolate, chewing gun, crispy fried smacks; Thai sweets, for example, Foytong, Tongyib, Tongyod, etc.; bakery, for example, cake, cookie, donut, pie; foods cooked with coconut milk, for example, green curry, Tapo soup; soda beverages and sweetened beverages. The respondents mentioned that they consumed these foods 3-4 days a week.

2.2 Physical Exercise Behavior.

It was found that the highest percentage of the respondents performed the low level of physical exercise (46.3%), 43.3 percent performed a moderate level of physical exercise, and 10.4 percent performed physical exercise at a high level. Among those who performed physical exercise, 52.6 percent performed physical exercise 2-3 days a week while 19.8 percent performed physical exercise everyday and 35.8 percent performed physical exercise 30 minutes a time. Regarding type of exercise performed, 30.3 percent was found to perform walking briskly and 24.8 percent did jogging. In regard to the reasons for being sedentary, it was found that “do not have time” was the reason that the highest percent of them responded (42.7%) and the second reason was “do not have exercise equipment” (18.1%).

2.3 Non-smoking Behavior

It was found that 96.8 percent of the public health personnel did not smoke while 3.2 percent did. In regard to the amount of cigarette smoked per day, 30.8 percent responded that they smoked 6-10 cigarettes a day and 16-20 cigarettes a day. Besides, 15.5 percent smoked 11-15 cigarettes a day and 7.7 percent smoke more than 20 cigarettes a day.

2.4 Non-Alcoholic Beverage Drinking Behavior

In regard to alcoholic beverage drinking behavior it was found that a high percentage of the respondents did not drink alcoholic beverage (85.3%) while

12.3 percent indicated that they drink alcoholic beverage and 2.4 percent however ever consumed alcoholic beverage but presently they have already quitted.

2.5 Stress Management Behavior

It was found that the highest percentage of the respondents mentioned that they had stress once in a while (59.0%) while 38.5 percent indicated that they had stress and 2.5 percent did not have stress. In regard to the stress management technique used, it was found that “talking with or consulting close friends” was the technique mostly used (27.4%) and the second and the third techniques used were “listening music” (24.0%) and “controlling their feeling” (20.8%).

2.6 Annual Physical Check-Up

It was found that most of the public health personnel had physical check-up annually and 6.5 percent did not. Among those who had annual physical check-up, 98.4 percent checked blood pressure and 90.6 percent had urinary check-up. In regard to the place that they went to have annual check-up, 50.2 percent went to community hospital and the second group went to the provincial hospital. For those who did not have annual physical check-up last year they mentioned the reasons for not doing that “they did not have time” (57.5%) and “they did have severe illness” (26.9%).

3. Factors Relating to Health Promoting Behavior

3.1 Personal Factors

The research results showed that age and body mass index related significantly to health promoting behavior of public health personnel but no significant relationship was found between sex, marital status, official status, professional group, and health promoting behavior of public health personnel.

3.2 Cognitive-Perceptual Factors

It was found that significantly positive relationship was found between perceived benefits of performing behavior and perceived self-efficacy to perform behavior and health promoting behavior of public health personnel. But significantly negative relationship was found between perceived obstacles and health promoting

behavior of public health personnel.

3.3 Factors Regarding Interpersonal Influences and Situational Influences

It was found that there was a significantly positive relationship between inter personal influences and health promoting behavior of public health personnel. For the situational influence factors it was found that: 1) workplace environment was found to have significantly positive relationship with health promoting behavior and 2) home environment had significantly negative relationship with health promoting behavior of public health personnel.

DISCUSSION

The discussion was divided into 2 Parts:

Part 1 : Discussion about Research Methodology

Part 2 : Discussion about the Research Results

Part 1 : Discussion about Research Methodology

1. Research Design

This study was a cross-sectional survey research which was an appropriate research design because a survey research is a research that aims to study and to collect general data in order to assess the present situation during a specific period of time. Thus, this research design used could serve the research objectives completely.

2. Sample

Stratified random sampling was used to select the sample who were the population's representatives.

3. Research Methodology

The questionnaire used was developed by the researcher in accordance with the research conceptual framework and research objectives. The first

draft of the questionnaire was checked by the thesis advisors for the correct use and the understandability of the language and content validity. The revision of the questionnaire was then followed before having it pretested with 35 public health personnel whose characteristics were similar to of the studied sample. The returned questionnaires were analyzed and the reliability was analyzed by using Cronbach's Alpha Coefficient. The results of the reliability analysis were presented as followed:

- The reliability value of Part 2: Perceived Benefits of Performing Health Promoting Behavior was found to be 0.923.
- The reliability value of Part 3: Perceived Obstacles of Performing Health Promoting Behavior was found to be 0.733.
- The reliability value of Part 4: Perceived Self-Efficacy to Perform Health Promoting Behavior was found to be 0.808.

The reliability value of each part presented was high which showed that the quality of the questionnaire used was quite high. The distribution and collection of the questionnaire by the researcher herself helped increasing the efficiency and reliability of the data collection.

Part 2 : Discussion about the Research Results

1. Data about Health Promoting Behavior
2. Discussion Made in Accordance with the Research Hypotheses

Food consumption Behavior

The results of this study showed that the high percentage of public health personnel had practiced low level of food consumption (82.3%) and one specific behavior that was found to affect the low level of food consumption behaviors of the respondents was drinking tea-coffee 5-7 days/week (33.0%). This finding should be due to the fact that these containing caffeine drinking beverages made the drinkers feel fresh and active. Most people drink tea/coffee for breakfast before going to work and the public health personnel, particularly physicians and nurses, who worked in the night shift so they may drink caffeine beverages in order to make them feel awake. These people may be addicted to tea/coffee drinking. The second behavior that affected the low level of food consumption behavior was the

consumption of red pork-meat, chicken and duck (with skin); some fermented/preserved meats, for example, Nam, Gunching, sausages; high-calorie fruits, for example, durian, longan, ripe mango, lichi, longkong, adding sugar in foods; candy, chocolate, chewing gum, donut, pie; foods prepared with coconut milk, for example, green curry, tapo soup; soda and sweetened beverages. The respondents indicated that they consume these already mentioned foods 3-4 days a week. This situation may be due to the fact that the high percentage of the respondents were in the working-age group so they need the foods contain high-caloric and these high-calorie foods were available in every where that the respondents can buy them easily. But for the healthy foods, for example, vegetables and fruits contain low calorie, milk, it was found that the respondents consumed these foods at a low level. This situation may be due to the inconvenience for them to buy these foods and the allergy of drinking milk or may be due to the lack of motivation/persuasion about the benefits of consuming health promoting foods (Table 15) and the lowest level of perceived self-efficacy to consume health promoting foods (See Table 9).

Physical Exercise Behavior

It was found that 46.3 percent of the public health personnel practiced physical exercise at the low level which 43.3 percent practiced at the moderate level and 10.4 percent practiced at the high level (Table 16). This finding was agreed with the study of Sukunya Phathaisopone (1994: 113) which was found that public health personnel in Uthaitance Province practiced physical exercise at the lowest level. Regarding the frequency of practicing physical exercise, it was found that 52.6 percent practiced physical exercise 2-3 days/week while 19.8 percent practiced everyday. There were 35.8 percent of the public health personnel practiced physical exercise for 30 minutes/time. In regard to the type of physical exercise practiced, it was found that 30.3 percent used walking briskly and 24.8 percent used jogging. The reason that most of the respondents gave for being sedentary was “did not have time” (42.7%). This finding may be due to the fact that the working-time of the public health personnel was not fixed especially the physicians who may be 24-hour on-call and the nurses who work for 8 hours in each shift: morning, afternoon, and night shift. Therefore, they did not get the certain time to practice physical exercise especially

those who worked in the afternoon shift (15.00-23.00 hours) and the night shift (23.00-7.00 hours). Since these personnel have to work in the non-ordinary time so their body has to face with changes all the time. Besides, their working-shifts have been rotated many times so they have to always adjust themselves and their resting circle has been disturbed. Therefore, they always feel tired and need rest after work, especially those who worked at the night shift. Besides, these personnel still have housekeeping responsibility as well as other responsibilities as being wives and mothers of their children, therefore, they were interested in keeping their responsibilities rather than taking physical exercise. The other reason for not practicing physical exercise was “did not have physical exercise/sports equipment” (Table 17).

Non-Smoking Behavior

The high percentage of the public health personnel did not smoke (96.8%) while 3.2 percent smoked. This finding may be due to the findings that: 82.0 percent had high level of perceived benefits of being non-cigarette smokers; 0.5 percent had the lowest level of perceived obstacle of not smoking; and 77.2 percent had the lowest level of perceived self-efficacy of being non-cigarette smokers. These findings have affected on the non-smoking behaviors of the sampled public health personnel. Another reason for having non-smoking behaviors may be due to the fact that these medical public health personnel may have seen the cancer patients who smoked or they may want to be the good role models for the people who came to get medical services. It was also found that 7.7 percent, which was the lowest percentage, smoked more than 20 cigarette a day. Other findings that may affect the highest number of non-smokers were: the public health personnel were working in the government workplace where smoking was inhibited therefore, they did not want to break the rule by smoking or being addicted with smoking, and it should be noted that 70.2 percent of the respondents were females.

Non-Alcoholic Drinking Behavior

The study result showed that 85.3 percent of the sampled public health personnel consumed alcoholic beverage while 12.3 percent did not, comparing to 2.4 percent who have ever consumed but at present they quitted. Regarding the frequency of drinking it was found that most of them consumed once in every 2-6 days (51.0%),

20.4 percent consumed once in every >7 days, and 18.4 percent consumed once a week. This finding may be due to the fact that 38.0 percent of the respondents had a high level of perceived benefits of not consuming alcoholic beverage and the highest percent of the respondents had high level of perceived self-efficacy of not consuming alcoholic beverage (39.5%). Another reasons for the high percentage of the public health personnel who did not smoke should be: the need to be the good role models for the patients who came to get medical services; the exposure to the patients whose illness caused by drinking alcoholic beverage; all government workplaces were the drinking free workplaces; and most of the sampled respondents were females (70.2%).

Stress Management Behavior

It was found that 59.0 percent of the public health personnel mentioned that they had stress once in a while, 38.5 percent had stress while 2.5 percent did not have. In regard to the technique used for managing their stress, it was found that 27.4 percent used the technique of “talking or consulting with a close friend/person” and 24.0 percent used “listening to the music”. This finding may be due to the findings that: 39.8 percent of the public health personnel had a high level of perceived obstacles of performing stress management behavior, for example, making a balance between work and rest: the public health personnel were responsible for taking emergency care of patients whereby they may be on-call for 24 hours; and their work always relates with the illness environment of patients. These situations developed a lot of stress within the public health personnel along with no-definite time for practicing physical exercise which is one of the best techniques for stress management, including did not have certain time for relaxation with family members.

Annual Physical Check-up Behavior

The study showed that for the previous year most of the public health personnel had physical check-up (93.5%) while 6.5 percent did not. In regard to the place that they had their annual physical check-up, it was found that the highest percentage (50.2%) of the group went to community hospital and the second group (27.5%) went to get the service at the provincial hospital. This finding may be due to 66.8 percent had high level of perceived benefits of taking annual physical check-up

45.5 percent had the lowest level of perceived obstacles of taking annual physical check-up, and 53.2 percent had the high level of perceived self-efficacy in taking annual physical check-up. Another reasons that supported this research finding included the policy of the organizations to have personnel take annual physical check-up; and the convenience for public health personnel to get physical check-up since they were working with the organizations responsible for providing physical check-up services as it was evidenced that community hospital was the place that 50.2 percent of the public health personnel received physical check-up service and 27.5 percent went to get the service from the provincial hospital.

The discussion about the data analysis in accordance with the research hypotheses was presented as follows:

Hypothesis 1: Modifying factors which include sex, age, marital status, official status, professional group, body mass index related significantly with health promoting behavior of public health personnel in Kanchanaburi Province. The results of the study were:

1.1 Sex. No significant relationship was found between sex and health promoting behavior of public health personnel. This finding did not support Hypothesis 1 and was contradictory with the concept developed by Orem (1985: 218-220) that sex is the determinant of roles and personality in family, community, and society. However, this research finding was congruent with the study of Putrida Egbunnasingha (2007: 139) which was found that sex did not relate to health promoting behavior of personnel of Thai Royal Army in a quality of life development program.

1.2 Age. No significant relationship was found between age and health promoting behavior of public health personnel. This finding did not support Hypothesis 1 and was contradictory with the concept developed by Orem (1991: 238-241) that age can influence in determining people's self-care ability and this ability will be increased in accordance with age while the peak will be found in adult-age and may be decreased during old age. However, this research finding was agreed with the study by Sukunya Phathaisopone (1997: 141) which was found that there was no relationship between age and health promoting behaviors of public health personnel in

Uthaithanee Province. But this finding contradicted with the study carried out by Darin Rouchai (2007: 99) which was found that age related significantly with food consumption behavior for promoting health of professional nurses in the hospitals under the Ministry of Defense in Bangkok Metropolis.

1.3 Official Status. It was found that there was no significant relationship between official status and health promoting behavior of public health personnel. This finding did not support Hypothesis 1 but it was congruent with the study of putrida Egbunnasingha (2007: 139) which was found that official position in the Thai Royal Army did not relate with health promoting behavior of the personnel in the Thai Royal Army in a quality of life development program.

1.4 Professional Group. No significant relationship was found between professional group and health promoting behavior of public health personnel and this finding did not support Hypothesis 1. This finding was contradict with the study carried out by Sukunya Phathaisopone (1997: 142) which was found that there was no significant relationship between professional group and health promoting behaviors of public health personnel in Uthaithanee Province.

1.5 Body Mass Index. Significant relationship was found between body mass index and health promoting behavior of public health personnel and this finding supported Hypothesis 1. This study was also congruent with the study carried out by Sukunya Phaithaisopone (1997: 142) which was found that body mass index related significantly with health promoting behavior of public health personnel in Uthaithanee Province.

Hypothesis 2: cognitive-perceptual factors which include perceived benefits of performing behaviors, perceived obstacles of performing behaviors, and perceived self-efficacy related significantly with health promoting behaviors of public health personnel in Kanchanaburi Province.

The research findings were as follows:

2.1 Perceived Benefits of Performing Health Promoting Behaviors. Significant relationship was found between perceived benefits of performing 6 aspects of health promoting behaviors measured. This finding was

congruent with the study of Sukunya Phathaisopone (1997: a-6) which was found that there was a relationship between perceived benefits of performing behaviors and health promoting behaviors of public health personnel in Uthaithanee Province. Another study that found to be support this finding was a study of Prasit Klaharn (1998: d) which was found that perceived benefits of performing behaviors and health promoting behaviors of public health personnel in Supunburi Province as well as the study by Patarajit Nilrach (2003: 3) who found that perceived benefits of performing behaviors related significantly with health promoting behaviors of female professional nurses in Songkhla Province.

2.2 Perceived Obstacles of Performing Health Promoting Behaviors. It was found that perceived obstacles of performing health promoting behaviors related significantly with 6 aspects of health promoting behaviors measured. This finding was congruent with the study of Sukunya Phathaisopone (1997: d) which was found that there was a significant relationship between perceived obstacles of performing behaviors and health promoting behaviors of public health personnel in Uthaithanee Province as well as the study carried out by Patarajit Nilrach (2003: 3) which was found that perceived obstacles of performing behaviors related significantly with health promoting behaviors of female professional nurses in Songkhla Province.

2.3 Perceived Self-Efficacy to Perform Health Promoting Behaviors. Significant relationship was found between perceived self-efficacy to perform health promoting behaviors and all 6 aspects of health promoting behaviors of public health personnel. This finding supported Hypothesis 2 and the study of Sukunya Phathaisopone (1997: d) which was found that perceived self-efficacy to perform health promoting behaviors related significantly with health promoting behaviors of public health personnel in Uthaithanee Province.

Hypothesis 3: Interpersonal influences and situation influences related significantly with health promoting behavior of public health personnel in Kanchanaburi Province.

It was found that:

Interpersonal influences was found to be related significantly with all 6 aspects of health promoting behaviors and situation influences which included workplace environment and home environment was also found to be related with all 6 aspects of health promoting behaviors of the respondents. This finding was congruent with the study of Patarajit Nilrach (1997: 3) which was found that interpersonal influences and situation influences related significantly with health promoting behaviors of female professional nurses in Songkhla Province.

RECOMMENDATIONS FROM THE FINDINGS FOR DEVELOPMENT

The organizations that are responsible for public health personnel should organize health promoting activities for public health personnel, as follows:

1. Developing awareness and promoting public health personnel to lower, skip, and quit consuming tea, coffee, and foods containing high fat, for example, red meat of pork and beef; and fruits containing high calorie. Health Food Festival, for example, may be organized in the workplaces once a month.

2. The activities for promoting physical exercise among public health personnel should be organized by providing sports equipments and establishing physical exercise clubs in the workplaces because it was found that most of public health personnel did not practice physical exercise with the reasons that they did not have time neither sports equipments were not available. Besides, the activities aiming to disseminate up-to-date knowledge and information regarding physical exercise should be implemented because most of the public health personnel did not have time to practice proper physical exercise regularly. Educational programs or campaign activities should be implemented for helping public health personnel be aware and be interested in practicing physical exercise, for example, aerobic dance during 16.00-17.00 hours everyday, rooms and equipments for physical exercise available during 15.00-20.00 hours everyday, posting pictures and posters in the workplace regarding simple physical exercise that can be done easily during working, stretching muscles of arms and legs, neck muscle exercise, and waist exercise, physical fitness measurement

should be organized for the personnel, etc. As it was found that most of the sampled respondents practiced improper physical exercise, thus, besides organizing campaigns to persuade the public health personnel practice physical exercise, knowledge regarding appropriate practices during performing physical exercise should also be disseminated. It was found that most of the public health personnel had a high level of perceived benefits of practicing physical exercise (Table 5), therefore, the activity plans for developing the predisposing factors in regard to attitude toward physical exercise and perceived benefits of physical exercise should be established relevantly with the health promoting policy.

3. Public health personnel should be promoted to quit alcohol drinking and smoking by modifying attitudes forward alcohol drinking and cigarette smoking by starting with the superiors in order to be the good examples for their subordinates as well as the public health personnel

4. Public health personnel should be promoted to have recreation activities in order to relax from stress. Some relaxation activities should be implemented in workplaces in order to release workers' stress due to hard work. Stress release clinics, counseling services for both work and personal problems should be established as well as the training program for developing specific skills, for example, meditative relaxation, muscle relaxation, yoga, etc. In each organization, special programmes/ activities should be established for personnel to travel or visit other provinces at least 2 times a year. The administrators should modify working schedules of public health personnel to get adequate leave-days for rest and exercise.

RECOMMENDATIONS FOR FURTHERING RESEARCHES

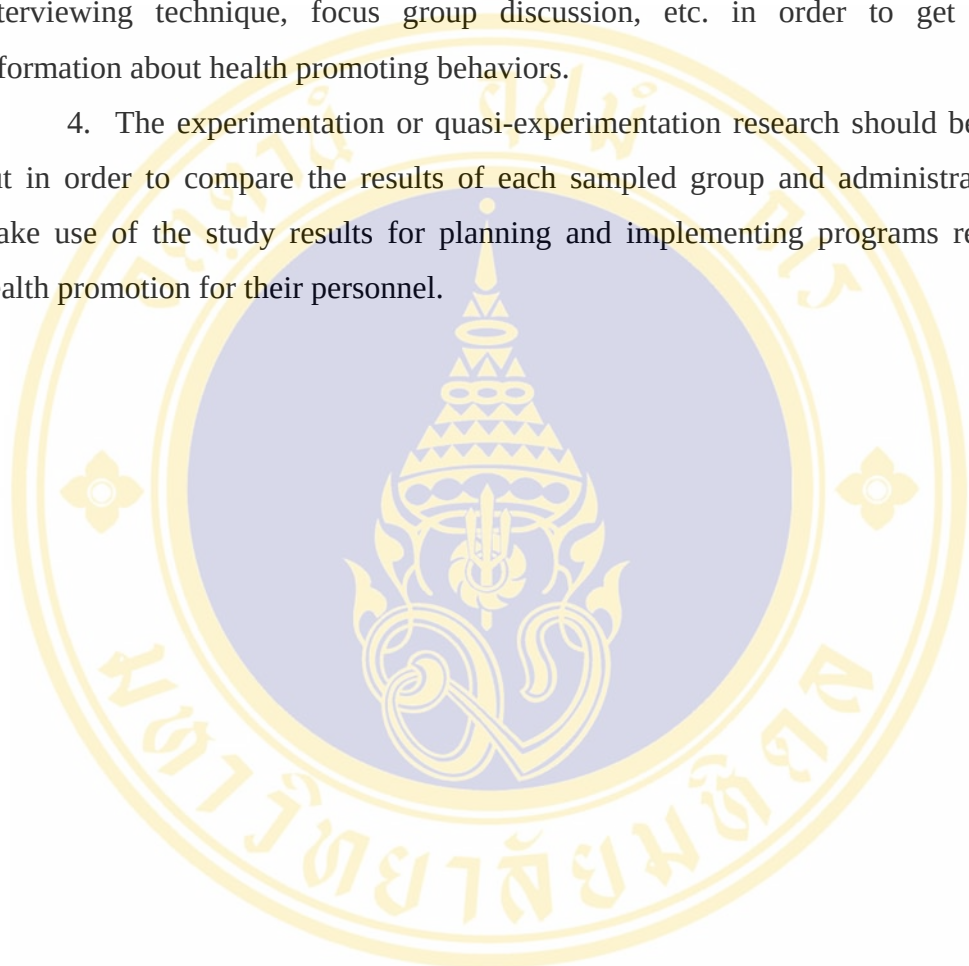
1. The study about health promoting behaviors of public health personnel should be done of public health personnel should be done by applying other theories, for example, PRECEDE-PROCEED FRAMEWORK, to develop research conceptual framework in order to additional data to explain health promoting behaviors of public health personnel, besides the variables studied.

2. The study of the effective model for developing health promoting behaviors of public health personnel should be carried out, especially the behaviors

regarding food consumption, physical exercise, stress management, which may be done by studying additional variables in regard to cognitive-perceptual factors and activity-related affect.

3. The next study should be done by collecting qualitative data by employing interviewing technique, focus group discussion, etc. in order to get detailed information about health promoting behaviors.

4. The experimentation or quasi-experimentation research should be carried out in order to compare the results of each sampled group and administrators can make use of the study results for planning and implementing programs related to health promotion for their personnel.



บรรณานุกรม

- กองสุศึกษา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
- กองบรรณาธิการ ไกล่หมอ. (2549). วรายัยคอเลสเตอรอล 1 ต้นเหตุของโรคร้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). วรายัยคอเลสเตอรอล 2 ต้นเหตุของโรคร้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). รู้ทันเบาหวาน 1 โรคเบาหวานและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). รู้ทันเบาหวาน 2 เอาชนะโรคแทรกซ้อน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). รู้ทันเบาหวาน 3 โภชนาการต้านเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). คู่มือเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549) ลดความดัน 1 รู้ทันความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549) ลดความดัน 2 อยู่อย่างไรไม่ให้ความดันสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). รักษัหัวใจ 1 สารพันโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). รักษัหัวใจ 2 108 วิธีดูแลหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2549). รักษัหัวใจ 3 ยา การรักษา และวิทยาการใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- กองบรรณาธิการไกล่หมอ. (2550). เสี่ยงอัมพฤกษ์อัมพาตจากหลอดเลือดสมองแตก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.

กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โกสินทร์ แจ่มเพ็ชรรัตน์. (2548). ปฏิบัติการแปลงโนม กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับบลิชซิ่ง จำกัด (มหาชน).

เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.

ณัฐ ภูมิประวดี และคณะ. (2547). แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

คารินทร์ ฤาชัย. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงใจ รัตนชัยญา. (2545). สุขภาพ: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1): โรงพิมพ์ไทยรายวัน.

ทศพร พรหมา. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ธวัชชัย วรพงษ์สร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน).

ประกายรัตน์ สุวรรณ. (2548). คู่มือการใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 12 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน).

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2540). การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แม่บ้านและคนงานในโรงงาน. รายงานการวิจัย ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประสิทธิ์ กล้าหาญ. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภัทรจิตร นิกรราช .(2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรดา เอกบรรณสิงห์. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลกองทัพบกตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรวดี กุศลกุล.(2549).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช .(2550). กินอย่างไร ไม่อ้วน ไม่มีโรค กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สุกัญญา ไพบูลย์. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิรัตน์ นิเมเพ็ชร .(2546). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรไท แดงชาติ.(2548).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา),บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2551) .การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย: กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- Ahijevych K. Bevnadv,L. (1994). Health Promoting Behaviors of African American Women. Nursing Research, 43, 86-89.
- 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.
- Harris. D. M. and Guten, (1979). S. “Health Protective Behavior: An Exploratory study”. Journal of Health Social Behavior: 6.

Lusk, S. L., Kerv, M.J., and Ronis, D.L.” Health – Promoting Lifestyles of Blue – Collar Skill Trade, and White – collar Worker” Nursing Research, 44, (1995), 20 – 24.

Macharie, D. (1978). Medical Sociology. 2 nd. Ed. New York:Free Press.

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.

Orem, Dorothea E. (1991). Nursing Concepts of Practice. 4th ed. New York: Louis Mosby Year Book Co.

Pender, Nola J. (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed.Norwalk: Appleton and Lang.

Walker, et al. (1990). ”A Spanish Language Version of Health-Promoting Lifestyles Profile”. Nursing Research. (39): 99-104.



ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงในปัจจุบันหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส
() โสด () คู่ () ม้าย
() หย่า / แยกกันอยู่
4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุด
() ประกาศนียบัตร () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () ปริญญาโท
() สูงกว่าปริญญาโท () อื่นๆ.....
5. นำหนักตัว.....(กก.) ส่วนสูง.....(ซม.)
6. สถานภาพการรับราชการ
() ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ
() ลูกจ้างชั่วคราว () อื่นๆ.....
7. กลุ่มวิชาชีพ
() แพทย์ () ทันตแพทย์
() เภสัชกร () พยาบาลเทคนิค
() พยาบาลวิชาชีพ () นักวิชาการสาธารณสุข
() เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข
() เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

- () เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
() อื่นๆ คือ.....

8. สถานที่ทำงาน

- () โรงพยาบาลทั่วไป () โรงพยาบาลชุมชน
() สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด () สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
() สถานีอนามัย () อื่นๆ คือ.....

9. ท่านมีโรคประจำตัว

- () ไม่มี () มี ระบุโรคที่เป็น.....

10. ระยะเวลาการทำงาน

- () น้อยกว่า 1 ปี () 1 – 5 ปี
() 6 – 10 ปี () 11 – 15 ปี
() 16 – 20 ปี () 21 – 24 ปี
() 25 – 30 ปี () 30 ปีขึ้นไป

11. ท่านตรวจร่างกายประจำปีบ่อยครั้งเท่าใด

- () ไม่เคยตรวจ
() ตรวจไม่ทุกปี ครั้งสุดท้ายเมื่อ เดือน ปี พ.ศ.
() ตรวจทุกปี ครั้งสุดท้ายเมื่อ เดือน ปี พ.ศ.

ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับความเชื่อของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์มากที่สุด
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์น้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์น้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นประจำทุกวัน					
2.	รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน					
3.	รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน					
4.	รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย					
5.	ออกกำลังกายให้เหงื่อออกทุกครั้ง					
6.	ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที					
7.	ออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินหลังรับประทานอาหาร, ใช้บันไดแทนการใช้ลิฟท์					
8.	ไม่สูบบุหรี่					
9.	ปรึกษาคูสมรส หรือญาติพี่น้อง เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10.	ปรึกษาเพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
11.	ปรึกษาหัวหน้างานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
12.	พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน					
13.	ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
14.	ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน					
15.	ไม่ดื่มสุรา					
16.	ปฏิเสธไม่ดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน					
17.	ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อมีผู้อื่นชักชวน					

ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับความเชื่อของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าไม่มีความสะดวก หรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าไม่มีความสะดวก หรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่าไม่มีความสะดวก หรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่ามีความสะดวก หรือมีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความเชื่อว่ามีความสะดวก หรือมีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นประจำทุกวัน					
2.	รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน					
3.	รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน					
4.	รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย					
5.	ออกกำลังกายให้เหงื่อออกทุกครั้ง					
6.	ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที					
7.	ออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินหลังรับประทานอาหาร, ใช้นันไคแท่นการใช้ลิฟท์					
8.	ไม่สูบบุหรี่					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9.	ปรึกษาผู้สมรส หรือญาติพี่น้อง เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
10.	ปรึกษาเพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
11.	ปรึกษาหัวหน้างานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
12.	พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน					
13.	ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
14.	ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน					
15.	ไม่ดื่มสุรา					
16.	ปฏิเสธไม่ดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน					
17.	ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อมีผู้อื่นชักชวน					

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ท้ายข้อความที่ท่านต้องการ โดยกำหนดความหมายแต่ละข้อดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มีความมั่นใจ ความมุ่งมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ
มาก	หมายถึง	มีความมั่นใจ ความมุ่งมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เป็นประจำ
ปานกลาง	หมายถึง	มีความมั่นใจ ความมุ่งมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีความมั่นใจ ความมุ่งมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้น้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความมั่นใจ ความมุ่งมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้น้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความมั่นใจ/ความมุ่งมั่นที่คิดว่าตนเองจะทำได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำทุกวัน					
2.	รับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อเป็นประจำทุกวัน					
3.	รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน					
4.	รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย					
5.	ออกกำลังกายให้เหงื่อออกทุกครั้ง					
6.	ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที					
7.	ออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินหลังรับประทานอาหารเช้า, ใช้น้ำฉีดแทนการใช้ลิฟท์					
8.	ไม่สูบบุหรี่					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความมั่นใจ/ความมุ่งมั่นที่คิดว่า ตนเองจะทำได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9.	ปรึกษาคู่สมรส หรือญาติพี่น้อง เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
10.	ปรึกษาเพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
11.	ปรึกษาหัวหน้างานเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
12.	พักผ่อนให้สมดุลกับการทำงาน					
13.	ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
14.	ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน					
15.	ไม่ดื่มสุรา					
16.	ปฏิเสธไม่ดื่มสุราเมื่อผู้อื่นชักชวน					
17.	ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อมีผู้อื่นชักชวน					

ส่วนที่ 5 อิทธิพลของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยที่สุด

ลำดับ	ท่านคิดว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การรับประทานอาหารส่งเสริมสุขภาพจาก 1.1 สามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส) 1.2 สมาชิกในครอบครัว 1.3 เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน 1.4 หัวหน้างาน					
2.	การงดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จาก 2.1 สามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส) 2.2 สมาชิกในครอบครัว 2.3 เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน 2.4 หัวหน้างาน					
3.	การงดหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่จาก 3.1 สามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส)					

ลำดับ	ท่านคิดว่าบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	3.2 สมาชิกในครอบครัว 3.3 เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน 3.4 หัวหน้างาน					
4.	การออกกำลังกายจาก 4.1 สามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส) 4.2 สมาชิกในครอบครัว 4.3 เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน 4.4 หัวหน้างาน					
5.	การตรวจสุขภาพประจำปีจาก 5.1 สามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส) 5.2 สมาชิกในครอบครัว 5.3 เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน 5.4 หัวหน้างาน					
6.	การผ่อนคลายความเครียดจาก 6.1 สามีหรือภรรยา (เฉพาะผู้สมรส) 6.2 สมาชิกในครอบครัว 6.3 เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน 6.4 หัวหน้างาน					

ส่วนที่ 6 อิทธิพลจากสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง

1. ที่ทำงานของท่านมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่

สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน	มี	ไม่มี
1.1 มีอาหารไขมันต่ำจำหน่าย		
1.2 มีผลไม้จำหน่าย		
1.3 มีอาหารสุขภาพจำหน่าย		
1.4 มีอาหารมังสวิรัตจำหน่าย		
1.5 มีน้ำดื่มสมุนไพรจำหน่าย		
1.6 มีน้ำผลไม้คั้นจำหน่าย		
1.7 มีนมสดจำหน่าย		
1.8 มีนโยบายให้บุคลากรออกกำลังกาย		
1.9 มีสถานที่ให้ออกกำลังกาย		
1.10 จัดสถานที่ออกกำลังกาย		
1.11 จัดอุปกรณ์กีฬาหลากหลายชนิด		
1.12 จัดที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะและไม่รบกวนผู้อื่น		
1.13 มีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน		
1.14 มีโครงการเลิกบุหรี่		
1.15 มีนโยบายให้บุคลากรได้ผ่อนคลายความเครียด เช่น นโยบาย นันทนาการ ชมรมธรรมะ		
1.16 จัดให้มีการฝึกสมาธิ		
1.17 จัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในช่วงเวลาพัก เช่น สวนหย่อม ห้องนั่งเล่น		
1.18 มีนโยบายให้บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี		
1.19 จัดให้มีการบริการตรวจร่างกายโดยแพทย์ปีละ 1 ครั้ง		
1.20 มีกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรได้มีกิจกรรมนันทนาการ เล่นกีฬา		
1.21 จัดงานแข่งขันกีฬาในหน่วยงานทุกปี		
1.22 มีนโยบายห้ามดื่มสุราในที่ทำงาน		
1.23 มีนโยบายห้ามนำเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยงสังสรรค์ของ หน่วยงาน		

2. ที่บ้านของท่านมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่

สภาพแวดล้อมที่บ้าน	มี	ไม่มี
2.1 ปรงอาหารที่มีไขมันต่ำรับประทาน		
2.2 จัดให้มีผักผลไม้เป็นส่วนประกอบในอาหารทุกมื้อ		
2.3 ปรงอาหารที่มีแคลเซียมสูงรับประทาน		
2.4 มีผลิตภัณฑ์นมไว้ประจำบ้าน		
2.5 มีอุปกรณ์กีฬาให้ท่านได้ออกกำลังกาย		
2.6 มีสถานที่ออกกำลังกาย		
2.7 มีสถานที่เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ห้องธรรมะ เพื่อสวดมนต์ / นั่งสมาธิ		
2.8 มีสถานที่เพื่อพักผ่อนจิตใจ เช่น ห้องคาราโอเกะ, ห้องดูทีวี		
2.9 มีบรรยากาศสงบเหมาะแก่การพักผ่อน		
2.10 มีสัมพันธภาพระหว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี		
2.11 สมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่		
2.12 สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนให้สูบบุหรี่		
2.13 สมาชิกในครอบครัวไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
2.14 สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
2.15 สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ตรวจสุขภาพประจำปี		
2.16 สมาชิกในครอบครัวรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่ตลอด		
2.17 สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้สวดมนต์/เข้าวัด ฟังธรรม		
2.18 สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้มีกิจกรรมร่วมกัน		
2.19 สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ		
2.20 สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน		

ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภค

คำชี้แจง ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารต่อไปนี้หรือรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของอาหารในหมู่ต่างๆ ต่อไปนี้ โดยเฉลี่ยประมาณกี่วันต่อสัปดาห์ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติตามความเป็นจริง

ประเภทอาหาร	ความถี่ในการรับประทาน (วัน/สัปดาห์)			
	ไม่รับประทานเลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
นมและผลิตภัณฑ์				
1. นมสดจืด				
2. นมรสอื่นๆ เช่น รสหวาน รสช็อคโกแลต				
3. นมพร่องมันเนย				
4. นมข้นหวาน				
5. นมเปรี้ยว ยาคูลท์ โยเกิร์ต				
6. ไอศกรีม				
7. ชีส				
เนื้อสัตว์ เนื้อปลา และผลิตภัณฑ์				
8. เนื้อหมู เนื้อวัว (ติดมัน)				
9. เนื้อหมู เนื้อวัว (ไม่ติดมัน)				
10. เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ติดหนัง)				
11. เนื้อไก่ เนื้อเป็ด (ไม่ติดหนัง)				
12. ปลา				
13. กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก				
14. แหนม กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ				
15. เครื่องในสัตว์				
ผลไม้				
16. ผลไม้ประเภทให้พลังงานสูง เช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลองกอง สับปะรด เป็นต้น				
17. ผลไม้ประเภทให้พลังงานต่ำ เช่น ฝรั่ง แคนตาลูป ชมพู่ มะละกอ แตงโม แอปเปิ้ล เป็นต้น				

ประเภทอาหาร	ความถี่ในการรับประทาน (วัน/สัปดาห์)			
	ไม่รับประทานเลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
ผัก				
18. ผักสีเขียว เช่น ผักคะน้า ผักปวยเล้ง ผักบุ้ง ตำลึง				
19. ผักสีขาว สีน้ำตาล เช่น หัวไชเท้า กะหล่ำปลี กระชาย จิง ข่า มะเขือเปราะ กระเทียม หัวหอมใหญ่				
20. ผักสีส้ม สีเหลือง เช่น แครอท ฟักทอง				
21. ผักสีม่วง เช่น กะหล่ำปลีม่วง หอมแดง เผือก มันสีม่วง				
22. ผักสีแดง เช่น มะเขือเทศ พริกชี้ฟ้าแดง				
น้ำตาล ขนมหวาน ขนมหวานเคี้ยว				
23. น้ำตาล (เดิมในอาหารไม่รวมในขนม)				
24. ลูกอม ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง				
25. ขนมกรุบกรอบ ขนมถุง เช่น เลย์ ก๊อบกอบ โปเตโต้ คุกกี้ คอร์นพัพฟ์ ตะวัน เป็นต้น				
26. ขนมหวานไทยใส่กะทิ เช่น กะลวยบัวควี บัวลอย กรองแครง เป็นต้น				
27. ขนมหวานไทยไม่ใส่กะทิ เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด เป็นต้น				
28. ขนมอบ เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย				
ไขมัน น้ำมัน และกะทิ				
29. เนย				
30. มาการีน (เนยเทียม)				
31. น้ำมันพืชปรุงอาหาร				
32. น้ำมันหมูปรุงอาหาร				
33. กะทิ (ในอาหารคาว) เช่น แกงเขียวหวาน แกงไก่ แกงเทโพ มัสมั่น เป็นต้น				
เครื่องดื่ม				
34. น้ำอัดลม				

ประเภทอาหาร	ความถี่ในการรับประทาน (วัน/สัปดาห์)			
	ไม่รับประทานเลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
35. น้ำหวานต่างๆ				
36. ชา กาแฟ ชาเขียว				
37. โกโก้ ไมโล โอวัลติน				
38. น้ำผลไม้ 40%				
39. น้ำผลไม้ 100%				

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1) ท่านมีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือกีฬาที่เล่นเป็นประจำหรือไม่

() ไม่มี (ถ้าไม่มีตอบข้อ 1.1) () มี (ถ้ามีตอบข้อ 1.2 – 1.6)

1.1 เหตุผลที่ท่านไม่ออกกำลังกาย (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เรียงลำดับ 1-3 ไว้หน้าข้อ)

() ไม่มีเวลา () ไม่มีสถานที่
() ไม่มีเพื่อน () ไม่มีอุปกรณ์กีฬา
() สุขภาพไม่เอื้ออำนวย () อื่นๆ ระบุ.....

1.2 ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกายหรือกีฬาที่ท่านเล่นเป็นประจำคือ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เรียงลำดับ 1-3 ไว้หน้าข้อ)

() ฟุตบอล () ตะกร้อ () วิ่งจักกิ้ง
() แอโรบิก () แบดมินตัน () บาสเกตบอล
() เดินเร็ว () วายน้ำ () โยคะ
() อื่นๆ ระบุ.....

1.3 ท่านออกกำลังกายตามข้อ 1.2 มานานเท่าใดแล้ว

() น้อยกว่า 1 ปี () 1 – 5 ปี
() 6 – 10 ปี () มากกว่า 10 ปี

1.4 ท่านออกกำลังกายตามข้อ 1.2 อย่างไร

() ทุกวัน () 2 – 3 วัน/ครั้ง () สัปดาห์ละครั้ง
() เดือนละ 2-3 ครั้ง () เดือนละครั้ง () อื่นๆ ระบุ.....

1.5 แต่ละครั้งที่ออกกำลังกายมีเหงื่อออกทุกครั้ง หรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยทุกครั้งหรือไม่

() ใช่

() ไม่ใช่

1.6 ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณเท่าใด

() น้อยกว่า 10 นาที/ครั้ง

() 10 – 20 นาที/ครั้ง

() 21 – 30 นาที/ครั้ง

() มากกว่า 30 นาที/ครั้ง

ส่วนที่ 9 พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่

1) ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

() ไม่สูบ

() สูบ วันละ.....มวน

2) ก่อนหน้านี้ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

() ไม่สูบ

() สูบวันละ.....มวน

3) ถ้าก่อนหน้านี้ท่านเคยสูบบุหรี่ ท่านหยุดสูบบุหรี่มานานเท่าใด ระบุ.....

4) เหตุผลที่ท่านหยุดสูบบุหรี่ ระบุ.....

ส่วนที่ 10 พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

1) ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

() ไม่ดื่ม

() ดื่ม วันละ.....

() เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว เลิกดื่มมานาน.....ปี

2) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มานาน.....ปี

3) ระยะเวลาในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

() ทุกวัน

() 2 – 6 วัน

() 7 วัน

() มากกว่า 7 วัน

() อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 11 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

1) ท่านมีความเครียดหรือไม่

() มี

() ไม่มี

() มี แต่นานๆ ครั้ง

() ไม่ทราบ

2) เมื่อท่านมีความเครียดท่านทำอย่างไรเพื่อผ่อนคลายความเครียด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เรียงลำดับ 1-3 ใ้หน้าข้อ)

() สวดมนต์

() พุดคุยหรือปรึกษากับผู้ใกล้ชิด

() เล่นกีฬา

() ฟังเพลง

() สงบสติอารมณ์อยู่คนเดียว

() อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 12 พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่

() ตรวจ

ถ้าเลขตอบข้อ 1.1 – 1.2

() ไม่ตรวจ ตอบข้อ 1.3 – 1.4

1.1 ถ้าเคยท่านได้ตรวจอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ตรวจความดันโลหิต ระบุค่า..... () เอกซเรย์ปอด

() ตรวจปัสสาวะ

() ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระบุค่า.....

() ตรวจระดับไขมันในเลือด ระบุค่า.....

() อื่นๆ ระบุ.....

1.2 ท่านไปรับบริการตรวจสุขภาพจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เรียงลำดับ 1-3 ใ้หน้าข้อ)

() โรงพยาบาลประจำจังหวัด

() โรงพยาบาลชุมชน

() สถานีอนามัย

() โรงพยาบาลเอกชน

() คลินิกเอกชน

() อื่นๆ ระบุ.....

1.3 ถ้าไม่ได้ตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ก่อนหน้านี้ท่านเคยตรวจสุขภาพหรือไม่

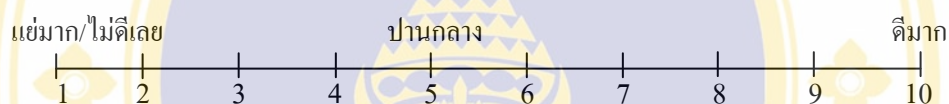
() ไม่เคย

() เคย

1.4 เหตุผลที่ท่านไม่ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เรียงลำดับ 1-3 ไว้หน้าข้อ)

- | | |
|---|---|
| ☐ ไม่มีเวลา | ☐ ไม่มีเงิน |
| ☐ ไม่เจ็บป่วยรุนแรง | ☐ โรงพยาบาลบริการไม่ดี |
| ☐ ระยะทางไกล | ☐ กลัวแพทย์/พยาบาล |
| ☐ คิดว่าสุขภาพแข็งแรงอยู่แล้ว | |
| ☐ กลัวว่าจะพบว่าเป็นโรคร้ายแรง | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

1.5 ท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับใด (ให้ทำเครื่องหมายวงกลมหน้าหมายเลขที่ตรงกับความคิดของท่าน)



ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ดิฉัน นางสาวพรรณ จินแพทย์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบแบบสอบถามนี้ โดยกรุณาตอบตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ เพราะข้อมูลที่ได้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผน จัดทำนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีสุขภาพอนามัยที่ดีต่อไป

การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ คำตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับโดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ต้องระบุชื่อของท่านลงไปในแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพรรณ จินแพทย์

นักศึกษาระดับปริญญาโท

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



COA. No. MU-IRB 2008/088.0909

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Health Promoting Behaviors of Public Health Personnel Kanchanaburi Province
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator, Miss Navaphan Jinaphat

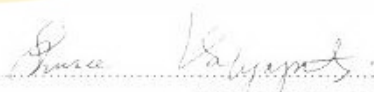
Name of Institution, Faculty of Public Health

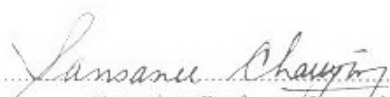
Approval includes, 1) MU-IRB Submission form version received date 30 July 2008
2) Participant Information sheet version date 8 September 2008

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval, 9 September 2008

Date of Expiration, 8 September 2009

Signature of Chairman, 
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute, 
(Associate Professor Samsanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttaamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนวพรรณ จินแพทย์
วัน เดือน ปี เกิด	8 เมษายน 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2536-2540 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2546-2551 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลศิริราช ตำแหน่ง: พยาบาลระดับ 6