

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้า
ในตลาดสด จังหวัดน่าน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้า
ในตลาดสด จังหวัดน่าน

ผู้จัดทำ
นางสาวบุญญาภา กันยะ

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ อารีเอื้อ,
Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์พรรณวดี พุทธวัฒน์,
วท.ค. (โภชนศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

M.D.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้า
ในตลาดสด จังหวัดน่าน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 8 เมษายน พ.ศ.2552

นางสาวบุญญาภา กันยะ
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์พรรณวดี พุฒวัฒนะ,
วท.ค. (โภชนศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปี้ยเชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์จริยวัตร คมพยัคฆ์,
ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ อารีเอื้อ
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มหาไสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ และรองศาสตราจารย์ ดร. พรรณวดี พุทธิวัฒนะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบข้อบกพร่อง ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาให้ความช่วยเหลือต่างๆ ด้วยความกรุณาและเสียสละเวลา มาตลอด พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียเชื้อ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ รณชัย คงสกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวรรณ สุวรรณรูป และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือวิจัย และกรุณาให้คำชี้แนะในการใช้เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว คุณอุดมลักษณ์ สุทธหลวง เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว ที่กรุณาเครื่องมือวิทยาศาสตร์ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่เทศบาลอำเภอปัว เจ้าหน้าที่เทศบาลอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่เทศบาลอำเภอเวียงสา เจ้าหน้าที่เทศบาลอำเภอท่าวังผา เจ้าหน้าที่เทศบาลอำเภอเชียงกลาง และเจ้าหน้าที่เทศบาลอำเภอทุ่งช้างที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น

ขอขอบพระคุณบิดามารดา ญาติ พี่น้อง และรองศาสตราจารย์ ประครอง อินทรสมบัติ ที่ให้ความหวังใจ ให้กำลังใจ และสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆด้านมาโดยตลอด และขอขอบคุณผู้ประกอบอาชีพสินค้าในตลาดสด เวลาเย็นในจังหวัดน่านทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ประกอบอาชีพค้าขายทุกท่าน

บุญญาภา กันยะ

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน
HEALTH STATUS AND HEALTH PROMOTING BEHAVIOR AMONG MARKET
MERCHANTS IN NAN PROVINCE

บุญญาภา กันยะ 4837038 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing), พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, วท.ด.
(โภชนศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเฟ็นเดอร์เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดตอนเย็น ในเขต 6 อำเภอ ของจังหวัดน่าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน อายุระหว่าง 15 – 60 ปี (ค่าเฉลี่ย = 41.04; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.16) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงในการทดสอบค่าที่ (Independent t-test) สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และ สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ต่ำเกินไปในระดับดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$) การศึกษาและระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = .26, p < .01$ และ $r = .27, p < .01$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$ และ $r = .23, p < .01$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการวางแผนจัดโปรแกรมสำหรับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขาย ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อันจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีเต็มศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ / พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ / ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

HEALTH STATUS AND HEALTH PROMOTING BEHAVIOR AMONG MARKET MERCHANTS IN NAN PROVINCE

BOONYAPA KANYA 4837038 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUPARB AREE-UE, Ph.D. (NURSING),
PANWADEE PUTWATANA, D.Sc. (NUTRITION)

ABSTRACT

The purpose of this survey research was to examine the health status and health promoting behavior of the market merchants in Nan province. Pender's health promotion model was used as a conceptual model in this study. The sample was comprised of evening market merchants living in 6 districts in Nan province. There were 142 participants between the ages of 15 to 60 years old (mean = 41.04; SD = 10.16). Data was collected by using self-reported questionnaires consisting of a personal data form, a 36-Items Short Form Health Survey: SF-36, and a Health Promoting Lifestyle Profile. Data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics including independent t-test, Pearson's Product moment correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that the health status of market merchants was lower than the healthy standard, while they frequently acted in a way that promoted healthy behavior. Health status and health promoting behavior were significantly associated in a positive fashion. In addition, education and the amount of work experience were significantly associated with health status in positive fashion. Also, education and work experience were significantly correlated to health promoting behavior. However, there were not significant differences in health status and health promoting behavior between men and women. In conclusion, findings from this study could be beneficial for nurses and multidisciplinary health teams to develop a plan for promoting healthy behavior among market merchants. This would help to decrease risk factors related to non contagious diseases and would promote health in general and the quality of life.

KEY WORDS: HEALTH STATUS / HEALTH PROMOTING BEHAVIOR /
MARKET MERCHANT

144 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมุติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	8
กรอบแนวคิดการวิจัย	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ภาวะสุขภาพ	12
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	18
การสุขภาพในตลาดสดและผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง	38
สถานที่ศึกษา	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	47
ภาวะสุขภาพ	53
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพ	55
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	56
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	57
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	58
บทที่ 5 การอภิปรายผล	60
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	65
ข้อจำกัดในการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้	68
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	69
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	92
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	125
ประวัติผู้วิจัย	144

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. แสดงจำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	48
2. แสดงจำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ	50
3. ค่าเฉลี่ยลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล	53
4. ภาวะสุขภาพรายด้านและโดยรวม	53
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง	54
6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนภาวะสุขภาพ โดยรวม	55
7. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวม	56
8. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและ เพศหญิง	57
9. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ	58
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะสุขภาพกับคะแนน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	59

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

หน้า

11, 74



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ให้ความหมายของ สุขภาพ ว่าหมายถึง สุขภาวะ หรือ ภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เพิ่มคำว่าสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เข้าไปด้วย ดังนั้นสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่เป็นสุข ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณโดยปราศจากโรค หรือความพิการซึ่งเป็นการรักษาเสถียรภาพ (stability) ภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความสุขอันสุดยอดของมนุษย์อันแสดงถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self - actualization) นอกจากนั้นในความหมายภาวะสุขภาพดังกล่าวองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับคนทั้งคนไม่ใช่แต่ละส่วน มองสุขภาพในบริบท (context) ของทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก “โดยสุขภาพเป็นผลงานของชีวิตที่สร้างสรรค์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม” (WHO, 1986 อ้างใน ประเวศ วะสี, 2541: 6-7)

จากความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความเป็นองค์รวมและลักษณะความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างสุขภาพภายใต้การปรับตัวให้เข้ากับบริบทสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ กับการดำรงชีวิตที่พอเพียงอย่างเป็นสุข ทำให้การสร้างสุขภาพดีและป้องกันปัญหาสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์และยั่งยืน และกลายเป็นนโยบายหลักของระบบบริการสุขภาพของแทบทุกประเทศทั่วโลกในปัจจุบัน รวมทั้งประเทศไทยด้วย เนื่องจากเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า การมุ่งบำบัดรักษาโรคเป็นหลักนั้นไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้บุคคลในชาติมีภาวะสุขภาพที่ดีได้เนื่องจากเป็นบริการสุขภาพเชิงรับ รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถจัดบริการสุขภาพในลักษณะดังกล่าวให้กับประชาชนได้ทั่วถึง นอกจากนั้นปัญหาสุขภาพของประชาชนบางส่วนมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมและวิถีทางดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งจากสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลภาวะต่อสุขภาพ (กัลยา กิจบุญชู, 2547) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถควบคุมและป้องกันได้หากบุคคลตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเปลี่ยนไปจากอดีต ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) ทั้งด้านเศรษฐกิจ สภาพสังคม สภาพแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังจะเห็นได้จากรายงานการเจ็บป่วยและสาเหตุการตายของประชากรไทยจากโรคไม่ติดเชื่อที่เกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป พบว่า สาเหตุการตายอันดับต้นๆของประชากรในประเทศไทย นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 – พ.ศ. 2546 คือ โรคมะเร็งซึ่งพบแนวโน้มสูงขึ้นจาก 55.6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2542 เพิ่มขึ้นเป็น 78.9 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 สาเหตุการเกิดโรค ส่วนหนึ่งเชื่อว่ามาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและมลภาวะต่างๆที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต และโรคในระบบไหลเวียนโลหิตซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากความเครียด ความวิตกกังวลจากปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และจากการสำรวจภาวะเจ็บป่วยของประชากรไทยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550 พบว่าโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดำรงชีวิตมีอัตราสูง คือโรคในระบบไหลเวียนโลหิต พบเป็นอันดับ 3 โดยมีประชากรที่เจ็บป่วยถึง 14,669,935 คน และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภค เมตาบอลิซึม พบเป็นอันดับ 6 โดยพบประชากรที่เจ็บป่วยถึง 10,823,975 คน (สำนักงานสถิติโรค, 2550)

นอกจากนี้พฤติกรรมบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาพบปัญหาโรคอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยภาวะอ้วนที่ก่อให้เกิดโรคมีอัตราเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2547 พบภาวะอ้วนลงพุงในเพศหญิง ร้อยละ 36 ส่วนเพศชายพบ ร้อยละ 15 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งโรคอ้วนมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ เฉื่อยชา ทำงานช้า ปวดกระดูก เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูงตามมา (สิริพันธ์ จุกรังคะ, 2545) ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมสะสมมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงแสดงอาการทางร่างกาย โดยมักพบในวัยแรงงานที่มีอายุ 15-59 ปี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศให้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชากรกลุ่มนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการหาเลี้ยงประชากรวัยทารก วัยเด็ก และวัยสูงอายุ แต่จากสถิติพบว่าประชากรวัยแรงงานมีอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคไม่ติดเชื่อสูงถึงร้อยละ 80 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (ภาสินี เข้มทอง, 2546) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความพิการและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่รายได้อาจลดลงและมีผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัวตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานไร้ฝีมือ แรงงานนอกระบบ แรงงานภาคการเกษตรและกลุ่มที่ประกอบอาชีพค้าขายที่ต้องทำงานหนัก

สุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรม เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงานและความพิการ ต้องเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน

โรคจากการประกอบอาชีพเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากสภาพงาน (working conditions) หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน (working environment) ของผู้ทำงานโดยมีสิ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตงานที่อาจคุกคามต่อภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยแสดงให้เห็นได้ทั้งชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง บางโรคอาจทำให้ผู้ประกอบอาชีพนั้นพิการ ทพพลภาพหรือตายได้ จากการศึกษาของสำนักงานประกันสังคมเรื่องการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในสถานประกอบการ (สำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2545) พบว่า ในปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้างสูงถึง 34.20 และ 29.20 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ ซึ่งสาเหตุอาจมาจากพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ ทองหล่อ เดชไชย (2542) พบว่า ผู้ประกอบอาชีพต่างๆที่มีการประกันตนในระบบสุขภาพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพน้อย แม้ผู้ประกอบอาชีพต่างๆหรือผู้ประกันตนเหล่านั้นจะประกอบอาชีพอยู่ในเมืองใหญ่ ซึ่งเป็นแหล่งรวมข้อมูลข่าวสารและมีระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย

ในขณะที่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายโดยเฉพาะการค้าขายสินค้าในตลาดสด เป็นกลุ่มคนที่ไม่อยู่ในขอบข่ายของการประกันสุขภาพในสถานประกอบการ การดูแลและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และความจำเป็นในการประกอบอาชีพในแต่ละวันอาจทำให้กลุ่มคนเหล่านี้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตเฉพาะซึ่งเป็นพฤติกรรมที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่มีคุณภาพและไม่ครบ 5 หมู่ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ ไม่ออกกำลังกายจากการจัดสรรเวลาไม่เหมาะสม เกิดความเครียดทำให้พึงการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพื่อลดความเครียด สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อสุขภาพระยะต่อมา เกิดโรคต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และปัญหาทางจิตสังคม (Walker & Townsend, 1999) ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจลดความรุนแรงลงได้ถ้าประชากรเหล่านั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าความเจ็บป่วยของประชาชนไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารน้อยหรือเป็นอันตราย ขาดวินัยหรือมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ (ชลดา คล้ายคลึง, 2545) นอกจากนี้พฤติกรรมที่ไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ มีรายงานเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจกรรมใช้แรงน้อยลง พึงพาความเจริญทางด้านเทคโนโลยีมากขึ้น ดังการศึกษาของ ชุมพล ผลประมุข และ กอบชัย พัววิไล (2545) พบว่า ประชาชนทั่วประเทศไทยอายุ 13 – 59 ปี ร้อยละ 48 ไม่ออกกำลังกายเลยในระยะเวลา

1 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้โรคในระบบทางเดินหายใจก็มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 พบว่าเพศชายร้อยละ 49 และเพศหญิงร้อยละ 2.7 สูบบุหรี่ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญในการปกป้องสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมหรือพฤติกรรมด้านบวกที่ทำให้บุคคล สามารถดำรงสุขภาวะ ซึ่งเพ็นเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเอง ความผาสุกของชีวิต และความมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถือว่าเป็นกลวิธีหลักในการลดอัตราการเจ็บป่วย และพัฒนาภาวะสุขภาพอันจะนำไปสู่การทำหน้าที่ของบุคคลได้สูงสุด (Lee & Estes, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ วณลดา ทองใบ (2540) พบว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้มีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ขาดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการศึกษาของ พรทิwa สุภราศรี (2543) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ แมค ลารน (McLaren, 1996) พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศทำให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2545) พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา ส่วนรายได้และการศึกษา เพ็นเดอร์ (Pender, 2006) กล่าวว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาประโยชน์ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและแบบแผนการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านลบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและเศรษฐกิจของประเทศ กล่าวคือ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ สูญเสียสมรรถภาพการทำงานอาจพิการหรือเสียชีวิตซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรง ส่วนผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ เสียเวลาในการประกอบอาชีพ ครอบครัวขาดรายได้ เสียค่ารักษาพยาบาล เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งรัฐบาลต้องเล็งงบประมาณในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมากขึ้น นอกจากนี้สำหรับผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดที่มีปัญหาสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทางอ้อม เช่น เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค สินค้าไม่สะอาดไม่ได้มาตรฐานเป็นต้น ซึ่งจะส่งผล

เกิดวงจรปัญหาสุขภาพต่อผู้รับบริการตามมาได้ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มนี้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ

จังหวัดน่านเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างเบาบางเนื่องจากลักษณะเป็นจังหวัดที่ไม่ได้มีเส้นทางผ่านไปยังจังหวัดอื่นเนื่องจากอาณาเขตทางทิศเหนือและทางทิศตะวันออกของจังหวัดติดต่อกับประเทศลาว รวมทั้งลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ส่วนใหญ่ที่เป็นภูเขาสูงทำให้การค้าขายเป็นไปด้วยความยากลำบาก ระบบเศรษฐกิจของจังหวัดจึงเป็นเศรษฐกิจในครัวเรือน การค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้าจำนวนมากจึงเกิดขึ้นเฉพาะในเขตอำเภอที่อยู่ใกล้เมืองและอำเภอที่มีประชากรค่อนข้างมากเท่านั้น เช่น อำเภอเมือง และอำเภอปัว ที่มีการค้าขายสินค้าในตลาดสดทั้งเวลาเช้าและเวลาเย็น เขตอำเภอที่อยู่ไกลจากในเขตเมืองออกไป ประชากรจะอาศัยอยู่น้อยลงทำให้มีเฉพาะการซื้อขายแลกเปลี่ยนในระบบตลาดเพียงเวลาเช้าเท่านั้น เช่น อำเภอทุ่งช้าง อำเภอบ้านหลวง และอำเภอแม่จริม ส่วนในเขตอำเภอที่มีประชากรค่อนข้างเบาบางและลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงโดยพื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอเหล่านี้เป็นป่าทึบ การคมนาคมขนส่งลำบาก เช่น อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จึงไม่มีการค้าขายในรูปแบบตลาด แต่เป็นการค้าขายในลักษณะร้านค้าปลีกเพียงหนึ่งหรือสองร้านเท่านั้น รวมถึงประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดในแทบทุกอำเภอมีประชากรหลากหลายเชื้อชาติเนื่องด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้ประชากรกลุ่มน้อยกระจายอยู่ตามหุบเขาจึงทำให้ประชากรของจังหวัดน่านมีทั้งคนไทยและชนกลุ่มน้อย เช่น ชาวเขาเผ่าม้ง เผ่าเย้า ชนกลุ่มไทยลื้อ ขมุ อาศัยอยู่ ก่อให้เกิดความแตกต่างทางวัฒนธรรม วิถีการดำรงชีวิต และความเชื่อต่างๆ เช่น การนับถือผี สิ่งเร้นลับ การรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยหมอผู้ขวัญ การรักษาโรคด้วยการไฉ้เช่นผี การกินอาหารสุกๆดิบๆ แม้แต่การฆ่าเหาะหรือฆ่าสัตว์ที่บ้านเพื่อเป็นอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้ ซึ่งการประกอบอาชีพค้าขายเป็นอาชีพหลักอาชีพหนึ่งของประชากรในจังหวัด ซึ่งผู้ประกอบอาชีพค้าขายส่วนใหญ่เป็นประชากรที่อาศัยอยู่พื้นที่นั้นๆ มีรายได้ไม่แน่นอน แต่การค้าขายก็เป็นรายได้หลักของครอบครัว ดังนั้นผู้ประกอบอาชีพค้าขายเหล่านี้จึงมีโอกาสเผชิญกับความเครียดจากรายได้และปัญหาชุมชนตลาดที่มาจากหลากหลายวัฒนธรรม และมลภาวะจากสภาพแวดล้อมในตลาดเช่น เสียงดัง กลิ่นควันเผาไหม้จากการประกอบอาหารและขยะจากเศษอาหารเป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายได้ อย่างไรก็ตามจังหวัดน่านเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการจัดทำโครงการพัฒนาการบริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) ตามแผนนโยบายการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (health care reform) ของกระทรวงสาธารณสุขที่

เน้นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยมีโครงการที่ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารที่ปลอดภัย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน รายงานประจำปี, 2548)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าเนื่องจากความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ต่างๆ รวมทั้งอุปสรรคในการเดินทางเพื่อเข้าหาแหล่งประโยชน์ทางการบริหารสุขภาพ ลักษณะ ทางเศรษฐกิจของจังหวัดน่าน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ซึ่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายซึ่งเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งของ จังหวัดน่านยังไม่พบว่ามีรายงานถึงข้อมูลเหล่านี้แม้ว่ามีโครงการพัฒนาบริการ โดยเฉพาะ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้วก็ตาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้ บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่นทราบถึงปัญหาที่แท้จริงในผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าใน ตลาดสดและมีการวางแผนร่วมกันเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ ตามนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ประกอบอาชีพค้าขายในระดับจังหวัดได้ เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการสนองนโยบายของรัฐในการดำเนินงาน ด้านส่งเสริมสุขภาพของประชากรในชาติต่อไป

คำถามวิจัย

1. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าใน ตลาดสด เป็นอย่างไร
2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าใน ตลาดสดจังหวัดน่านระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันหรือไม่
3. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน หรือไม่ ทั้งโดยรวมและรายด้านในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง
4. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าใน ตลาดสด จังหวัดน่าน มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ทั้งโดยรวมและรายด้านในกลุ่มเพศชายและเพศ หญิง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด
2. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดโดยรวมและรายด้านระหว่างเพศชายกับเพศหญิง
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดโดยรวม และในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดจังหวัดน่าน ก่อนไปในทางที่ไม่ดี
2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน
3. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ทั้งโดยรวมและรายด้านและเฉพาะในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง
4. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด เวลาเย็น ของจังหวัดน่าน ช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2550 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพสำหรับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด
2. ได้ข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

นิยามตัวแปร

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น จังหวัดน่าน ว่าไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลรับรู้ภาวะดังกล่าวของตนเองจากความสามารถในการมีกิจกรรมทางกาย ความรู้สึกระปรี้กระเปร่า การมีกิจกรรมทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (The 36 - item Short-Form Health Survey, SF-36) ฉบับภาษาไทย (รณชัย คงสกนธ์, 2546) โดยคะแนนโดยรวมเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่ามีภาวะสุขภาพดี

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำซึ่งผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น จังหวัดน่าน ปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อสุขภาพในทางบวก ประกอบด้วย

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง โดยการกระทำเพื่อค้นหา ความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย การสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
2. กิจกรรมทางกาย เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้พลังงานของร่างกาย
3. โภชนาการ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ดีแสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต ความตระหนักถึงจุดหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการให้ความสำคัญของชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้วิธีลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดพัฒนาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญความเครียด

ประเมินโดยใช้แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II (Health – Promotion Lifestyle Profile II: HPLP II) ฉบับภาษาไทย (นันทวัน สุวรรณรูป และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2547) คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดี

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของแต่ละบุคคลของผู้ประกอบอาชีพสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น จังหวัดน่าน ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การใช้บริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

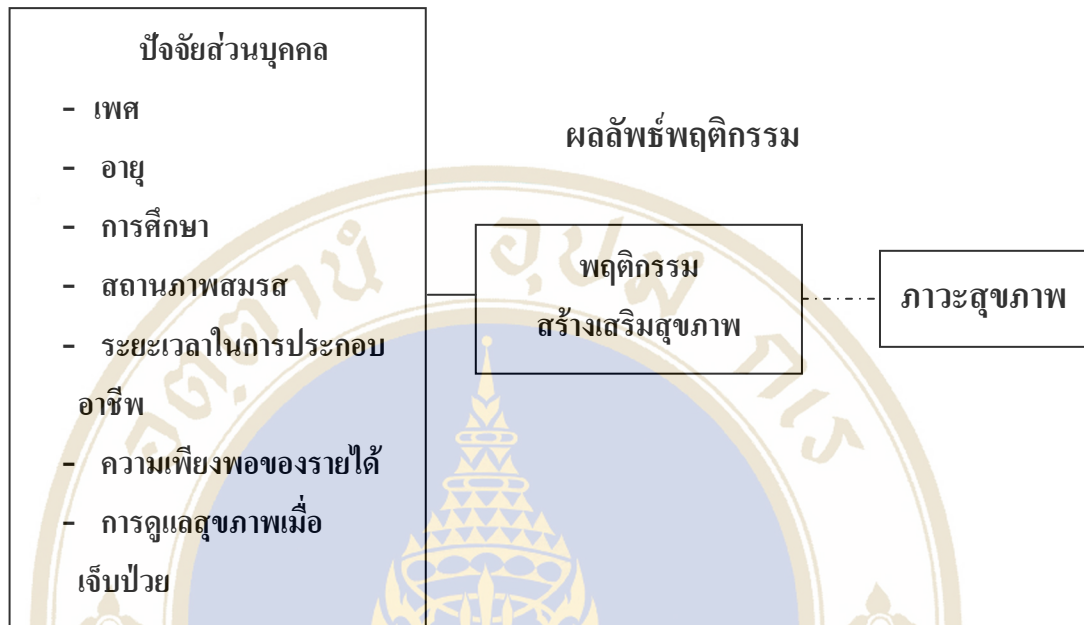
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 2002) เป็นแนวทางในการศึกษา เพ็นเดอร์ อธิบายแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานมุมมองของศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Pender, 1996) ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบย่อย 2 ส่วน คือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตโดยเฉพาะพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อยคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ความสามารถหรือความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อาชีพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ 2) ด้านความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior – specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรหลักในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งปัจจัยในด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติ (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers to action) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (perceived self – efficacy) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (activity – related affect) อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal influences) และ อิทธิพลจากสถานการณ์ (situational influence) และ 3) ด้านผลลัพธ์พฤติกรรม (behavioral outcome) ซึ่งผลลัพธ์พฤติกรรมประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (commitment to plan of action) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรม ความต้องการและความชอบในการที่จะกระทำในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) และ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) ซึ่งถือว่าเป็นจุดสุดท้ายหรือผลลัพธ์ของการกระทำในแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีของเพ็นเดอร์มีจุดเน้นบทบาทของบุคคลที่มีความกระตือรือร้น (active role) ในการที่จะคงหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตใจมาศึกษาเนื่องจาก การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ใหญ่ (Duffy, Rossow, & Hernandez, 1996; Pender, 1996; Martinelli, 1999) วัยรุ่น (Gillis, 1994) และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ถึงร้อยละ 42 (Frank-Stromberg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990) นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวสามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกเพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำจนกระทั่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในทุกช่วงชีวิตของบุคคล (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ในขณะเดียวกันการมีภาวะสุขภาพดีและบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพดีก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Health Promotion Model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังแผนภูมิที่ 1

ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขาย การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโดยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพ

1.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

1.2 แนวคิดภาวะสุขภาพ

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.4 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพต่างๆ

3. การสุกษาตลาดสดและผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

1. ภาวะสุขภาพ

1.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

ความหมายของภาวะสุขภาพได้มีผู้กล่าวไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ดูบอส (Dubos, 2005 อ้างใน สุนิศา ล่ามช้าง, ธิดิมา สุขเลิศตระกูล, รัตนาวิ ชอนตะวัน, และ วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2550) ให้คำนิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะหรือสภาวะที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ระดับสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคนที่จะปรับตัวต่อความเครียดทั้งจากภายในและภายนอกที่แต่ละคนต้องเผชิญ

พาร์สัน (Parsons, 2003) นิยามภาวะสุขภาพตามบรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าทางด้านกายภาพ โดยอธิบายว่า “สุขภาพเป็นการปฏิบัติบทบาทและการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามที่

บุคคลได้รับการอบรมเลี้ยงดูมา” ตามแนวคิดของพาร์สัน ภาวะสุขภาพอาจกำหนดโดยใช้มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติบทบาทและการทำงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต

โอเร็ม เทย์เลอร์ และ เรนเพ็นนิง (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิต สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ

จอห์นสัน (Johnson, 2001) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่าเป็นความสมดุลและความคงที่ของพฤติกรรมต่อไปนี้ ได้แก่ ความผูกพัน ความพึงพา การย่อยอาหาร การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ ความก้าวร้าวและความสำเร็จ ความสมดุลและความคงที่ของพฤติกรรมที่มีความมุ่งหมาย มีเป้าหมาย มีระบบ และความสามารถทำนายได้

เลวิน (Levine, 1996) นิยามว่า สุขภาพเป็นภาวะของความสมดุลระหว่างปัจจัยนำเข้า (input) และผลลัพธ์ (output) ของพลังงานที่ทำให้โครงสร้างบุคคล และสังคม ดำรงอยู่อย่างกลมกลืน

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ คือ การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของบุคคลโดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่น ในขณะที่ต้องการการปรับตัวเพื่อการคงไว้ซึ่งความมั่นคงและความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม

ความหมายโดย องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ให้ความหมายภาวะสุขภาพคือ สุขภาวะ หรือภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ซึ่งต่อมาเพิ่มคำว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เข้าไปด้วย ดังนั้นสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่เป็นสุข ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยปราศจากโรค หรือความพิการซึ่งเป็นการรักษาเสถียรภาพ (stability) ซึ่งภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความสุขอันสุดขีดของมนุษย์อันแสดงถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต และร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2445 มาตรา 3 ให้ความหมาย ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (อนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ, 2550; คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2548)

จากนิยามที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า สุขภาพประกอบด้วยหลายมิติ ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิที่มนุษย์พึงมีพึงได้ และมองสุขภาพในมิติที่เป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งกรอบ

แนวใหม่ที่จะช่วยให้มองเห็นเงื่อนไข และความเชื่อมโยงของมิติด้านสุขภาพของคนและสังคมได้ชัดเจนขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) โดยมองสุขภาพ เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล คำว่า “สุขภาพ” จึงมิได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวของทุกคนที่พิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ

1.2 แนวคิดภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีความแตกต่างไปตามความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญา และทัศนคติของแต่ละสังคม วัฒนธรรม ซึ่งทำให้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมีนิยามกว้างและครอบคลุมหลายมิติ แตกต่างตามมุมมองของแต่ละสังคม ดังนี้

1.2.1 แนวคิดสุขภาพตามมุมมองด้านปรัชญา มุมมองของสุขภาพของสมิทใน “Smith’s Model of Health” (Smith, 1983 อ้างใน กนกพร สุคำวัง, 2540) ได้วิเคราะห์เชิงปรัชญาและแบ่งออกเป็น 4 แนวคิด ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วมุ่งรักษาโรค

2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เผชิญซึ่งรวมถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต

4. รูปแบบด้านความผาสุก (eudemonistic model) คำว่า eudemonistic หมายถึงความผาสุก (well – being) ความสุข (happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าการที่บุคคลมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะสามารถปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงจะสามารถทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem, 1991) ให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในลักษณะของบูรณาการทั้งแนวคิดทางคลินิก ด้านการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และด้านการบรรลุถึงเป้าหมายของชีวิต ดังนี้ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิต สังคม และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ ส่วนความสุขหรือ well – being หมายถึงการรับรู้ถึงความยินดี ความพึงพอใจ ในภาวะของตนเอง และการที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขดังกล่าวดังจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองที่เฉพาะตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเข้าสู่วัยต่างๆ เป็นต้น

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองในภาวะปกติ ซึ่งจะเห็นว่า โอเร็ม ได้บูรณาการทั้งแนวคิดของการรักษาเสถียรภาพ คือการดูแลตนเองเพื่อรักษาโครงสร้างและหน้าที่กับแนวคิดด้านการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ได้แก่ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคลให้ถึงขีดสูงสุด (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

เพ็นเดอร์ (Pender, 2006) ให้แนวคิดของภาวะสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สุขภาพเน้นความคงที่ (health focusing on stability) กล่าวคือสุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อยได้แก่ ร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. สุขภาพเน้นความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (health focusing on actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ซึ่งเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์สูงสุดในภาวะใดภาวะหนึ่ง ที่อยู่บนความต่อเนื่องระหว่างเจ็บป่วยและสุขภาพดี

3. สุขภาพเน้นความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (health focusing on stability and actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำรงชีวิต และสามารถดำรงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

ในแนวคิดของเพ็นเดอร์ (Pender, 2006) ระดับของภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปตามความต่อเนื่องระหว่างภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการต่างๆ จากประสบการณ์ของความเจ็บป่วยนี้เอง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเองซึ่งแตกต่างกัน

ออกไปในแต่ละบุคคล และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunner & Suddarth, 1988) การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก เพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Pender, 1987) การรับรู้ด้านสุขภาพในทางลบจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่วนการรับรู้ด้านสุขภาพในทางบวกก็จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ เกิดแรงกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเพราะการรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยสรุปจึงเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญา วัฒนธรรม และทัศนคติของแต่ละสังคม ที่มีต่อการรับรู้ถึงการดูแลสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความคิดของคนในสังคมในการป้องกันโรค รวมทั้งเลือกดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการของโรค

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการกล่าวถึง ปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในด้านปัจจัยส่วนบุคคลในแนวคิดของเพ็นเดอร์ (Pender, 2006) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ และพฤติกรรม

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเมื่ออายุมากขึ้นจนเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสุขภาพในทางเสื่อมลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆตามมาซึ่งโรคที่พบมักเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยและเป็นปัญหาสุขภาพ เช่น โรคปวดข้อ โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคในระบบทางเดินหายใจจากการเสื่อมสมรรถภาพของปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง (ปริยทัศน์ ทัศนาวินันต์, 2544) มีการศึกษาของพรทิวา ศุภราสี (2542) ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

เพศ แมค ลาริน (McLaren, 1996) กล่าวว่า ผลของความแตกต่างทางเพศทำให้สตรีเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่ายจากชนิดงานที่สตรีถูกคาดหวังให้ทำงานเบากว่าบุรุษ และเป็นงานที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อนและประณีต จึงมักก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเฉพาะที่พบได้บ่อย เช่น โรคของกล้ามเนื้อตาซึ่งทำให้ปวดศีรษะ หรือโรคที่เกิดจากการทำงานซ้ำๆ เช่น เส้นประสาทมือถูกพังผืดรัดแน่นหรือกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ (carpal tunnel syndrome) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาของสำนักงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) พบว่า เพศชาย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ในด้าน ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 20 ส่วนเพศหญิงพบร้อยละ 15

สถานภาพสมรส เซย์ (Sayles, 1986) กล่าวว่า คู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์และเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม มีส่วนช่วยเหลือ ดูแลและเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติด้านสุขภาพและดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งยังมีส่วนให้การสนับสนุนด้านความรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการเข้าร่วม กิจกรรมในสังคม (Hilbert, 1985) และพบว่าคู่สมรสมีส่วนร่วมสนับสนุนให้แบบแผนชีวิตที่ดี (นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ, 2534; Walker, 1998) แต่บางการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2548; Speak, Cowart, & Pallet, 1989) นอกจากนี้เพชรน้อย สิ่งช่วงชัย (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือ แรงงานหญิงย้ายถิ่นภายใน 2 ปี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามขนาดโรงงานมี 3 ขนาด (ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก) จำนวน 393 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า สถานภาพสมรส จำนวนคนที่รับภาระในการเลี้ยงดู ระยะเวลาในการทำงาน มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา โดยตัวแปรอิสระดังกล่าวมีอำนาจทำนายตัวแปรตามได้ ร้อยละ 60 ($R^2 = 60.0$)

การศึกษา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เพราะระดับการศึกษามีผลต่อการจ้างงาน รายได้ ความมั่นคงในการทำงาน ความพึงพอใจต่องาน และการมีทักษะที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมการทำงานของตนได้มากและสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า (เดชรัตน์ สุขกำเนิด, 2545)

รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender, 1982) ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นอาหาร บริการทางสุขภาพ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จะอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2541) นอกจากนี้ เดชรัตน์ สุขกำเนิด (2545) กล่าวว่า คนที่มีรายได้สูงกว่ามักมีสุขภาพดีกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ แม้จะอยู่ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่ยึดหลักความเท่าเทียมกัน และสังคมที่มีการกระจายรายได้ที่มีความเป็นธรรมมากขึ้นสังคมนั้นยังมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายจ่ายด้านบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้ของครอบครัว และการดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน ผลการศึกษาพบว่า

รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ส่วนการดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมที่ดี เช่น การดูแลตนเอง

การดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มาริโน และคอสเซอร์ (Marino & Kooser, 1981: 56) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์ที่จะต้องปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ประสบการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นย่อมรบกวนภาวะจิตใจของมนุษย์ ทำให้ไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง แต่เมื่อได้รับการรักษาและอาการดีขึ้น ซึ่งมักจะต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งที่จะทำให้เชื่อมั่นในการรักษาด้วยวิธีนั้น และการปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ กนกวรรณ ธนวรรณ (2545) เวลาในการประกอบอาชีพมีผลโดยตรงต่อผู้ประกอบอาชีพ เนื่องจากส่วนใหญ่อาการทางสุขภาพจากลักษณะงานมักเป็นอาการสะสม เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการเหล่านี้จะแสดงออกมาและมีผลให้สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเสื่อมโทรมลงไปได้

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors) หรือ การส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีผลทางบวก ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคล เพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

โกชแมน (Gochman, 1997) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตได้ชัดเจน เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพและการใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ความรู้ การรับรู้ และค่านิยม เป็นต้น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ใช้คำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เพื่อให้มีความหมายที่กว้างและครอบคลุมยิ่งขึ้น และคำนี้ได้ปรากฏในพระราชกฤษฎีกาการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2542 โดยให้ความหมายว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การใดๆที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคม โดยการสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายแข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2547)

จากที่กล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าความหมายส่วนใหญ่ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น เน้นการปฏิบัติไปสู่การยกระดับความผาสุกของบุคคล ซึ่งตามแนวคิดของเพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ผู้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นที่รู้จักดี ได้ให้ความหมายคล้ายคลึงกับที่ผู้อื่นกล่าว แต่ได้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพให้เห็นชัดเจนขึ้น ซึ่งหากพิจารณาจากการให้ความหมายต่างๆ ข้างต้นแล้ว จะเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพเน้นที่การสร้างเสริมความพยายามของบุคคลที่จะปรับปรุงภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองให้ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความรู้และศักยภาพของบุคคลที่จะสามารถทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้นเพียงใด ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการมีสุขภาพดีในระดับสูงสุด จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสร้างเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพคงที่ มีการป้องกันโรคและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีนามาก่อน การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางสุขภาพและมีความผาสุกเพิ่มมากขึ้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญและเป็น ที่กล่าวถึง คือ การสร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้บัญญัติไว้ในกฎบัตรออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์

2.2.1 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 2002) เพ็นเดอร์ ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (expectancy value theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บุคคลกระทำเพื่อหวังผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ซึ่งเป็น ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางบุคคล และการกระทำ โดยมีผลย้อนกลับซึ่งกันและกัน

เพ็นเดอร์ (1987) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ (cognitive – perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) โดย

1. ปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะทางชีวภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรม

3. ตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นจากการกระตุ้นบุคคลทั้งภายในและการกระตุ้นบุคคลภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) ได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยต่าง ๆ มากมาย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด พบว่า บางปัจจัยได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ค.ศ. 2006 เพ็นเดอร์จึงได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ (Revise Health Promotion Model) โดยมีการจัดกลุ่มและปรับเปลี่ยนการเสนอความสัมพันธ์ของมโนทัศน์บางตัวใหม่ (Pender, 2006 อ้างใน พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, 2550) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะบุคคลที่แตกต่างซึ่งเป็นผลจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีตและความสำคัญของปัจจัยนี้ขึ้นกับการพิจารณาเป้าหมายของพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต (prior related behavior) การที่เคยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน ทำให้สามารถเกิดพฤติกรรมที่คล้ายๆกันอีกได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในทางบวกต่อการมีพฤติกรรมนั้นๆ หรือจากการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จทำให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยทางร่างกาย อาทิ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ประวัติการหมดประจำเดือน ความสามารถในการใช้ออกซิเจน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไว หรือการทรงตัว

1.2.2 ปัจจัยทางจิตใจ อาทิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) และคำจำกัดความของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคม – วัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา และ เศรษฐฐานะ ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม และมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม (behavior – specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of actions) เป็นการรับรู้ผลดีของการกระทำ บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตามเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงออกทางจิตใจเพื่อหวังผลทางพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะใช้แหล่งกิจกรรมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ของการกระทำที่ดี บุคคลจะรู้สึกถึงประโยชน์ของการกระทำต่อตนเองเช่น กระจือรื้อร้นในการมีพฤติกรรมมากขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง และผลพลอยได้อื่นๆ เช่น การได้รับรางวัลตอบแทน และสัมพันธภาพที่ดีต่อสังคม ซึ่งจากผลดังกล่าวทำให้เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barrier of action) เป็นการรับรู้สิ่งขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ บุคคลจะรับรู้อุปสรรคของการกระทำซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นจริงหรือจากการคาดคะเน มีผลให้ความสม่ำเสมอของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมลดลง เช่น การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย การรับรู้ถึงความยาก หรืออุปสรรคทางเวลาซึ่งทำให้เกิดการหยุดยั้งละเลยพฤติกรรม และการไม่ปฏิบัติเนื่องจากมีปัญหาทางการเงิน ดังนั้นถ้าความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่ำ อุปสรรคสูง บุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมสูง อุปสรรคต่ำ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมจึงเกิดขึ้น บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceive self-efficacy) เป็นการรับรู้ที่ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จและได้ตลอด (Bandura, 1986 cited in Pender, 2006) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถ และทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้นๆ ดังนั้นปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (activity - related affect) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง หรือ หลังจากมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ โดยที่อารมณ์ทางบวกจะทำให้เกิด

แรงจูงใจในการปฏิบัติ ในทางตรงกันข้ามถ้าอารมณ์ที่เกิดขึ้นทางลบ จะไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นปัจจัยจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในลักษณะของการรับรู้ถึงความเชื่อ ความต้องการ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีต่อการรับรู้ของตนเอง กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวตามแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่นมีผลต่อการปฏิบัติ กล่าวคือ บรรทัดฐานทางสังคมจะกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนหรือเลิกกระทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุน ปรึกษาปรึกษา และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ ส่วนการปฏิบัติตามตัวแบบ เป็นการปฏิบัติเลียนแบบทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมจะทำให้บุคคลเห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีกิจกรรม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences) เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรม โดยที่สภาพการณ์นั้นจะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากรู้สึกว่าสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะเลิกปฏิบัติกิจกรรมหากสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือไม่ปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavior outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ประกอบด้วย

3.1 พันธะต่อแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) พันธะต่อแผนการกระทำเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลมีการตกลงที่จะปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยอาจปฏิบัติกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติตามลำพัง และมีการกำหนดกลยุทธ์ในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3.2 ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จะปฏิบัติอื่น ๆ มากกว่าการปฏิบัติที่มุ่งหวังไว้เดิม

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพตนเองในทางบวก บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ผสมผสานในวิธีการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพในทางบวกตลอดชีวิต เพ็นเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นนิสัย ดังนั้นเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า

“แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ” ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

3.3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibilities) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง โดยการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติต่างๆ ในร่างกาย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายตั้งแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจร่างกายประจำปีเป็นสิ่งที่ผู้ใหญ่ทุกคนควรปฏิบัติ เพราะการได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ที่เหมาะสมนั้น สามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และมะเร็งปากมดลูก (วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์, 2538) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การอ่านหนังสือ หรือ ดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การปรึกษากับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

3.3.2 ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activities) กิจกรรมทางกายเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านร่างกายอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือ การออกกำลังกายในระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินแทนการใช้รถ นอกจากการออกกำลังกายแล้ว กิจกรรมทางกายยังรวมถึงกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพักผ่อน และสันทนาการ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับร่างกายได้ใช้พลังงานเช่นกัน

3.3.3 ด้านโภชนาการ (nutrition) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ และงดรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นต้น และควรต้องรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้

นอกจากนี้ เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ยังได้เสนอให้บุคคลทั่วไปรับประทานอาหารตามความต้องการพลังงานในแต่ละวัน ซึ่งแต่ละบุคคลก็ต้องการพลังงานในการดำรงชีพในแต่ละวันแตกต่างกันไปตาม อายุ เพศ และ กิจกรรมประจำวัน

3.3.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจหรือด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ เห็นว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น

การพูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือปัญหาเกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิด การมีเวลาที่จะได้ทำกิจกรรมหรืออยู่ร่วมกันกับครอบครัว หรือเพื่อนสนิท การแสดงความยินดีหรือแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่น

3.3.5 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ดีแสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต ความตระหนักในการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การให้ความสำคัญของชีวิต ความรัก ความหวัง และการให้อภัย

3.3.6 ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้วิธีลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อม บริหารเวลาให้เหมาะสม เพิ่มความต้านทานต่อความเครียด ด้านร่างกายโดยการออกกำลังกาย ด้านจิตใจโดยการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า รับรู้สมรรถนะของตนเอง มีการแสดงออกที่เหมาะสม พัฒนาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญความเครียด ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย

โดยสรุปแล้วรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเฟ้นเดอร์ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ พันธะต่อแผนการกระทำ ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยอีกด้านหนึ่งของปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ก็ได้รับผลจากปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลและส่งผลต่อปัจจัยด้านผลลัพธ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน จะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตามแนวคิดของเฟ้นเดอร์ การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการดำเนินชีวิตจึงเป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านร่วมกัน คือ ด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์จากพฤติกรรม (Pender, 1996) ในการศึกษา

ครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้าน ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) และ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (personal sociocultural factors) โดยทั้งสองปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่เดิม (prior related behavior) มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่โดยอัตโนมัติ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มความหนักแน่นของลักษณะนิสัยด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) มีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยทางชีววิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นระดับวุฒิภาวะก็มากขึ้นตามวัย และด้วยวัยที่มีอายุมากขึ้น ทำให้สนใจในการรักษาสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลและระมัดระวังสุขภาพ (Pender, 1996) อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991) นอกจากนี้อายุมีความสัมพันธ์กับความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองและส่วนมากอยู่ในวัยกลางคนที่ดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว (Natechang, 2002) บางการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (Muhlenkamp, Brown, & Sands, 1985 อ้างใน ดวงพร รัตนอมรชัย, 2541) แต่ในบางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (กมลทิพย์ ด่านชัย, 2540) โดยพบว่าไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีอายุมากหรือน้อยต่างมีความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนบางการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2541)

เพต เฟ็นเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเพศแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล จากการศึกษาของมูห์เลนแคมป์ และ โปรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman, 1988 อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) พบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชายอีกทั้งการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2539) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของนิสซึเนนและคณะ (Nissinen, 1987 : 129 – 135) ศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 65 – 74 ปี พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมต่อสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และจากการศึกษาของ เขาวลักษณะ มหสิทธิวัฒน์ (2529) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศ

หญิง ส่วน พรทิภา ศุภราศรี (2543) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย 150 ราย หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และมุทฺเลนแคมป์และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman, 1988: 637 – 646) พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด และพาแลงค์ (Palank, 1999: 823) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและวิธีการผ่อนคลาย ดีกว่าเพศชาย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยเป็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543) ที่พบว่าโรคประจำตัวอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ กลิงเกอร์ (Klinger, 1984 อ้างในสุกัญญา ไพทโสภณ, 2539) พบว่าความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความไม่สบายจากโรค หรือความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้มีการดัดแปลงกิจกรรมบางอย่าง เช่น งอออกกำลังกาย การนอนหลับ การงดอาหารบางประเภท เป็นต้น

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (personal sociocultural factors) ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

สถานภาพสมรส พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์และเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม มีส่วนช่วยเหลือ ดูแลและเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติด้านสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ทั้งมีส่วนให้การสนับสนุนความรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (Muhlenkamp & Sayles, 1986 อ้างใน สุชาพร ทิพสินวล, 2546) มีการศึกษาที่พบว่าคู่สมรสมีส่วนสนับสนุนให้มีแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ ดังการศึกษาของ สมจิตรา เหมงาเกษ (2539) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ที่แต่งงานแล้วคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม รักใคร่ ผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ เข้าใจกันและพึ่งพากันเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ผู้ที่แต่งงานแล้วจึงมีโอกาสดำเนินชีวิตได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่เป็นโสด (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) แต่บางการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (Speak, Cowart, & Pallet, 1989 อ้างใน นภาพร ชมดวง, 2546)

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของบุคคล (Pender, 1982) ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นอาหาร บริการทางสุขภาพ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จะอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987) มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างรายได้กับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (ดวงพร รัตนอมรชัย,

2541; Blacknern, 1994; Morris, Kerr, Wood, & Haughey, 2000; Walker, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2539) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) และสปีคและคณะ (Speake, Cowart, & Pallet, 1989) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่บุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2541: 182) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติและปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Pender, 1996) สอดคล้องกับหลายการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีวุฒิการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือมีแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำ (กมลทิพย์ ค่านชัย, 2540; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; Kasl & Cobb, 1996) แต่ในบางการศึกษาพบว่า วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (Weitzer & Waller, 1990) รายได้และสถานภาพทางเศรษฐกิจ

เพ็นเดอร์ (Pender, 1982 : 161 – 162) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี และมีรายได้สูงขึ้น ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้เรียนรู้ที่จะแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จากแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ และการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลตลอดถึงปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นการตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจในปัจจัยต่างๆ เพื่อหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อ

เจ็บป่วย เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังมีข้อโต้แย้งจากหลายการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้

2.4 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่ประกอบอาชีพต่างๆ

การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้ประกอบการอาชีพ เนื่องจากบุคคลดังกล่าว มีวิถีชีวิตการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ที่สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรค สารเคมี รังสี การบริโภคอาหารที่ขาดสมดุล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ แสง เสียง ความร้อน - เย็น ระบบการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังนั้นการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะช่วยเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคลให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้สามารถปฏิบัติงานในแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (Pender, 1996) การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 6 ด้าน และแนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้านมีรายงานการศึกษาดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพดี รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ การขอรับคำแนะนำด้านสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายตนเอง การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันการติดเชื้อ การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ที่มีควันพิษ ควันบุหรี่ การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นต้น (Pender, 1996) สอดคล้องกับ วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2538) กล่าวว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง โดยการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติต่างๆของร่างกาย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายตั้งแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจร่างกายประจำปี เป็นสิ่งที่ทุกคนควรปฏิบัติ เพราะการได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆที่เหมาะสมนั้น สามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การปรึกษากับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

การศึกษาวรรณกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมีที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ สุวรรณ สัจจาช่วยชัย (2544) และ ยุพิน ดันอนุชิตติกุล (2544) พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของอาชีพพยาบาล อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุรดา ม่วงมัน (2546) พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากการศึกษาของ วนลดา ทองใบ (2540) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในจังหวัดปทุมธานี ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพที่แตกต่างกันนี้อาจมีสาเหตุจากการมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น วิถีชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งตรงกับที่ เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึง ลักษณะการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนว่า ขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตของสมาชิกในชุมชนนั้น ชาติพันธุ์และทัศนคติของคนในสังคมนั้นๆ

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ทั้งการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนซึ่งมีประโยชน์ต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ และ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน เช่น การบิด เอียงตัว การขยับแขน ขาขณะนั่งทำงาน การหลีกเลี่ยงการนั่งนานๆ เป็นต้น (Pender, 1996) สอดคล้องกับ สุธิศา ล่ำม้าง (2548) กล่าวว่า กิจกรรมทางกาย เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านร่างกายอื่นๆ ที่มีการ เคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย หรือการออกกำลังกายในระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินแทนการใช้รถ นอกจากการออกกำลังกายแล้ว กิจกรรม ทางกายยังรวมถึงกิจกรรมต่างๆเพื่อการพักผ่อน และสันทนาการ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับร่างกายได้ใช้ พลังงานเช่นกัน นอกจากนี้เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ยังกล่าวถึงการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย จะช่วย เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายได้ดีขึ้น

การศึกษาของ สายทิพย์ นวลนุช (2545) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้ การศึกษาของ พรณี จันทรอินทร์ (2550) พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง ด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งปัญหาและ อุปสรรคที่ระบุไว้ เรื่องการออกกำลังกาย คือ การไม่มีเวลา ความไม่สะดวก และสุขภาพที่ไม่ เอื้ออำนวย ต่ออาชีพที่ปฏิบัติอยู่ เป็นต้น

3. ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารที่ ถูกต้องเหมาะสม ครบถ้วน เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายนำพลังงานไปใช้ในการ ทำงานของร่างกายทำให้เกิดความแข็งแรง ด้านทานโรค และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้ซึ่งแบบ

แผนการรับประทานอาหาร เป็นตัวชี้วัดความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีโภชนาการที่ดีจะทำให้มีสุขภาพที่ดีด้วย (Pender, 1996) นอกจากนี้เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ยังได้เสนอให้บุคคลทั่วไปรับประทานอาหารตามความต้องการพลังงานในแต่ละวัน ซึ่งแต่ละบุคคลก็ต้องการพลังงานในการดำรงชีวิตในแต่ละวันแตกต่างกันไปตาม เพศ อายุ และ กิจกรรมประจำวัน

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ คือ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก (ถ้าจะให้คุณค่าเพิ่มมากขึ้นควรเป็นการบริโภคข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้องที่มีการขัดสีแต่น้อย) การรับประทานผัก – ผลไม้เป็นประจำ การรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน การดื่มนม การรับประทานไขมันแต่พอควร การรับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน มีภาชนะที่บรรจุมีดชีวิต การหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และเผ็ดจัด รวมทั้งการงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะทำให้ร่างกายทรุดโทรม ขาดสติ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากการศึกษาของการ์ซีนและคณะ (Granzin, Janeen & Painter, 1998) พบว่าผู้ประกอบการอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง แต่ยังมีบางส่วนที่มักนิยมรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และเส้นใยน้อยอยู่ ซึ่งในประเทศไทยยังมิได้มีการศึกษาเรื่องนี้

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกันช่วยให้เกิดความผูกพัน และนำไปสู่การช่วยกันแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ให้คล่องไป และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข (Pender, 2006) ซึ่งการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มอาชีพต่างๆ ได้แก่ การพูดคุย ทักทายเพื่อนร่วมงาน หรือคนรู้จัก การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในหน่วยงานหรือในชมรมต่างๆ การใช้เวลาวางกับเพื่อนสนิท หรือครอบครัว การแสดงความรักความห่วงใยผู้อื่น ตลอดจนการขอความช่วยเหลือ การรับฟังคำแนะนำ ดักเตือนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อนสนิท หรือครอบครัว เป็นต้น โดยเพ็นเดอร์ (Pender, 2006) กล่าวว่า สิ่งสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จตามแผนที่วางไว้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คือ ครอบครัว หรืออีกนัยหนึ่งคือ ครอบครัวเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการทำให้เกิด ความสามารถในการดูแลตนเอง การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว มีการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีไปสู่ครอบครัวอื่นๆ และการเป็นแบบอย่างการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีซึ่งหมายความว่า การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้านการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะมีผลให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เกิดเป็นสุขภาพดีถ้วนหน้าในที่สุด

การศึกษาของ มธุรดา ม่วงมัน (2546) ศึกษาปัจจัย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด นครสวรรค์ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก แตกต่างจากการศึกษาของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล (2548) พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อยู่ในระดับปานกลาง ในลักษณะอาชีพที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแตกต่างกัน ศรีเรือน แก้วกังวาน (2549) กล่าวว่า อาชีพที่ต้องติดต่อสมาคมกับบุคคลอื่นในหลายระดับ หลายกลุ่ม รวมทั้งความสัมพันธ์กับครอบครัว และการมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่นทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาแนะนำ โดยปกติลักษณะสัมพันธภาพของบุคคลกับผู้อื่น มี 3 ประการใหญ่ๆ คือ เพื่อนสนิทส่วนตัว ซึ่งอาจเป็นเครือญาติ ลูกหลาน สามีหรือภรรยา เพื่อนที่รู้จักกันในสมัยหนุ่มสาว เพื่อนที่รู้จักกันในวงงานและที่มีความสนใจคล้ายกัน ซึ่งกลุ่มอาชีพค้าขายต้องมีการพบปะกับบุคคลเหล่านี้ และจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นอย่างมีจุดมุ่งหมาย การได้มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จะทำให้รู้สึกได้รับการยอมรับ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และก่อให้เกิดการเอื้อประโยชน์แก่การประกอบอาชีพ

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นการปฏิบัติเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้สามารถค้นหาเป้าหมายในชีวิต มีความสุขความพึงพอใจในตนเอง ตลอดจนสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตได้เช่นกัน (Pender, 1996) ซึ่งประเวศ วะสี (2541) กล่าวว่า ความหมายของชีวิตหรือความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณนั้น จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์ทางศาสนา ซึ่งทุกศาสนามีวิธีการปฏิบัติเพื่อบรรลุความสมบูรณ์สูงสุดทางจิตวิญญาณอยู่แล้ว และยังอธิบายอีกว่าความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณนั้นสัมพันธ์กับการให้คุณค่ากับความหมายของชีวิต ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตนั้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นด้านในของชีวิต หรือเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวที่จะเข้าถึงความดี ความถูกต้อง ความงาม การทำความดี เช่น การให้ของหรือการช่วยเหลือผู้อื่น การเสียสละ การบำเพ็ญกิจกรรมทางศาสนาแล้วเกิดความสุข ความปิติ

การศึกษาของ ยศ สันตสมบัติ (2540) พบว่า บุคลิกภาพของคนไทย ได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อทางพุทธศาสนา ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา เช่น การไปทำบุญ ฟังเทศน์ ถือนิเวศน์ สวดมนต์ ซึ่งจะช่วยพัฒนาจิตวิญญาณของตนในสังคม ให้เกิดความสงบสุข มีการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การศึกษาของ จรวยพร สุภาพ, กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, รวีวรรณ แสงฉาย และ สุรัตน์ ศรีสรจักร (2540) พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ของจังหวัดสุรินทร์ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการกระทำที่ช่วยให้ความผ่อนคลายความเครียด มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และมีกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และมีกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ (Pender, 1996) กิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การสร้างอารมณ์ขันให้ตนเอง การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การมองโลกในแง่ดี การยอมรับและปฏิเสธที่เหมาะสม และการสามารถนอนหลับได้ตามปกติ

การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในกลุ่มอาชีพต่างๆ อยู่ในระดับปานกลางจนถึงมาก โดย สุวรรณ สัจจาช่วยชัย (2544) ศึกษาในกลุ่มอาชีพบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษาของ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน (2540) พบว่ากลุ่มอาชีพแม่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในจังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลาง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพ็นเดอร์ (Pender, 2006) เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นในการศึกษาต่างๆด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงนิยมใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ทั้งในกลุ่มอาชีพต่างๆ

ลัสก์, โรนีสและเคอร์ (Lusk, Ronis, & Kerr, 1995) ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานและระดับคนงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 48 ข้อ ของวอกเกอร์ (Walker, 1987) ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกๆด้าน ยกเว้นการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันพบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับผู้บริหารมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ทำงานในระดับคนงานนั้น พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกตามชนชาติโดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาวและชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าคนที่อายุน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุนเป้าหมายในชีวิต ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และเพศที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน และยังพบว่าคนที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพ็นเดอร์ และวอล์คเกอร์ (Pender & Walker, 1990) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) เลือกรับรู้ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านการบรรลุนเป้าหมายในชีวิตและการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการบริหารจัดการความเครียด นอกจากนี้อีก 3 เดือน ต่อมาได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานมีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้และปัจจัยร่วม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31

จูร์รัตน์ เพชรทอง (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรระดับชั้นสัญญาบัตรทั้งหมด จำนวน 169 คน ระดับชั้นประทวนสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ในข้าราชการตำรวจระดับสัญญาบัตร ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ค่านิยมทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสามารถในการร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 75 ส่วนข้าราชการตำรวจระดับประทวน พบว่า อายุ ระดับการศึกษา แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ ประสบการณ์

ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีแหล่งบริการด้านสุขภาพ ทักษะการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 36.30 และตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด (ร้อยละ 11.82) คือ การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

นุชระพี สุทธิกุล (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน จำนวน 360 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ เพศ รายได้ครอบครัว และการมีโครงการ/กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์พหุจำแนกพบว่า ปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาโดยรวมทุกด้านได้ ร้อยละ 36.5

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา โดยสุ่มตัวอย่างชั้นภูมิ (stratified sampling) จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีดังนี้ เพศ ค่านิยม การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ ระยะเวลา การได้รับข่าวสารจากสื่อหรือบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์การจำแนกพหุ (Multiple Classification Analysis : MCA) พบว่า ตัวแปร เพศ ค่านิยม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 19.70 รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยในกลุ่มระยะเวลา รายได้ และปัจจัยในกลุ่มการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อหรือบุคคลต่างๆและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 11.00, 10.90 ตามลำดับ

กนกวรรณ จันทร์แดง (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) มาเป็นกรอบแนวคิด รวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน ส่วนพฤติกรรมการบริหารจัดการความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์จำแนกพหุ พบว่า กลุ่มปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามได้ ร้อยละ 16.5, 17.1 และ 10.2 ตามลำดับ

จินตนา พรหมลาย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) มาเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 304 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการ เขตที่ 3 มีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ รวมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการ ความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับถูกต้องปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 72.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีดังนี้ แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ สถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และประสบการณ์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และการได้รับคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิด ปัจจัยทั้งสามร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารได้ดีที่สุด (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 33.1)

วลิดา สุกดีบัณฑิตสกุล (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี 2 แห่ง จำนวน 480 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผลการศึกษพบว่า สตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงานและการทำงานล่วงเวลาแตกต่างกัน

สุรินทร์ กลัมพากร (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างในผู้รับงานไปทำที่บ้าน กลุ่มอาชีพตัดเย็บเสื้อผ้าจำนวน 154 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า อายุ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ดัชนีมวลกาย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ สภาพการทำงานและชั่วโมงการทำงานในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุนีย์ แสงนาก (2548) ศึกษา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัด พิจิตร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเฟินเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลบางมูลนาก โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลบางมูลนาก มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละการศึกษาพบว่า ยังในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลในบางตัวแปร แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาด

3. การสุขาภิบาลตลาดสดและผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

ตลาด หรือ ตลาดสด ดินจง บ่อหิรัญรัตน์ (2545) ได้ให้ความหมายว่าเป็นแหล่งรวมสินค้าประเภทต่างๆ ที่ประชาชน หรือผู้บริโภค สามารถเข้าไปหาซื้อสินค้าที่ต้องการได้ เช่น สินค้าประเภทอาหาร ทั้งอาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารสดต่างๆ ผัก ผลไม้ เครื่องปรุงรสต่างๆ นอกจากนี้ยังมีสินค้าอื่นๆ อีก เช่น ภาชนะ อุปกรณ์ สารเคมีที่ใช้ในครัวเรือน เสื้อผ้า เป็นต้น ในกรณีนี้ชูปเปอร์มาเก็ต จึงจัดเป็นตลาด แต่ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ตลาด หมายถึง สถานที่ซึ่งปกติจัดไว้ให้ผู้ค้าใช้เป็นที่ชุมนุม เพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทสัตว์ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หรืออาหารอื่นที่มีสภาพเป็นของสดประกอบ หรือปรุงแล้ว หรือของเสียบางอย่าง ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอื่น ด้วยหรือไม่ ก็ตาม แต่บริเวณซึ่งจัดไว้สำหรับให้ผู้ค้าแม่ค้า ใช้เป็นที่ชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทดังกล่าวเป็นประจำ หรือเป็นครั้งคราว หรือตามวันที่กำหนด จึงจัดว่าเป็นตลาด ชูปเปอร์มาเก็ตจึงไม่จัดเป็นตลาด (สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2545)

สุขาภิบาล คือ การสร้างและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ได้ผลดีต่อสุขภาพอนามัย (พัฒนา มูลพฤกษ์, 2541) การสุขาภิบาลตลาดสด คือ แนวทางที่จะช่วยในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของตลาดให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ผู้ซื้อสินค้าในตลาดสด และประชาชนที่เกี่ยวข้องมีสุขภาพดี

สภาพปัญหาของตลาด ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

ตลาดมีปัญหาด้านต่างๆ 8 ประการ ดังนี้

1. สุขลักษณะทั่วไปของตลาด เช่น จราจรไม่ดี ถนนรอบตลาดชำรุด มีน้ำท่วมขัง พื้นตลาด ชำรุด สินค้าวางเกะกะไม่เป็นระเบียบ ทางเดินแคบ และมีคราบสกปรก เป็นต้น
2. การจัดการมูลฝอย เช่น หยากไยตามเพดานไม่ได้รับการกำจัด ไม่ทิ้งมูลฝอยลงที่รองรับมูลฝอย ทำให้มูลฝอยเกลื่อนกลาดไม่น่าดู การเก็บขนมูลฝอยไม่หมด ทำให้เกิดมูลฝอยตกค้างและมีน้ำเสียไหลจากกองมูลฝอย ทำให้เกิดกลิ่นเหม็น เป็นต้น

3. การจัดหาน้ำดื่มมาใช้ เช่น ไม่มีบริการน้ำใช้ หรือมีก็มีแบบไม่มีระบบท่อ ทำให้ไม่สะดวกในการใช้

4. การจัดการน้ำเสีย เช่น รางระบายน้ำอุดตัน ทำให้น้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง และ มีกลิ่นเหม็น พื้นไม่เสมอน้ำขัง มีความเอะอะภายในตลาด เพราะผู้ขายของชำระล้างสินค้า เป็นต้น

5. การจัดการสิ่งปฏิกูล เช่น ห้องน้ำ และห้องส้วมสกปรก และไม่ได้มาตรฐาน ทั้งในด้านจำนวน และสุขลักษณะของส้วม เป็นต้น

6. การป้องกันควบคุมสัตว์ และแมลงจากพาหะนำโรค เช่น ไม่มีการป้องกันควบคุมหนู แมลงวัน และแมลงสาป เป็นต้น

7. การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีการล้างตลาด หรือมีก็ไม่ถูกต้อง และ ผู้บริหารขาดความตระหนักในด้านสุขลักษณะ ของตลาด ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพของสินค้า เป็นต้น

8. ผู้ขายของ และผู้ช่วยขายของในตลาด เช่น ผู้ขายของ และผู้ช่วยขายของในตลาดปฏิบัติตัวไม่ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นต้น

ผลกระทบจากตลาดที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล

ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ตลาดที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล จะทำให้อาหารที่นำมาจำหน่ายในตลาด มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคได้ เมื่อประชาชนซื้ออาหารที่ปนเปื้อนไปบริโภค อาจเกิดโรคได้ เช่น อหิวาตกโรค อาหารเป็นพิษ ไวรส์ตับอักเสบเอ โรคพยาธิต่างๆ นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์ และแมลงนำโรค เช่น หนู แมลงวัน และแมลงสาป ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคขึ้นได้เช่นกัน

ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ตลาดมีกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย ซึ่งล้วนแล้วแต่มีโอกาสเกิดของเสีย และสิ่งต่างๆ เช่น มูลฝอย น้ำเสีย ปฏิกูล เสียงดัง กลิ่นเหม็น และควันจากการประกอบอาหาร ฯลฯ ที่ทำให้เกิดมลพิษต่างๆ ต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพได้ ถ้าไม่มีการควบคุมป้องกันที่เหมาะสม (ลินจง บ่อหิรัญรัตน์, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด สภาพตลาดที่ประกอบอาชีพเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ต้องเจอในชีวิตประจำวัน หากลักษณะตลาด สกปรก ไม่ปลอดภัย และไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดต้องเผชิญกับมลภาวะ เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ ดังนั้นการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ทำให้ทราบข้อมูลในด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ในจังหวัดน่าน

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดของจังหวัดน่าน จำนวน 12 อำเภอที่มีตลาดสด จากทั้งหมด 14 อำเภอ และอีก 1 กิ่งอำเภอ เนื่องจาก 2 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอ ไม่ได้มีรูปแบบการค้าขายแบบตลาด แต่เป็นการค้าขายในรูปแบบร้านค้า ที่มีรายได้หลักจากการค้าขายปลีกสินค้าในตลาดสด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น จากประชากรในอำเภอที่มีการค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น เนื่องจาก 6 อำเภอทำการค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเช้า จึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 6 อำเภอที่มีการค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเวียงสา อำเภอท่าวังผา อำเภอปัว อำเภอเชียงกลาง อำเภอทุ่งช้าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ประเภทค้าปลีกสินค้าทางด้านการเกษตร อาหาร ในเวลาเย็น ที่มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพค้าขาย เป็นเจ้าของร้านที่ทำการค้าขาย และบริหารจัดการ
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอที่ตนประกอบอาชีพ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว อำเภอท่าวังผา อำเภอเชียงกลาง และอำเภอทุ่งช้าง
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่สุ่มเลือกทั้ง 6 อำเภอ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 142 คน

สถานที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาจังหวัดน่าน เป็นจังหวัดเล็กๆ ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างยากจน ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 1210.62 บาท (คณะกรรมการอำนวยการงานคุณภาพชีวิตของประชากร, 2548) โดยเลือกเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ที่ชุมชนตลาดเวลาเย็น หรือ ตลาดสดเวลาเย็น ซึ่งเป็นแหล่งรวมสินค้าประเภทต่างๆ ที่ประชาชน หรือผู้บริโภค สามารถเข้าไปหาซื้อสินค้าที่ต้องการได้ เช่น สินค้าประเภทอาหาร ทั้งอาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารสดต่างๆ ผัก ผลไม้ เครื่องปรุงรสต่างๆ ลักษณะตลาดที่ทำการค้าขายของจังหวัดน่าน มีลักษณะหลังคาเป็นสังกะสีหรือกระเบื้อง ด้านข้างทั้งสี่ด้านเปิดโล่งเพื่อระบายอากาศ พื้นมีลักษณะแตกต่างกันบางอำเภอเป็นพื้นคอนกรีต และบางอำเภอเป็นเนินพื้นดินสูงกว่าระดับปกติประมาณ 1-2 วา ที่มีการค้าขายสินค้าทางการเกษตรประเภทขายปลีกในตลาดสดในเวลาเย็น ส่วนการค้าขายในเวลาเช้าจะเป็นการค้าส่งในปริมาณมากๆ เพื่อนำไปแยก บรรจุใหม่และนำไปขายปลีกในร้านค้าของบางอำเภอ ไม่มีการค้าขายในรูปแบบตลาด รวมทั้งในเวลาเช้าจะเป็นการค้าขายสินค้าของประชากรหลากหลายท้องที่ใกล้เคียง ซึ่งเป็นการค้าขายจากประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกสถานที่ศึกษาเป็นตลาดสดเวลาเย็น โดยเป็นการค้าขายสินค้าจากประชากรที่อาศัยในอำเภอนั้นๆ และมีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพค้าขาย สินค้าประเภทอาหารที่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายเป็นผู้ผลิตเอง ได้แก่ อาหารปรุงสำเร็จ ขนมไทย น้ำเต้าหู้ และสินค้าการเกษตรประเภทผักที่รับซื้อจำนวนมากและมีการนำบรรจุแยกจำนวนใหม่ ดังนั้นการค้าขายจึงมีการค้าขายสินค้าเพื่อการอุปโภค และบริโภคของประชากรภายในท้องถิ่นนั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

1.1 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบมาตราวัด Manual Scale ยี่ห้อ Calibration รุ่น LFH 64100 ที่ได้รับมาตรฐานความแม่นยำจาก ISO/IEC 17025

1.2 เครื่องวัดส่วนสูง ชนิด Manual Scale ยี่ห้อ Calibration รุ่น LFH 64100 ได้รับมาตรฐานความแม่นยำจาก ISO/IEC 17025

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิด Digital ยี่ห้อ Rossmax รุ่น MediGuard 150f แม่นยำตามมาตรฐาน CE0366 (ข้อกำหนดมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ สหพันธรัฐยุโรป 93/42/EEC)

2. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ความดันโลหิต การศึกษา ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพค้าขาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยเป็นข้อคำถามแบบให้เลือก และเป็นข้อคำถามปลายเปิด สำหรับเรื่อง อายุ รายได้ และการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ภาคผนวก ก)

3. **แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (The 36- Item Short-Form Health Survey หรือ SF-36)** ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) (ภาคผนวก ข) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ส่วนคือ กิจกรรมทางกาย มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ปัญหาผลกระทบจากทางกายมีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 13, 14, 15, 16 ความเจ็บปวดทางกายมีจำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 21, 22 สุขภาพทั่วไป มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 1, 33, 34, 35, 36 ความกระปรี้กระเปร่ามีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 23, 27, 29, 31 ข้อกิจกรรมทางสังคมมีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 20, 32, 2 การแสดงออกทางอารมณ์มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 24, 25, 26, 28, 30 สุขภาพจิตมีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 17, 18 และข้อที่ 19 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ โดยมีการกิตคะแนนต่างกันดังนี้ (Ware & Kosinski, 2001)

ข้อคำถามที่ 1, 2, 20, 21, 22, 34, 36 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1 ให้คะแนน 100 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 ให้คะแนน 75 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 3 ให้คะแนน 50 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 4 ให้คะแนน 25 คะแนน เลือกตอบข้อ 5 ให้คะแนน 0 คะแนน

ข้อคำถามที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1 ให้คะแนน 0 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 ให้คะแนน 50 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 3 ให้คะแนน 100 คะแนน

ข้อคำถามที่ 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1 ให้คะแนน 0 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 ให้คะแนน 100 คะแนน

ข้อคำถามที่ 23, 26, 27, 30 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1 ให้คะแนน 100 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 ให้คะแนน 80 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 3 ให้คะแนน 60 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 4 ให้คะแนน 40 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 5 ให้คะแนน 20 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 6 ให้คะแนน 0 คะแนน

ข้อคำถามที่ 24, 25, 28, 29, 31 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1 ให้คะแนน 0 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 ให้คะแนน 20 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 3 ให้คะแนน 40 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 4 ให้คะแนน 60 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 5 ให้คะแนน 80 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 6 ให้คะแนน 100 คะแนน

ข้อคำถามที่ 32, 33, 35 เลือกตอบตัวเลือกที่ 1 ให้คะแนน 0 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 2 ให้คะแนน 25 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 3 ให้คะแนน 50 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 4 ให้คะแนน 75 คะแนน เลือกตอบตัวเลือกที่ 5 ให้คะแนน 100 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมแต่ละด้านและโดยรวมคำนวณสัดส่วนเป็นร้อยละ 100 คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่ามีสุขภาพดี และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 แสดงว่า มีปัญหาสุขภาพ

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป SF-36 version 2 เป็นแบบวัดมาตรฐานสากลใช้ในการวัด “ภาวะสุขภาพ” ทั้งในคนปกติและผู้ที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรค เครื่องมือนี้พัฒนาโดยอาจารย์จากสถาบัน Medical Outcomes Trust (McDowell & Newell, 1996) โดยมีการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการใช้ภาษาให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นโดยแมคโดเวลล์และนิวเวลล์ (McDowell & Newell, 1996) เนื่องจากแบบวัดภาวะสุขภาพทั่วไป SF-36 version 1 มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในประชากรบางกลุ่มรวมทั้งภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามทำให้แปลความหมายหลายประเด็น ดังนั้นแบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป SF-36 version 2 ถูกนำมาใช้ตั้งแต่คริสต์ศักราช 1996 เพื่อเป็นเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตทั่วไป ความผาสุกในชีวิตในผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป โดยได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคต่างๆจำนวน 24 กลุ่มโรคที่มีทั้งอาการทางกายและทางจิตใจ จำนวน 200 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสนับสนุนจำแนกเป็น 8 องค์ประกอบ ได้ค่าความเที่ยงหรือความสอดคล้องภายในสูง ($\alpha = .80$) และองค์ประกอบย่อยมีความสอดคล้องภายใน (α) อยู่ระหว่าง .80 - .85 และได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย มีงานวิจัยรองรับมากกว่า 4000 ชื่อเรื่อง และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 10 ภาษา มากกว่า 30 ประเทศทั่วโลก (Ware & Kosinski, 2001) ภายหลังการแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลายเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยทั่วทุกภูมิภาคโดยในประชากรผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 563 คนได้ค่าความสอดคล้อง

ภายใน .78 และใช้ในประชากรในเขตกรุงเทพมหานครและภูมิภาคต่างๆในประเทศไทย จำนวนมากกว่า 1000 คน ได้ค่าความเที่ยงภายในของเครื่องมือ 0.59 – 0.80 (รณชัย คงสกนธ์และคณะ, 2536) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (SF-36) มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (α) = .85

4. แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II (The Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP II) ใช้เพื่อวัดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) สร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Lifestyle and Health-Habits Assessment: LHHA) จากการศึกษาและรวบรวมวรรณกรรมต่างๆ เพื่อให้พยาบาลได้ใช้ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย 10 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป 2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ 3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน 4) รูปแบบการนอนหลับ 5) การจัดการกับความเครียด 6) การบรรลุอุดมการณ์ของตน 7) การมีจุดหมายในชีวิต 8) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) การควบคุมสถานะแวดล้อมและ 10) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ แบบวัดนี้พัฒนาโดย วอล์คเกอร์และฮิลล์ (Walker & Hill, 1996) ในการศึกษาที่ใช้ฉบับที่แปลและปรับเป็นภาษาไทยโดย นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2547) (ภาคผนวก ค) ซึ่งมีจำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) มี 7 ข้อ ด้านโภชนาการ (nutrition) มี 8 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) มี 7 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด (stress management) มี 6 ข้อ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) มี 7 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) มี 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมิน 4 ระดับ คือ คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวันอย่างสม่ำเสมอ คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้งในแต่ละอาทิตย์ คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ในแต่ละเดือน และคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากันในการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน คำนวณจากคะแนนรวมของด้านนั้นๆ หาค่าด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1 – 4 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมากหมายถึง มีวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

คุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II หรือ HPLP – II (Health – Promoting Lifestyle Profile – II) (Walker & Hill, 1996) ได้พัฒนามาจากแบบวัด The Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP ซึ่งแบบวัด HPLP ได้เริ่มต้นสร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือ

ทางการวิจัยในการวัดความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดย วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ซึ่งมีจำนวน 48 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 มิติ คือ การพัฒนาศักยภาพแห่งตน (self – actualization) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) การออกกำลังกาย (exercise) โภชนาการ (nutrition) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) และการจัดการกับความเครียด (stress management) ในปี ค.ศ. 1996 วอล์กเกอร์และฮิลล์ (Walker & Hill, 1996) ได้ทบทวนแบบวัด HPLP โดยได้มีการปรับปรุงเพิ่มจำนวนข้อเป็น 52 ข้อ และได้มีการปรับแนวคิดเปลี่ยนชื่อมิติการพัฒนาศักยภาพแห่งตน (self-actualization) เป็นการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จึงพัฒนาเป็นแบบวัด HPLP – II เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (principle axis factor analysis) โดยรายงานค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมทุกด้านของเครื่องมือ ค่า Cronbach Alpha (α) = .94 และแต่ละด้านพบว่า ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ = .86 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ = .86 ด้านโภชนาการ = .80 ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย = .85 ด้านการจัดการกับความเครียด = .79 และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล = .87 (Walker, 1997 as cited in Adams, Bowden, Humphrey, & McAdams, 2000) เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ เช่นในกลุ่มผู้ป่วย multiple sclerosis (Stuipbergen & Roberts, 1997) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ และในกลุ่มนักศึกษา (Lee & Loke, 2005) โดยรายงานค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยค่า Cronbach Alpha = .92, .86, และ .91 ตามลำดับ

สำหรับประเทศไทยแบบวัด HPLP – II ได้มีการแปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เช่น กลุ่มพยาบาลวิชาชีพวัดประจำเดือน (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) สตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม (วนิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล, 2541) ซึ่งมีรายงานเฉพาะค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่า α = .89 และ .92 ตามลำดับ แต่ยังไม่มีรายงานการศึกษาประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ (psychometric evaluation) แบบวัด HPLP II ฉบับภาษาไทยที่นำไปใช้ดังกล่าว นันทวัน สุวรรณรูปและอัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์ (2547) จึงได้แปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับเดิมแล้วตรวจสอบความถูกต้องของภาษาที่แปล โดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทั้ง 2 ภาษา จำนวน 1 ท่าน ต้นฉบับมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ เนื่องจากมี 1 ข้อคำถามความหมายใกล้เคียงกับข้อคำถามอื่นเมื่อแปลเป็นภาษาไทยจึงถูกตัดออกคำถามในฉบับภาษาไทยจึงมีจำนวน 51 ข้อ เมื่อนำไปตรวจสอบโครงสร้างของแบบวัด HPLP – II ฉบับภาษาไทยด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบค้นหา (exploratory factor analysis) ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไปทีพบโดยสะดวกและยินดีตอบแบบสอบถามจำนวน 455 คน พบว่าองค์ประกอบทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ

38.45 ซึ่งข้อคำถามที่จัดว่ามีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งรายมิติและโดยรวมได้ดีสำหรับประชากรไทยมีจำนวน 43 ข้อ แบบสอบถามจำนวน 43 ข้อนี้ได้นำไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของ HPLP – II ฉบับภาษาไทย ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ .89 สำหรับการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำแบบวัดวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (HPLP-II) ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (α) = .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล ภายหลังได้รับหนังสือรับรองแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้ สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำเสนอโดยภาพรวม ไม่ระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้การศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการประกอบอาชีพ (ภาคผนวก ง) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตัวผู้วิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. เสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อดำเนินการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดลให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกสถานที่ในการเก็บข้อมูลตามที่กำหนดไว้
3. จดหมายถึงนายกเทศมนตรี สำนักงานเทศมนตรีสำนักงานเทศบาลในแต่ละอำเภอ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ในเขตอำเภอที่กำหนด เมื่อได้รับอนุญาตจากนายกเทศมนตรี (ภาคผนวก จ) ของแต่ละอำเภอ จึงขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เทศกิจของแต่ละเทศบาลในการเป็นสื่อกลางสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและไม่รบกวนการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการเก็บข้อมูล (คนละ 30 นาที) โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเพื่อนัดหมายวันที่จะเก็บข้อมูลวันละ 10 คน ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลที่ตลาดสด อำเภอเวียงสาเป็นแห่งแรก เนื่องจากได้รับจดหมายจากนายกเทศมนตรีเทศบาลอำเภอเวียงสาอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลได้ โดยนัดหมายเวลาตั้งแต่ 14.00 นาฬิกา ของทุกวัน เมื่อเก็บข้อมูลในตลาดสดอำเภอเวียงสาครบถ้วน จึงดำเนินการดังกล่าวในตลาดสดอำเภอเมือง ตลาดสดอำเภอท่าวังผา ตลาดสดอำเภอบัว ตลาดสดอำเภอเชียงกลาง และตลาดสดอำเภอทุ่งช้าง โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก จ)

4.2 ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง และชั่งน้ำหนัก หลังจากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายด้วยตนเองวันละ 10 คน ด้วยภาษาพื้นเมืองตามแบบสอบถามเรียงลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสอบถาม หากไม่สมบูรณ์จะดำเนินการสอบถามเพิ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบอาชีพค้าขายด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติบรรยาย

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง ด้วยสถิติ t - test

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลเรื่อง อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ โดยการใช้ Spearman's Rank Correlation Coefficient

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล เรื่อง อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Spearman's Rank Correlation Coefficient

6. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient พบว่า แต่ละชุดข้อมูลมาจากประชากรที่มีการแจกแจงปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเรียงตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ภาวะสุขภาพ
3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา

ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 142 ราย อายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.44 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 31.69) โดยมีอายุเฉลี่ย 41.04 ปี โดยพบเพศหญิง ร้อยละ 59.15 และเพศชาย ร้อยละ 40.85 ส่วนใหญ่มีรูปร่างปกติคือดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 23.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ร้อยละ 66.20) โดยกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.47 มีสถานภาพคู่ ด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 43.66 ส่วนระยะเวลาในการประกอบอาชีพค้าขาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพค้าขายเป็นระยะเวลา 1 – 5 ปี (ร้อยละ 30.99) ซึ่งมีจำนวนเท่ากับผู้ประกอบอาชีพ ค้าขายเป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว โดยเลี้ยงดูบิดา – มารดา และบุตร/หลาน ร้อยละ 71.13 ส่วนความเพียงพอของรายได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.70) มีความเพียงพอของรายได้ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1) ด้านการจ่ายค่ารักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.21 ใช้สิทธิบัตรทองในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 84.50 ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย ในด้านภาวะโรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.87 ไม่มีโรคประจำตัว ในขณะที่โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง คือ ความดันโลหิตสูง พบ

ร้อยละ 7.75 ส่วนด้านการเจ็บป่วยในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.65 ไม่เคยเจ็บป่วย ขณะที่การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คือ ไข้หวัดและโรคกระเพาะอาหารอักเสบพบร้อยละ 5.63 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 3.52 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 58.33) เริ่มมีภาวะระดับความดันโลหิตสูงมากกว่ากับเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 56.90) ในด้านโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในเพศชายคือภาวะความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 8.62 รองลงมาร้อยละ 3.45 คือโรคเก๊าท์และกระเพาะอาหารอักเสบ ส่วนเพศหญิงพบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.14) รองลงมาเริ่มมีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ พบร้อยละ 5.95 นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวคือ เบาหวาน (ร้อยละ 2.38) และข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 2.38) ส่วนการเจ็บป่วยในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า เพศชาย ร้อยละ 74.14 ไม่เคยเจ็บป่วย โดยในผู้ที่มีการเจ็บป่วยพบ ภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 5.17) และกระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 5.17) มากที่สุด ส่วนเพศหญิง การเจ็บป่วยในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.00) ไม่เคยเจ็บป่วย ในขณะที่การเจ็บป่วยในเพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 7.14) มีการเจ็บป่วยด้วย ไข้หวัด รองลงมา (ร้อยละ 5.95) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 142)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	58(40.85)	84(59.15)	142(100)
อายุ (ปี)			
15 – 20	2(3.44)	4(4.76)	6(4.23)
21 – 30	6(10.35)	9(10.71)	15(10.56)
31 – 40	17(29.31)	28(33.33)	45(31.69)
41 – 50	24(41.38)	32(38.11)	56(39.44)
51 – 60	9(15.52)	8(9.52)	17(11.97)
มากกว่า 60	0(0)	3(3.57)	3(2.11)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 142) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	58(40.8)	84(59.2)	142(100)
สถานภาพสมรส			
คู่	45(77.59)	65(77.38)	110(77.47)
โสด	10(17.24)	10(11.91)	20(14.08)
หม้าย/หย่า/แยก	3(5.17)	9(10.71)	12(8.45)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	2(3.45)	7(8.33)	9(6.34)
ประถมศึกษา	11(18.97)	28(33.33)	39(27.46)
มัธยมศึกษา	32(55.17)	30(35.72)	62(43.66)
ประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี	13(22.41)	19(22.62)	32(22.54)
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพค้าขาย (ปี)			
< 1	8(13.80)	17(20.24)	25(17.60)
1 – 5	20(34.48)	24(28.57)	44(30.99)
6 – 10	10(17.24)	19(22.62)	29(20.42)
> 10	20(34.48)	24(28.57)	44(30.99)
บุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระเลี้ยงดู			
บิดา – มารดา และบุตร - หลาน	42 (72.41)	59(70.24)	101(71.13)
ตนเอง	9(15.52)	18(21.43)	27(19.01)
บิดา – มารดา	7(12.07)	7(8.33)	14(9.86)
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	29(50.00)	43(51.19)	72(50.70)
ไม่เพียงพอ	12(20.69)	21(25.00)	33(23.24)
มีหนี้สิน(หนี้สินธนาคาร)	11(18.97)	16(19.05)	27(19.01)
เหลือเก็บ	5(8.62)	1(1.19)	6(4.23)
มีหนี้สิน(หนี้สินนอกระบบ)	1(1.72)	3(3.57)	4(2.82)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (N = 142)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	58(40.85)	84(59.15)	142(100)
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)*			
ผอม (<18.5)	9(15.52)	6(7.14)	15(10.56)
ปกติ (18.5 - 23.9)	34(58.62)	60(71.43)	94(66.20)
น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (24 – 29.9)	13(22.41)	16(19.05)	29(20.42)
อ้วน (> 30)	2(3.45)	2(2.38)	4(2.82)
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) (Kaplan & Lieberman, 2004)			
ความดันโลหิตปกติ (< 120/80)	10(17.24)	14(16.67)	24(16.90)
เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง (120/80–139/89)	33(56.90)	49(58.33)	82(57.75)
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (140/90– 159/99)	11(18.96)	12(14.29)	23(16.20)
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 ($\geq 160/100$)	4(6.90)	9(10.71)	13(9.15)
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล			
บัตรทอง	40(68.96)	54(64.29)	94(66.21)
เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด	7(12.07)	13(15.48)	20(14.08)
ประกันสังคม	4(6.90)	8(9.52)	12(8.45)
ชำระเงินเอง	3(5.17)	5(5.95)	8(5.63)
ประกันชีวิต	4(6.90)	4(4.76)	8(5.63)
การดูแลภาวะสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย			
ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล/สถานอนามัย	46(79.31)	74(88.10)	120(84.50)
ซื้อยาจากร้านขายยารับประทาน	11(18.97)	7(8.33)	18(12.68)
ปล่อยให้อยู่เอง	1(1.72)	3(3.57)	4(2.82)

ที่มา: * กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (N = 142) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	58(40.8)	84(59.2)	142(100)
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	45(77.59)	67(79.76)	112(78.87)
มีโรคประจำตัวที่พบ (ระบุโรค)	13(22.41)	17(20.24)	30(21.13)
ความดันโลหิตสูง	5(8.62)	6(7.14)	11(7.75)
กระเพาะอาหารอักเสบ	2(3.45)	5(5.95)	7(4.93)
เบาหวาน	1(1.72)	2(2.38)	3(2.11)
ไมเกรน	1(1.72)	1(1.19)	2(1.41)
ข้อเข่าเสื่อม	0(0)	2(2.38)	2(1.41)
เก๊าท์	2(3.45)	0(0)	2(1.41)
โรคหัวใจ	1(1.72)	0(0)	1(0.70)
ไขมันในเลือดสูง	0(0)	1(1.19)	1(0.70)
หอบหืด	1(1.72)	0(0)	1(0.70)
ปวดหลัง	0(0)	1(1.19)	1(0.70)
ไวรัสตับอักเสบ บี	1(1.72)	0(0)	1(0.70)
ปวดข้อ	0(0)	1(1.19)	1(0.70)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (N = 142) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	58(40.8)	84(59.2)	142(100)
การเจ็บป่วยในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่เคยเจ็บป่วย	43(74.14)	63(75.00)	106(74.65)
เจ็บป่วย (ระบุโรค)	15(25.86)	21(25.00)	36(25.35)
กระเพาะอาหารอักเสบ	3(5.17)	5(5.95)	8(5.63)
ไข้หวัด	2(3.45)	6(7.14)	8(5.63)
ความดันโลหิตสูง	3(5.17)	2(2.38)	5(3.52)
ไมเกรน	2(3.45)	2(2.38)	4(2.82)
ปวดหลัง	2(3.45)	2(2.38)	4(2.82)
อุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ	2(3.45)	1(1.19)	3(2.11)
ข้อเข่าเสื่อม	0(0)	2(2.38)	2(1.41)
เก๊าท์	2(3.45)	0(0)	2(1.41)
หัวใจ	1(1.72)	0(0)	1(0.70)
ไวรัสตับอักเสบ บี	1(1.72)	0(0)	1(0.70)
ปวดกล้ามเนื้อ	0(0)	1(1.19)	1(0.70)
อุบัติเหตุจากการทำงาน	0(0)	1(1.19)	1(0.70)
ปวดฟัน	0(0)	1(1.19)	1(0.70)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล (N = 142)

ข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ย (M ± SD)		
	ชาย (n = 58)	หญิง (n = 84)	รวม (n = 142)
อายุ (ปี)	41.66 ± 9.83	40.62 ± 10.42	41.04 ± 10.16
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	22.52 ± 3.83	22.32 ± 3.16	22.40 ± 3.43
การศึกษา (ปี)	10.57 ± 3.76	9.23 ± 4.56	9.77 ± 4.29
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ (ปี)	2.72 ± 1.09	2.60 ± 1.11	2.65 ± 1.10

ภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 49.99 คะแนน โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.98 (ตารางที่ 4) โดยคะแนนภาวะสุขภาพทั้งในรายด้านและโดยรวมอยู่ในช่วงของคะแนนภาวะสุขภาพที่มีปัญหา หรือภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (คะแนน < ร้อยละ 50) คะแนนภาวะสุขภาพด้าน สุขภาพจิต สุขภาพทั่วไป และความกระปรี้กระเปร่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่นๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 49.99 คะแนน (SD = 9.91, 9.90, 9.87 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ภาวะสุขภาพรายด้านและโดยรวม (N = 142)

ตัวแปร	พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย (M ± SD)
รายด้าน			
- ความกระปรี้กระเปร่า	0 – 100	23.05 – 76.95	49.99 ± 9.87
- สุขภาพทั่วไป	0 – 100	23.05 – 76.95	49.99 ± 9.90
- สุขภาพจิต	0 – 100	23.05 – 74.55	49.99 ± 9.91
- กิจกรรมทางกาย	0 – 100	25.45 – 69.66	49.96 ± 9.79
- กิจกรรมทางสังคม	0 – 100	25.45 – 63.75	49.85 ± 9.36
- ความเจ็บปวดทางกาย	0 – 100	23.05 – 62.90	49.80 ± 9.27
- การแสดงออกทางอารมณ์	0 – 100	36.69 – 58.39	49.73 ± 8.23
- ปัญหาผลกระทบจากทางกาย	0 – 100	33.82 – 58.02	49.62 ± 8.40
รวม	0 – 100	23.05 – 76.95	49.99 ± 9.98

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ทั้งภาพรวมและรายด้าน แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวม 50.91 คะแนน ($SD = 9.02$) ส่วนเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวม 49.37 คะแนน ($SD = 10.62$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในด้านอื่นๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 51.17 คะแนน ($SD = 8.51$) และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดด้านกิจกรรมทางสังคม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 48.83 คะแนน ($SD = 9.81$) ส่วนเพศหญิงพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านอื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ย 50.55 คะแนน ($SD = 9.03$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านปัญหาผลกระทบทางกายต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านอื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ย 48.98 คะแนน ($SD = 8.62$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง (N = 142)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (M ± SD)		t-value	P
	เพศชาย (n = 58)	เพศหญิง (n = 84)		
รายด้าน				
กิจกรรมทางกาย	51.17 ± 8.51	49.11 ± 10.56	1.283	.083
ปัญหาผลกระทบทางกาย	50.53 ± 8.06	48.98 ± 8.62	1.091	.257
ความเจ็บปวดทางกาย	50.31 ± 8.78	49.45 ± 9.63	0.552	.367
สุขภาพทั่วไป	50.32 ± 9.13	49.78 ± 10.45	0.327	.243
ความกระปรี้กระเปร่า	50.83 ± 10.88	49.42 ± 9.13	0.809	.122
กิจกรรมทางสังคม	48.83 ± 9.81	50.55 ± 9.03	1.061	.489
การแสดงออกทางอารมณ์	49.89 ± 8.48	49.62 ± 8.10	0.196	.394
สุขภาพจิต	50.32 ± 9.69	49.75 ± 10.10	0.339	.472
โดยรวม	50.91 ± 9.02	49.37 ± 10.62	0.925	.239

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 6 พบว่า ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ .05 ตามลำดับ ($r = .26$ และ $r = .27$ ตามลำดับ) เมื่อแยกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาวะสุขภาพของเพศชายพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .36$) ส่วนในเพศหญิงพบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .36$)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม
(N = 142)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	เพศชาย (n = 58)	เพศหญิง (n = 84)	รวม (n = 142)
อายุ	.00	.08	.05
สถานภาพสมรส ^a	.14	.08	.10
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา	.36**	.21	.26**
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ	.14	.36**	.27*
ความเพียงพอของรายได้ ^a	.21	.12	.16
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ^a	.11	.17	.15

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^a Spearman's Rank Correlation Coefficient

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนไปในทางที่สูง (เมื่อเปรียบเทียบกับค่ากึ่งกลางของแบบวัดคือ 2.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม 2.74 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 2.89 คะแนน (SD = 0.45) ซึ่งสูงกว่าด้านอื่นๆ รองลงมาคือคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเท่ากับ 2.86 คะแนน (SD = 0.48) และด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 คะแนน (SD = 0.46) ส่วนด้านการเคลื่อนไหวร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 2.44 คะแนน (SD = 0.55) ซึ่งเป็นคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าด้านอื่น (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวม (N = 142)

ตัวแปร	พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย (Mean ± SD)
รายด้าน			
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	1 – 4	1.67 – 3.89	2.86 ± 0.48
โภชนาการ	1 – 4	1.88 – 4.00	2.89 ± 0.45
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1 – 4	1.11 – 3.89	2.70 ± 0.58
การจัดการกับความเครียด	1 – 4	1.56 – 3.56	2.70 ± 0.48
การเคลื่อนไหวร่างกาย	1 – 4	1.29 – 3.71	2.44 ± 0.55
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	1 – 4	1.56 – 4.00	2.83 ± 0.46
รวม	1 – 4	1.62 – 3.57	2.74 ± 0.40

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติที่ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 2.67 คะแนน (SD = 0.45) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพศหญิงซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 2.78 คะแนน (SD = 0.36) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี คือ คะแนนเฉลี่ยมากกว่าคะแนนกึ่งกลางของแบบวัด (2.0 คะแนน) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพรายด้านพบว่า เพศชายจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ คือ 2.83 คะแนน (SD = 0.51) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายต่ำกว่าด้านอื่น (ค่าเฉลี่ย = 2.36 คะแนน; SD = 0.60) ส่วนในเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 2.94 คะแนน (SD = 0.43) ซึ่งสูงกว่าด้านอื่นๆ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.50 คะแนน (SD = 0.50) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง (N = 142)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (Mean ± SD)		t-value	p
	เพศชาย (n = 58)	เพศหญิง (n = 84)		
รายด้าน				
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.83 ± 0.51	2.83 ± 0.42	0.006	.139
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.58 ± 0.65	2.78 ± 0.52	1.988	.146
การจัดการกับความเครียด	2.61 ± 0.53	2.76 ± 0.44	1.755	.157
การเคลื่อนไหวร่างกาย	2.36 ± 0.60	2.50 ± 0.50	1.397	.325
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.81 ± 0.51	2.90 ± 0.46	1.131	.558
โภชนาการ	2.81 ± 0.47	2.94 ± 0.43	1.696	.888
รวม	2.67 ± 0.45	2.78 ± 0.36	1.676	.105

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$) นอกจากนี้พบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .23$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ในเพศชายพบว่าปัจจัยบางประการที่ต้องการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนเพศหญิงพบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .43$) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .26$) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	เพศชาย (n = 58)	เพศหญิง (n = 84)	รวม (n = 142)
อายุ	.13	.12	.00
สถานภาพสมรส ^a	.10	.09	.15
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา	.14	.26*	.18*
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ	.01	.43**	.23**
ความเพียงพอของรายได้ ^a	.09	.10	.09
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ^a	.12	.13	.12

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^a Spearman's Rank Correlation Coefficient

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .27$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะสุขภาพรายด้านกับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ด้านปัญหาผลกระทบทางกาย สุขภาพทั่วไป ความกระปรี้กระเปร่า การแสดงออกทางอารมณ์ และสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .23$; $r = .31$; $r = .34$; $r = .19$ และ $r = .24$ ตามลำดับ) เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลเพศหญิงและเพศชายพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ($r = .33$) แต่ในเพศชายพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเมื่อพิจารณาคะแนนภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่าในเพศชายภาวะสุขภาพด้านความ

กระปรีกระเป่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .45$) และภาวะสุขภาพด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .31$) ส่วนเพศหญิงพบว่าภาวะสุขภาพด้านปัญหาผลกระทบทางกาย และสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .35$ และ $r = .33$ ตามลำดับ) และภาวะสุขภาพด้าน ความกระปรีกระเป่า กิจกรรมทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .27$; $r = .22$; $r = .28$ และ $r = .26$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะสุขภาพกับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (N = 142)

ภาวะสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	เพศชาย (n = 58)	เพศหญิง (n = 84)	รวม (n = 142)
กิจกรรมทางกาย	.09	.12	.10
ปัญหาผลกระทบทางกาย	.13	.35**	.23**
ความเจ็บปวดทางกาย	.15	.07	.04
สุขภาพทั่วไป	.31*	.33**	.31**
ความกระปรีกระเป่า	.45**	.27*	.34**
กิจกรรมทางสังคม	.05	.22*	.14
การแสดงออกทางอารมณ์	.12	.28*	.19**
สุขภาพจิต	.22	.26*	.24**
ภาวะสุขภาพโดยรวม	.24	.33**	.27**

* $p < .05$; ** $p < .01$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ซึ่งประเด็นที่อภิปรายผล ในบทนี้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ผลการวิจัย พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยภาพรวมได้ 49.99 คะแนน ($S.D = 9.98$) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้นและเกือบก่อนมาทางระดับดี (คะแนนเฉลี่ย $\geq$ ร้อยละ 50: ภาวะสุขภาพดี) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน โดยภาพรวมพบว่า ก่อนไปในระดับดี โดยได้คะแนนเฉลี่ย 2.74 คะแนน ($S.D = 0.40$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมในระดับมาก (สุนิสา ล่ำมช้าง, 2550) สามารถอภิปรายได้ว่า จากการที่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ต้องพบปะกับผู้คนหลากหลายอาชีพซึ่งการพบปะพูดคุยนั้นเพื่อทำการแลกเปลี่ยนสินค้าเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพหรือการรับรู้วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นอาจยังได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้บริบทด้านการประกอบอาชีพพบว่า ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน การประกอบอาชีพส่วนใหญ่คือการค้าขายเพื่อให้ได้รายได้ที่เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัวการเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยอาจได้รับข้อมูลเพียงบางส่วนเท่านั้น ส่วนบุคลากรสายวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพตลอดเวลาทั้งขณะทำงานและสถานที่ต่างๆ ทำให้รายละเอียดของข้อมูลมากกว่าบริบทของการประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด และอาจเนื่องมาจากผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด มีภาระความรับผิดชอบความจำกัดด้านเวลา ทำให้การติดตามข่าวสารทางด้านสุขภาพขาดความต่อเนื่อง การเข้าถึงแหล่ง

บริการสุขภาพมีข้อจำกัด นอกจากนี้แม้จะเน้นภาวะสุขภาพจะต่ำกว่าเกณฑ์การมีภาวะสุขภาพดีแต่ต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยการที่มีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งมีผลต่อสุขภาพที่ไม่รุนแรงโดยเกือบ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จึงอาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดี โดยไม่คิดว่ามีปัญหาอุปสรรคจากภาวะสุขภาพ

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพรายด้านพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพด้านความกระปรี้กระเปร่า สุขภาพทั่วไป กิจกรรมทางสังคม สุขภาพจิต อยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยดีกว่าด้านอื่น อธิบายได้ว่าแม้การประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดจะเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงมาก แต่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดก็หาแนวทางให้ตนมีกำลังกายในการทำงาน และมีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกันเพื่อช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่มเพ็ญสุขสันต์ (2543) กล่าวว่า การลดความเครียด สามารถทำได้ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ด้านร่างกาย มุ่งที่การออกกำลังกาย ส่วนด้านจิตใจสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ การรับรู้ของตนเอง การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความรู้ในความสามารถของตนเอง กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหา และค้นหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา

ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยดีกว่าด้านอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของการ์ซีนและเพ็นเตอร์ (Granzin, Janeen & Painter, 1998) พบว่าผู้ประกอบการอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง เนื่องจากผู้ประกอบการอาชีพค้าขายในตลาดสดมีความต้องการอาหารตามความต้องการพลังงานในการประกอบอาชีพจึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเนื่องจากการประกอบอาชีพต้องพบปะกับผู้ประกอบการอาชีพค้าขายในตลาดและผู้บริโภคเป็นประจำ จำเป็นที่จะต้องมีการพูดคุย ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาเพื่อเอื้อต่อการประกอบอาชีพในแต่ละวัน ทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่าด้านอื่นๆ และด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณสอดคล้องกับการศึกษาของ จรวยพร สุภาพ (2540) ศึกษาในสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเชื่อทางพุทธศาสนา รวมทั้งมีจารีตประเพณีที่ดีงาม ที่ได้รับการปลูกฝังการปฏิบัติมาตั้งแต่อดีต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยพัฒนาด้านจิตวิญญาณของคนในสังคมให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข แม้ว่ากลุ่มผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่านจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าด้านอื่นๆ แต่จากข้อมูลด้านสุขภาพจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมาก

ที่สุด และเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ไข้หวัด และความดันโลหิตสูงมากที่สุดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากตลาดสด มีอาหารให้เลือกหลากหลายชนิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน แต่การประกอบอาหารเพื่อจำหน่ายจำเป็นที่จะต้องมีการรสชาติที่ถูกต้องผู้บริโภคจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้กับการใช้สารปรุงรส ซึ่งสารปรุงรสนี้มีปริมาณของโซเดียมสูงซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาจากการประกอบอาชีพเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบได้ ผู้คนละอองจากการเดินทางซื้อหาสินค้าของผู้คนในตลาด ส่งผลให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ประกอบการค้าขายสินค้าในตลาดสดเนื่องจากการประกอบอาชีพต้องนั่งหรือยืนอยู่กับที่จึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยไข้หวัดได้ง่าย

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันคล้ายคลึงกับการศึกษาของ พรทิพา สุภราศรี (2543) พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลลดา คล้ายคลึง (2545) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ ธนาวรรณ (2545) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางบวกมากกว่าเพศชาย และแตกต่างจากการศึกษาของพาแลงค์ (Palank, 1999: 823) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และเพศหญิงจะมีสุขอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและวิธีการผ่อนคลายได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งอธิบายได้ว่า แม้ว่าจะมีความแตกต่างเรื่องเพศซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตนที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างกัน แต่ผู้ประกอบการค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน อยู่ในสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมือนกัน จึงไม่ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกันแม้จะมีความแตกต่างทางเพศก็ตาม

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะการมีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าข้อมูลดังกล่าวมีค่าใกล้เคียงกัน จึงอาจมีผลทำให้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มี

ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (นิรนาท วิทย์โชคศิริคุณ, 2534; พรทิwa สุภราศรี, 2543) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (สมจิตรา เห่งเกษ, 2539; Natechang, 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาค่อนข้างสูงในการประกอบอาชีพค้าขาย ซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2541) และเชษฐ์รัตน์ สุขกำเนิด (2545) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นการศึกษาจึงพบว่ามี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ส่วนระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ นั้น สงบ เพิ่มพงษ์พิพัฒน์ (2547) กล่าวว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เป็นเวลานานย่อมรู้จักการปรับตัวให้ทันกับข่าวสารต่างๆ ของสุขภาพ ตลอดจนสามารถควบคุมดูแลเหตุสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ภายใต้สังคมเดียวกัน ได้ดีกว่าผู้ที่กำลังปรับตัวต่อกิจกรรมนั้นๆ ส่วนตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งนี้อาจเนื่องจากการกระจายของข้อมูลดังกล่าวมีไม่มากพอที่จะเห็นความสัมพันธ์ได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเพศหญิง คือ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจาก ระยะเวลาในการประกอบอาชีพในเพศหญิงมีการกระจายของข้อมูลมากกว่าเพศชาย ในขณะที่ตัวแปรระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในเพศชายแต่ไม่พบในเพศหญิง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าเพศชายมีสัดส่วนของการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามากกว่าเพศหญิงจึงพบความสัมพันธ์ตัวแปรดังกล่าวในเพศชายด้วยเหตุผลสนับสนุนที่ได้กล่าวมา

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับหลายการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีวุฒิการศึกษาสูง

จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือมีแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมการศึกษาดำ (กมลทิพย์ ด้านชัย, 2540; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; Kasl & Cobb, 1996) และเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีความรู้ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนระยะเวลาในการประกอบอาชีพ อธิบายได้ว่าการประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ประกอบอาชีพมีประสบการณ์หาวิธีการปรับตัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งอาจมีผลต่อเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ในครอบครัวได้ ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพในระยะเวลาสั้นอาจทำให้ขาดประสบการณ์ในการปรับตัวต่อการประกอบอาชีพและส่งผลต่อวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการประกอบอาชีพเฉลี่ย 2.65 ปี โดยมากกว่าร้อยละ 50 ประกอบอาชีพมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี ขึ้นไป

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า คนมีภาวะสุขภาพที่ดีย่อมมีความพร้อมทั้งกายและใจที่พร้อมจะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังการศึกษาของซิดนีย์และ เชฟราด (Sidney & Shephard, 1981 อ้างใน ทรงพันธ์ สิงแก้ว, 2547) พบว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนดี จะรายงานการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้สุขภาพของตนไม่ดี และสนับสนุนด้วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รายงานไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 78.8 และไม่เคยเจ็บป่วยในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 74.65 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (จิตอารี ศรีอาคะ, 2543; Klinger, 1984 อ้างใน สุกัญญา ไพทโสภณ, 2539) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านกิจกรรมทางกาย ความเจ็บปวดทางกาย และด้านกิจกรรมทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ในการประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน เป็นการประกอบอาชีพในเวลาเย็น มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การออกกำลังกายในเวลาเย็น การเข้าร่วมพิธีทางศาสนาในบางพิธีการเช่น การเวียนเทียน ส่วนด้านความเจ็บปวดทางกาย อธิบายว่า จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และการประกอบอาชีพค้าขายเป็นการค้าขายปลีก จึงอาจไม่ได้ใช้การออกแรงมากซึ่งจะมีความเจ็บปวดทางกาย กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้ประเมินหรือรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่จะต้องมีการพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นปัจจัยที่กล่าวมาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัยในบทนี้นำเสนอหัวข้อดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. ข้อจำกัดในการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้
4. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

สรุปผลการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน โดยใช้แนวคิดสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยเลือกตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตใจ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด เวลาเย็นใน 6 อำเภอของจังหวัดน่าน คืออำเภอเมือง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว อำเภอท่าวังผา อำเภอเชียงกลาง อำเภอทุ่งช้าง จำนวน 142 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรที่ประกอบอาชีพค้าขายเวลาเย็น ในจังหวัดน่าน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ประเภทค้าปลีกสินค้าทางการเกษตร อาหาร ในเวลาเย็น ที่มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพค้าขายสินค้า เป็นเจ้าของร้านที่ทำการค้าขาย และบริหารจัดการ
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอที่ตนประกอบอาชีพอยู่ได้แก่อำเภอเมือง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว อำเภอท่าวังผา อำเภอเชียงกลาง อำเภอทุ่งช้าง

3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย

- 1.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก ยี่ห้อ Calibration รุ่น LFH 64100 ได้รับมาตรฐานความแม่นยำจาก ISO/IEC 17025
- 1.2 เครื่องวัดส่วนสูงยี่ห้อ Calibration รุ่น LFH 64100 ได้รับมาตรฐานความแม่นยำจาก ISO/IEC 17025
- 1.3 เครื่องวัดความดันโลหิต ยี่ห้อ Rossmax รุ่น MediGuard 150f แม่นยำตามมาตรฐาน CE0366 (ข้อกำหนดมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ สหพันธรัฐยุโรป 93/42/EEC)

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ความดันโลหิต การศึกษา ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ ค่าขาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

3. แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (The 36- Item Short-Form Health Survey หรือ SF-36 ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2536) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้านคือ กิจกรรมทางกาย ปัญหาผลกระทบจากทางกาย ความเจ็บปวดทางกาย สุขภาพทั่วไป ความกระปรี้กระเปร่า กิจกรรมทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ และด้านสุขภาพจิต

4. แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II (The Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP II) พัฒนาโดย วอล์กเกอร์และฮิลล์ (Walker & Hill, 1996) ในการศึกษานี้ใช้ฉบับที่แปลและปรับเป็นภาษาไทยโดย นันทวัน สุวรรณรูป และ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2547) ซึ่งมีจำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การเคลื่อนไหวร่างกาย และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบอาชีพค้าขาย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง ด้วยสถิติ independent t-test รวมถึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ((อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อ

เจ็บป่วย) คะแนนภาวะสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และ Spearman Rank Correlation สำหรับตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน มีภาวะสุขภาพในระดับต่ำกว่าเกณฑ์การมีภาวะสุขภาพดี โดยภาวะสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพ พบว่า การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ .05 ตามลำดับ ($r = .26$; และ $r = .27$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .36$) ส่วนเพศหญิง พบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .36$)

3. คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ก่อนไปในทางดี โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีคะแนนสูงที่สุดคือด้านโภชนาการ รองลงมาคือด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$) และพบว่าระยะเวลาในการประกอบอาชีพค้าขาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .23$) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า การศึกษาและตัวแปรระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเพศหญิง ($r = .26, p < .05$; $r = .43, p < .01$ ตามลำดับ)

5. คะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ($r = .27, p < .01$) และพบว่าภาวะสุขภาพด้านปัญหาผลกระทบทางกาย สุขภาพทั่วไป ความกระปรี้กระเปร่า การแสดงออกทางอารมณ์ และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .23$; $r = .31$; $r = .34$; $r = .19$; และ $r = .24$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมของเพศชายไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่พบว่าภาวะสุขภาพด้านความกระปรี้กระเปร่า และภาวะสุขภาพด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$; และ $r = .31, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม ($r = .33, p < .01$) ปัญหาผลกระทบจากกิจกรรมทางกาย สุขภาพทั่วไป ($r = .35$; และ $r = .33, p < .01$) ความกระปรี้กระเปร่า กิจกรรมทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .27$; $r = .22$; $r = .28$; และ $r = .26$ ตามลำดับ)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน เป็นประชากรหลายกลุ่ม รวมทั้งชนกลุ่มน้อยแต่การศึกษานี้มีชนกลุ่มน้อยเพียง 12 คน จึงทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่านที่เป็นชนกลุ่มน้อยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่สนับสนุนแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ดังนี้

1. จากผลการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพหรือชีวนามัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล ควรให้ความสนใจในการคัดกรองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มนี้ โดยจัดบริการให้ความรู้ด้านโภชนาการ โรคที่เกิดจากภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง อันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง อยู่อย่างต่อเนื่อง จัดบริการคัดกรองสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายให้สอดคล้องกับการประกอบอาชีพ

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นด้านที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุด จึงควรมีการพัฒนาจัดกิจกรรมด้านการออกกำลังกายแก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ให้สอดคล้องกับวิถีการประกอบอาชีพในเวลาเย็น โดยอาจจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในช่วงเวลาเช้า เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายมากขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือข้อเข่าเสื่อมเป็นต้น และคะแนนภาวะสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์ปกติดังนั้นควรมีการ

จัดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น แก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (National Institutes of Health, 2004) เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด อย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการบริการด้านการให้ความรู้ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดโรคแก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผลจากการศึกษา พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ปล่อยให้อาการเจ็บป่วยหายเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

จากข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพค้าขายชาย กลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดที่เป็นชนกลุ่มน้อย ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดเช้า เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพค้าขายยิ่งขึ้น
2. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) โดยการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและติดตามผลระยะสั้นจากการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการจัดกิจกรรม และติดตามผลระยะยาวจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน
HEALTH STATUS AND HEALTH PROMOTING BEHAVIOR AMONG MARKET
MERCHANTS IN NAN PROVINCE

บุญญาภา กันยะ 4837038 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing), พรรณวดี พุทธิวัฒนะ,
วท.ค. (โภชนศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดตอนเย็น ในเขต 6 อำเภอ ของจังหวัดน่าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน อายุระหว่าง 15 – 60 ปี (ค่าเฉลี่ย = 41.04; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.16) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงในการทดสอบค่าที่สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ในการหาค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์สุขภาพดี และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ค่อนข้างต่ำในระดับดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากนี้การศึกษาและระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการวางแผนจัดโปรแกรมสำหรับสร้างเสริม

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพค้าขาย ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อันจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีเต็มศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ให้ความหมาย สุขภาพหรือ สุขภาวะคือภาวะที่เป็นสุขทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยปราศจากโรคและความพิการซึ่งเป็นการรักษาเสถียรภาพ (stability) ซึ่งภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความสุขอันสุดยอดของมนุษย์อันแสดงถึงการบรรลุเป้าหมายอันสูงสุดในชีวิต (self-actualization) จากความหมายของสุขภาพ ดังกล่าวนี้นำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาพกลายเป็นนโยบายหลักของระบบบริการสุขภาพแทบทุกประเทศทั่วโลก ในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่มียุทธศาสตร์ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า การมุ่งบำบัดรักษาโรคเป็นหลักไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้บุคคลในชาติมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของประชาชนบางส่วนมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมและวิถีทางดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งสภาวะแวดล้อมที่เป็นมลภาวะต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถควบคุมและป้องกันได้หากตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและการป้องกันอันตรายจากมลภาวะรอบข้างที่จำเป็นต้องเผชิญ การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม สามารถป้องกันโรคจากการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพได้

โรคจากการประกอบอาชีพเป็นโรคที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยแสดงให้เห็นได้ทั้งชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง บางโรคอาจทำให้ผู้ประกอบอาชีพนั้นพิการ ทูพลภาพหรือตายได้ ด้วยเหตุนี้สำนักงานประกันสังคม (สำนักงานประกันสังคม, 2545) จึงมีการส่งเสริมให้มีการประกันสุขภาพในสถานประกอบการขึ้น แต่เนื่องด้วยผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด มิได้มีผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพโดยตรง และผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดบางรายเป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งยังไม่ได้รับสิทธิเป็นประชาชนชาวไทย นอกจากนี้ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดที่มีปัญหาสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทางอ้อม เช่น เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค สินค้าไม่สะอาดได้มาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพต่อผู้รับบริการตามมาได้ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มนี้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ซึ่งจังหวัดน่านเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ที่มีประชากรหลายกลุ่มอาศัยอยู่ทั้งคนไทยและชนกลุ่มน้อย เช่น ชาวเขาเผ่าม้ง ชาวไทยลื้อ เป็นต้น โดยอาชีพค้าขายเป็นอาชีพหลักอาชีพหนึ่งของประชากรใน

จังหวัด ซึ่งแม้จะเป็นรายได้หลักของครอบครัวแต่ก็ไม่แน่นอน ดังนั้นผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าเหล่านี้จึงมีโอกาสเผชิญกับความเครียดจากรายได้และปัญหาชุมชนตลาดที่มาจากหลากหลายวัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆ รวมทั้งอุปสรรคในการเดินทางเพื่อเข้าหาแหล่งประโยชน์ทางด้านการบริหารสุขภาพ ทั้งมลภาวะจากสภาพแวดล้อมในตลาด ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายได้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ซึ่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายซึ่งเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งของจังหวัดน่านยังไม่พบว่ามีรายงานถึงข้อมูลเหล่านี้แม้ว่ามีโครงการพัฒนาบริการโดยเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้วก็ตาม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมด้านบวกที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

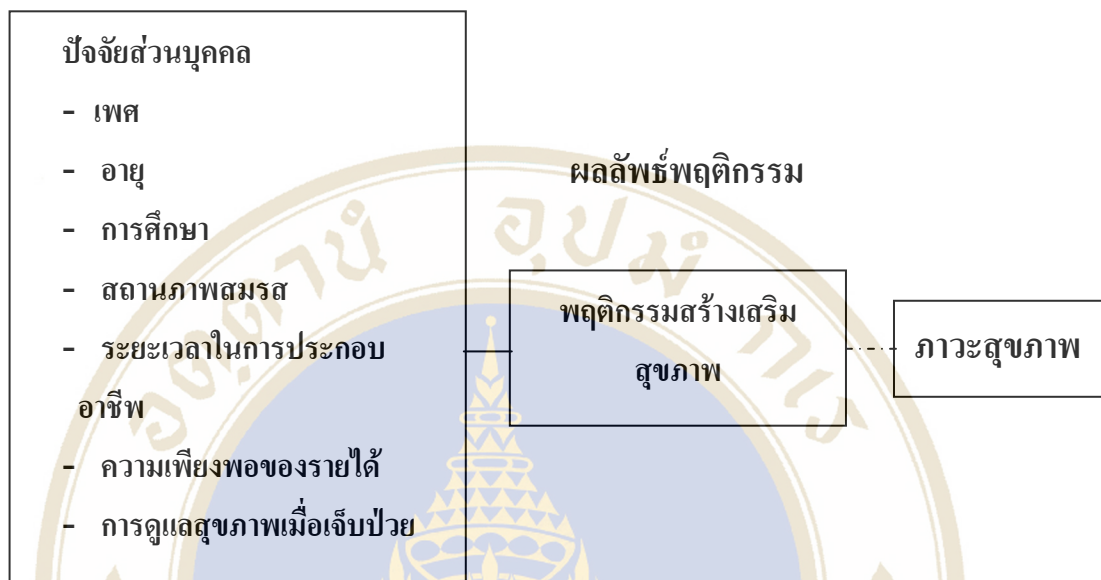
การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 2002) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยเพ็นเดอร์ ได้อธิบายแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานมุมมองของศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Pender, 1996) ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนประกอบย่อย 2 ส่วนคือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตโดยเฉพาะพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความสามารถหรือความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อาชีพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ

2. ปัจจัยด้านความรู้คิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior - specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรหลักในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งปัจจัยในด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits to action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers to action) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (perceived self-efficacy) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (activity - related affect) อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (situational influence)

3. ปัจจัยด้านผลลัพธ์พฤติกรรม (behavioral outcome) ซึ่งผลลัพธ์พฤติกรรมประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (commitment to plan of action) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรม ความต้องการและความชอบในการที่จะกระทำในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) ซึ่งถือว่าเป็นจุดสุดท้ายหรือผลลัพธ์ของการกระทำในแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพของเฟ้นเดอร์ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีของเฟ้นเดอร์มีจุดเน้น บทบาทของบุคคลที่มีความกระตือรือร้น (active role) ในการที่จะคงหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ใหญ่ (Duffy, Rossow, & Hernandez, 1996; Pender, 1996; Martinelli, 1999) วัยรุ่น (Gillis, 1994) และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ถึงร้อยละ 42 (Frank-Stromberg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990) นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวสามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพยังเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก เพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำจนกระทั่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในทุกช่วงชีวิตของบุคคล (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ในขณะเดียวกันการมีภาวะสุขภาพดีและบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพดีก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการจะมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Pender, 1996) ซึ่งเป็นตัวแปรที่เลือกมาในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเฟ้นเดอร์ (Health Promotion Model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังแผนภูมิที่ 1

ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามวิจัย

1. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเป็นอย่างไร
2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดจังหวัดน่านระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันหรือไม่
3. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน หรือไม่ ทั้งโดยรวมและรายด้านในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง
4. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดจังหวัดน่าน มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ทั้งโดยรวมและรายด้านในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด
2. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดโดยรวมและรายด้านระหว่างเพศชายกับเพศหญิง
3. ศึกษาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดโดยรวม และในกลุ่มเฉพาะเพศชายและเพศหญิง
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดจังหวัดน่าน ก่อนไปในทางที่ไม่ดี
2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน
3. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ทั้งโดยรวมและรายด้านและเฉพาะในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง
4. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เพ็นเดอร์ (Pender, 2006) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ คือการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ และมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่น ในขณะที่ต้องการการปรับตัวเพื่อการคงไว้ซึ่งความมั่นคงและความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นตามแนวคิดเพ็นเดอร์ สุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สุขภาพเน้นความคงที่ (health focusing on stability) กล่าวคือสุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อยได้แก่ ร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. สุขภาพเน้นความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (health focusing on actualization) กล่าวคือสุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ซึ่งเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์สูงสุดในภาวะใดภาวะหนึ่ง ที่อยู่บนความต่อเนื่องระหว่างเจ็บป่วยและสุขภาพดี

3. สุขภาพเน้นความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (health focusing on stability and actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำรงชีวิต และสามารถดำรงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

แนวคิดของเพ็นเดอร์ (Pender, 2006) ระดับของภาวะสุขภาพจะดำเนินไปตามความต่อเนื่องระหว่างสุขภาพดีและการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะประสบการณ์การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการต่างๆ

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยนี้เอง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเองซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลอย่างเลี่ยงไม่ได้ (Brunner & Suddarth, 1988 as cited in Pender, 2006) การรับรู้สุขภาพเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกเพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น การรับรู้สุขภาพในทางลบจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่วนการรับรู้สุขภาพในทางบวกจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ เกิดแรงกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเพราะการรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นจึงมีการศึกษา ภาวะสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา พบว่า สถานภาพสมรส จำนวนคนที่รับภาระเลี้ยงดู ระยะเวลาในการทำงาน ความพอใจในการประกันสุขภาพ การเข้าทำงานเป็นกะ และขนาดโรงงาน มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา นอกจากนี้ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า การดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ดังนั้นการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมที่ดี เช่น การดูแลตนเอง แต่ผลจากการศึกษาของ มธุรส เพชรดี (2546) ศึกษาพฤติกรรม

สุขภาพหลังการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ การขาดการออกกำลังกายต่อเนื่อง รองลงมาคือ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง จากการศึกษาภาวะสุขภาพที่ผ่านมาจะเห็นว่าภาวะสุขภาพได้รับความสนใจศึกษาทั้งกลุ่มผู้มีความเสี่ยงจากพฤติกรรม และการประกอบอาชีพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัจจัยทั้งจากการประกอบอาชีพและพฤติกรรมของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ประกอบการค้าขายสินค้าในตลาดสด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) การที่บุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา- การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) โดย 1) ปัจจัยด้านสติปัญญา- การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ของพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ 3) ตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นจากการกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) ได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยต่างมากมาย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดพบว่า บางปัจจัยได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสภาพ และตัวชี้แนะการกระทำไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ค.ศ. 2005 เพ็นเดอร์จึงได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ (revise health promotion model) โดยมีการจัดกลุ่มและปรับเปลี่ยนการเสนอความสัมพันธ์ของโมเดลตัวใหม่ (Pender, 2006) โดยเน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะบุคคลที่แตกต่าง ซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีตและความสำคัญของประสบการณ์กับการพิจารณาเป้าหมายของพฤติกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต (prior related behavior) ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม และมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of actions) การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ

(perceived benefits of action) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceive self-efficacy) อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (activity-related affect) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences)

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavior outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรม ประกอบด้วย พันธะต่อแผนการกระทำ (commitment to plan of action) ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพตนเองในทางบวก บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ผสมผสานวิธีการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพในทางบวกตลอดชีวิต ซึ่งเพ็นเดอร์ และเพ็นเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นนิสัย ดังนั้นเรียกได้อีกอย่างว่า “แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ”

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibilities) เป็นการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง โดยการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติต่างๆในร่างกาย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายตั้งแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจร่างกายประจำปี เพราะการได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆที่เหมาะสมนั้น สามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2538) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ความสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการปรึกษากับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activities) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านร่างกายอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย หรือการออกกำลังกายในระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินแทนการใช้รถ นอกจากการออกกำลังกายแล้วกิจกรรมทางกายยังรวมถึงกิจกรรมต่างๆเพื่อการพักผ่อน และสันทนาการ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับร่างกายได้ใช้พลังงานเช่นกัน 3) ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบลักษณะในการรับประทานอาหารเช้าเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การรับประทานอาหารเช้าที่ครบ 5 หมู่ และงดรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นต้น และควรรับประทานอาหารเช้าที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ นอกจากนี้ เพ็นเดอร์ (Pender, 1987) ยังได้เสนอให้บุคคลทั่วไปรับประทานอาหารเช้าตามความต้องการพลังงานในแต่ละวัน ซึ่งแต่ละบุคคลก็ต้องการพลังงานในการดำรงชีพในแต่ละวันแตกต่างกันไปตาม อายุ เพศ และ

กิจกรรมประจำวัน 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่นการพูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือปัญหากับบุคคลใกล้ชิด การมีเวลาที่จะได้ทำกิจกรรมหรืออยู่ร่วมกันกับครอบครัว หรือเพื่อนสนิท การแสดงความยินดีหรือแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่น 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ดีแสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิตความตระหนักในการกำหนดจุดหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การให้ความสำคัญของชีวิต ความรัก ความหวัง และการให้อภัย และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้วิธีลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านร่างกายโดยการออกกำลังกาย ด้านจิตใจโดยการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า รับรู้สมรรถนะของตนเอง มีการแสดงออกที่เหมาะสม พัฒนาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญความเครียด ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ลัสก์, โรนีส และเคอร์ (Lusk, Ronis, & Kerr, 1995) ศึกษาแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ พบว่า คนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าชนผิวขาว และพบว่าคนที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า

เพ็นเดอร์และวอล์คเกอร์ (Pender & Walker, 1990) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) เลือกรับรู้ปัจจัย ด้านความรู้ - การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในบริษัทที่มีคนงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ จำนวน 6 บริษัท ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ด้านที่คะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการบริหารจัดการความเครียด นอกจากนั้นอีก 3 เดือน ต่อมาได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานซ้ำ พบว่าโดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานมีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพใน

สถานประกอบการ โดยปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้และปัจจัยร่วม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31 การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สถานที่ในการศึกษาเป็นตลาดสด เนื่องจากสภาพตลาดที่ประกอบอาชีพเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ต้องเจอในชีวิตประจำวัน หากลักษณะตลาด สกปรก ไม่ปลอดภัย และไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดต้องเผชิญกับมลภาวะ เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ซึ่งสภาพปัญหาของตลาดที่อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและเกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดและผู้บริโภค เนื่องจากสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของตลาดมีปัญหาด้านต่างๆ 8 ประการ ดังนี้

1. สุขลักษณะทั่วไปของตลาด เช่น จราจรไม่ดี ถนนรอบตลาดชำรุด มีน้ำท่วมขัง พื้นตลาดชำรุด สินค้าวางเกะกะไม่เป็นระเบียบ ทางเดินแคบ และมีคราบสกปรก เป็นต้น
2. การจัดการมูลฝอย เช่น หยากไข่ตามเพดานไม่ได้รับการกำจัด ไม่ทิ้งมูลฝอยลงที่รองรับมูลฝอย ทำให้มูลฝอยเกลื่อนกลาดไม่น่าดู การเก็บขนมูลฝอยไม่หมด ทำให้เกิดมูลฝอยตกค้างและมีน้ำเสียไหลจากกองมูลฝอย ทำให้เกิดกลิ่นเหม็น เป็นต้น
3. การจัดการน้ำดื่ม/น้ำใช้ เช่น ไม่มีบริการน้ำใช้ หรือมีก็มีแบบไม่มีระบบท่อ ทำให้ไม่สะดวกในการใช้
4. การจัดการน้ำเสีย เช่น รางระบายน้ำอุดตัน ทำให้น้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง และมีกลิ่นเหม็น พื้นไม่เสมอน้ำขัง มีความเอะอะภายในตลาด เพราะผู้ขายของชำระล้างสินค้า เป็นต้น
5. การจัดการสิ่งปฏิกูล เช่น ห้องน้ำ และห้องส้วมสกปรก และไม่ได้มาตรฐาน ทั้งในด้านจำนวน และสุขลักษณะของส้วม เป็นต้น
6. การป้องกันควบคุมสัตว์และแมลงจากพาหะนำโรค เช่น ไม่มีการป้องกันควบคุมหนู แมลงวัน และแมลงสาป เป็นต้น
7. การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีการล้างตลาด หรือมีก็ไม่ถูกต้อง และผู้บริหารขาดความตระหนักในด้านสุขลักษณะ ของตลาด ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพของสินค้า เป็นต้น
8. ผู้ขายของและผู้ช่วยขายของในตลาด เช่น ผู้ขายของ และผู้ช่วยขายของในตลาดปฏิบัติตัวไม่ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีการศึกษาถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพต่าง ๆ นั้น ยังไม่ครอบคลุมทุกสาขาอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ เวลาในการออกกำลังกาย

ช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งผลจากการศึกษาพบว่าผู้ประกอบอาชีพต่าง ๆ นั้นมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันรวมทั้งพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละอาชีพจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันออกไป และนอกจากนี้ประชากรในแต่ละกลุ่ม มีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น จึงเป็นกลุ่มประชากรอาชีพหนึ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากเป็นกลุ่มอาชีพที่มีเวลาในการประกอบอาชีพแตกต่างจากประชากรกลุ่มอาชีพอื่นๆ รวมทั้งมีวิถีการดำรงชีวิตที่อาจเสี่ยงให้เกิดการเจ็บป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่บุคคลปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

ลักษณะงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดของจังหวัดน่าน จำนวน 12 อำเภอที่มีตลาดสด จากทั้งหมด 14 อำเภอ และอีก 1 กิ่งอำเภอ เนื่องจาก 2 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอ ไม่ได้มีรูปแบบการค้าขายแบบตลาด แต่เป็นการค้าขายในรูปแบบร้านค้า ที่มีรายได้หลักจากการค้าขายปลีกร้านค้าในตลาดสด

กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจาก 6 อำเภอใน 12 อำเภอ ทำการค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเช้า จึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 6 อำเภอที่มีการค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น ที่มีคุณสมบัติดังนี้ ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ประเภทค้าปลีกร้านค้าทางการเกษตร โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอที่ตนประกอบอาชีพ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว อำเภอท่าวังผา อำเภอเชียงกลาง และอำเภอทุ่งช้าง ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สถานที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ที่ชุมชนตลาดเวลาเย็น หรือ ตลาดสดเวลาเย็น ซึ่งเป็นแหล่งรวมสินค้าประเภทต่างๆ ที่ประชาชน หรือผู้บริโภค สามารถเข้าไปหาซื้อสินค้าที่ต้องการได้ เช่น สินค้าประเภทอาหาร ทั้งอาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารสดต่างๆ ผัก ผลไม้ เครื่องปรุงรสต่างๆ ลักษณะตลาดที่ทำการค้าขายในของจังหวัดน่าน มีลักษณะหลังคาเป็นสังกะสีหรือกระเบื้อง ด้านข้างทั้งสี่ด้านเปิดโล่งเพื่อระบายอากาศ พื้นมีลักษณะแตกต่างกันบางอำเภอเป็นพื้นคอนกรีต และบางอำเภอเป็นเนินพื้นดินสูงกว่าระดับปกติประมาณ 1-2 วา ซึ่งการค้าขายสินค้าเป็นสินค้าทางการเกษตรประเภทขายปลีกในตลาดสดในเวลาเย็น ส่วนการค้าขายในเวลาเช้าจะเป็นการค้าส่งในปริมาณมากๆ เพื่อนำไปแยก บรรจุใหม่และนำไปขายปลีกในร้านค้าของบางอำเภอไม่มีการค้าขายในรูปแบบตลาด รวมทั้งในเวลาเช้าจะเป็นการค้าขายสินค้าของประชากรหลากหลายท้องที่ที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งเป็นการค้าขายจากประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกสถานที่ศึกษาเป็นตลาดที่การค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น โดยเป็นการค้าขายสินค้าจากประชากรที่อาศัยในอำเภอนั้นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) เครื่องวัดส่วนสูงยี่ห้อ Calibration 3) เครื่องวัดความดันโลหิต 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ความดันโลหิต ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพค้าขาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยเป็นข้อคำถามแบบให้เลือก และเป็นข้อคำถามปลายเปิดสำหรับเรื่อง อายุ รายได้ และการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 5) แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้านคือ กิจกรรมทางกาย (10 ข้อ) ปัญหาผลกระทบจากทางกาย (4 ข้อ) ความเจ็บปวดทางกาย (2 ข้อ) สุขภาพทั่วไป (5 ข้อ) ความกระปรี้กระเปร่า (4 ข้อ) กิจกรรมทางสังคม (3 ข้อ) การแสดงออกทางอารมณ์ (5 ข้อ) และสุขภาพจิต (3 ข้อ) โดยลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ คิดคะแนนแตกต่างกันในแต่ละข้อคำถาม คะแนนรวมของแบบสอบถามคำนวณเป็น 100 คะแนนแปลผลคะแนนโดยคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 50 หมายถึงการมีภาวะสุขภาพดี และ 6) แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีจำนวน 43 ข้อ คำถามประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (7 ข้อ) ด้านโภชนาการ (8 ข้อ) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (7 ข้อ) ด้านการจัดการความเครียด (6 ข้อ) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (7 ข้อ) และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (8 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมิน 4 ระดับ คือ คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม

นั้นเป็นบางครั้ง และคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย ข้อคำถามของแบบวัดเป็นลักษณะเชิงบวกทั้งหมด การแปลผลคะแนน คะแนนมากหมายถึง มีวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล ภายหลังได้รับหนังสือรับรองแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่ระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้การศึกษารั้งนี้จะไม่ผลต่อการประกอบอาชีพ (ภาคผนวก ง) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นภาษาพื้นเมือง และตรวจร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและการวัดความดันโลหิต ใช้เวลาคนละ 30 นาทีโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวันละ 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยายในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) และการทดสอบค่าที (independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 142 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.15 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.04 ปี (SD = 10.16) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 22.40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.43) ซึ่งอยู่เกณฑ์ปกติ (18.5 – 23.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขายเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 30.99 และพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระเลี้ยงดูบิดา-มารดาและบุตร/หลาน (ร้อยละ 71.13) ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.21 ใช้สิทธิบัตรทองในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 84.50 ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ในด้านโรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.87 ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.65 ไม่เคยเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

ภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 49.99 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.98) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ หรือมีปัญหาสุขภาพ (คะแนน < ร้อยละ 50 หมายถึงมีปัญหาสุขภาพ และคะแนน $\geq$ ร้อยละ 50 หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตและด้านสุขภาพทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพพบว่า การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .01$; $r = .27, p < .05$ ตามลำดับ) โดยในเพศชายพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$) และเพศหญิงพบว่า ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก่อนไปในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2.74 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.40) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยกึ่งกลางของแบบวัด (2.0 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าด้านอื่นๆ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายคะแนนน้อยกว่าด้านอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$; และ $r = .23, p < .01$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศชายไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนในเพศหญิง พบว่า การศึกษาและระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .05$; และ $r = .43, p < .01$ ตามลำดับ)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) และรายด้านพบว่า ปัญหาผลกระทบทางกาย สุขภาพทั่วไป ความกระปรี้กระเปร่า การแสดงออกทางอารมณ์ และปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$; $r = .31, p < .01$; $r = .34, p < .01$; $r = .19, p < .01$; และ $r = .24, p < .01$ ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อแยกตามเพศ พบว่าภาวะสุขภาพของเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพทั่วไปและความกระปรี้กระเปร่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, p < .05$; และ $r = .45, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนในเพศหญิงพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) เมื่อพิจารณารายได้พบว่า ภาวะสุขภาพด้าน ปัญหาผลกระทบทางกาย สุขภาพทั่วไป ความกระปรี้กระเปร่า กิจกรรมทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ และสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .35, p < .01$; $r = .33, p < .01$; $r = .27, p < .05$; $r = .22, p < .05$; $r = .28, p < .05$; และ $r = .26, p < .05$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ผลการวิจัย พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยภาพรวมได้ 49.99 คะแนน ($S.D = 9.98$) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้นและเกือบก่อนมาทางระดับดี (คะแนนเฉลี่ย $\geq$ ร้อยละ 50: ภาวะสุขภาพดี) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่านโดยภาพรวมพบว่า ก่อนไปในระดับดี โดยได้คะแนนเฉลี่ย 2.74 คะแนน ($S.D = 0.40$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมในระดับมาก (สุนิสา ล่ามช้าง, 2550) สามารถอภิปรายได้ว่า จากการที่

ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ต้องพบปะกับผู้คนหลากหลายอาชีพซึ่งการพบปะพูดคุย นั้นเพื่อทำการแลกเปลี่ยนสินค้าเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพหรือการรับรู้ วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นอาจยังได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้บริบทด้าน การประกอบอาชีพพบว่า ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่คือการค้าขายเพื่อให้ได้รายได้ที่เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัวการเข้าถึงข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัยอาจได้รับข้อมูลเพียงบางส่วนเท่านั้น ส่วนบุคคลกรสายวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์ สุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพตลอดเวลาทั้งขณะทำงานและ สถานที่ต่างๆ ทำให้รายละเอียดของข้อมูลมากกว่าบริบทของการประกอบอาชีพค้าขายสินค้าใน ตลาดสด และอาจเนื่องมาจากผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด มีภาระความรับผิดชอบ ความจำกัดด้านเวลา ทำให้การติดตามข่าวสารทางด้านสุขภาพขาดความต่อเนื่อง การเข้าถึงแหล่ง บริการสุขภาพมีข้อจำกัด นอกจากนี้แม้จะแนะนำภาวะสุขภาพจะต่ำกว่าเกณฑ์การมีภาวะสุขภาพดีแต่ ต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยการที่มีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งมีผลต่อสุขภาพที่ไม่รุนแรงโดยเกือบ 3 ใน 4 ของกลุ่ม ตัวอย่างไม่เคยเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จึงอาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การมีพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพดี โดยไม่คิดว่ามีปัญหาอุปสรรคจากภาวะสุขภาพ

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพรายด้านพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพด้านความกระปรี้กระเปร่า สุขภาพทั่วไป กิจกรรมทางสังคม สุขภาพจิต อยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยดีกว่าด้านอื่น อธิบายได้ว่าแม้ การประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดจะเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงมาก แต่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขาย สินค้าในตลาดสดก็หาแนวทางให้ตนมีกำลังกายในการทำงาน และมีการทำกิจกรรมทางสังคม ร่วมกันเพื่อช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์ (2543) กล่าวว่า การลดความเครียด สามารถทำได้ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ด้าน ร่างกาย มุ่งที่การออกกำลังกาย ส่วนด้านจิตใจสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ การรับรู้ ของตนเอง การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความรู้ในความสามารถของตนเอง กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหา และค้นหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญ ปัญหา

ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยดีกว่าด้านอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของการ์ซีนและเพ็นเตอร์ (Granzin, Janeen & Painter, 1998) พบว่าผู้ ประกอบอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง เนื่องจากผู้ประกอบการ อาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดมีความต้องการอาหารตามความต้องการพลังงานในการประกอบ

อาชีพจึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเนื่องจากการประกอบอาชีพต้องพบปะกับผู้ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดและผู้บริโภคเป็นประจำ จำเป็นที่จะต้องมีการพูดคุย ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาเพื่อเอื้อต่อการประกอบอาชีพในแต่ละวัน ทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่าด้านอื่นๆ และด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณสอดคล้องกับการศึกษาของ จรวยพร สุภาพ (2540) ศึกษาในสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเชื่อทางพุทธศาสนา รวมทั้งมีจารีตประเพณีที่ดีงาม ที่ได้รับการปลูกฝังการปฏิบัติมาตั้งแต่อดีต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยพัฒนาจิตวิญญาณของคนในสังคมให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข แม้ว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่านจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าด้านอื่นๆ แต่จากข้อมูลด้านสุขภาพจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด และเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ไข้หวัด และความดันโลหิตสูงมากที่สุดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากตลาดสด มีอาหารให้เลือกหลากหลายชนิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน แต่การประกอบอาชีพเพื่อจำหน่ายจำเป็นต้องมีรสชาติที่ถูกต้องผู้บริโภคจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้กับการใช้สารปรุงรส ซึ่งสารปรุงรสเหล่านี้มีปริมาณของโซเดียมสูงซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาจากการประกอบอาชีพเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบได้ ผู้คนละอองจากการเดินทางซื้อหาสินค้าของผู้คนในตลาด ส่งผลให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเนื่องจากการประกอบอาชีพต้องนั่งหรือยืนอยู่กับที่จึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยไข้หวัดได้ง่าย

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันคล้ายคลึงกับการศึกษาของ พรทิพา สุภราศรี (2543) พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลลดา คล้ายคลึง (2545) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ ชนาวรรณ (2545) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางบวกมากกว่าเพศชาย และแตกต่างจากการศึกษาของพาแลงค์ (Palank, 1999: 823) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และเพศหญิงจะมีสุขอนามัยเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองและวิธีการผ่อนคลายได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งอธิบายได้ว่า แม้ว่าจะมีความแตกต่างเรื่องเพศซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตนที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างกัน แต่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน อยู่ในสภาพแวดล้อมและสังคม ที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมือนกัน จึงไม่ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันแม้จะมีความแตกต่างทางเพศก็ตาม

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการมีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าข้อมูลดังกล่าวมีค่าใกล้เคียงกัน จึงอาจมีผลทำให้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534; พรทิwa ศุภราศรี, 2543) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (สมจิตรา เหมงาเกษ, 2539; Natechang, 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาก่อนข้างสูงในการประกอบอาชีพค้าขาย ซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2541) และเชษฐรัตน์ สุขกำเนิด (2545) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นการศึกษาจึงพบว่ามี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ส่วนระยะเวลาในการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ นั้น สงบ เพิ่มพูนพิพัฒน์ (2547) กล่าวว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เป็นเวลานานย่อมรู้จักการปรับตัวให้ทันกับข่าวสารต่างๆ ของสุขภาพ ตลอดจนสามารถควบคุมดูแลเหตุสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ภายใต้สังคมเดียวกันได้ดีกว่าผู้ที่กำลังปรับตัวต่อกิจกรรมนั้นๆ ส่วนตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งนี้อาจเนื่องจากการกระจายของข้อมูลดังกล่าวมีไม่มากพอที่จะเห็นความสัมพันธ์ได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเพศหญิง คือ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาในการประกอบอาชีพในเพศหญิงมีการกระจายของข้อมูลมากกว่าเพศชาย ในขณะที่ขณะที่ตัวแปรระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในเพศชายแต่ไม่พบในเพศหญิง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าเพศชายมีส่วนของการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่ามากกว่าเพศหญิงจึงพบความสัมพันธ์ตัวแปรดังกล่าวในเพศชายด้วยเหตุผลสนับสนุนที่ได้กล่าวมา

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษา และระยะเวลาในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับหลายการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีวุฒิการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือมีแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำ (กมลทิพย์ ด่านชัย, 2540; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; Kasl & Cobb, 1996) และเพ็นเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และเื้ออานวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีความรู้ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนระยะเวลาในการประกอบอาชีพ อธิบายได้ว่าการประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ประกอบการมีประสบการณ์หาวิธีการปรับตัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งอาจมีผลต่อเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ในครอบครัวได้ ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพในระยะเวลาสั้นอาจทำให้ขาดประสบการณ์ในการปรับตัวต่อการประกอบอาชีพและส่งผลต่อวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการประกอบอาชีพเฉลี่ย 2.65 ปี โดยมากกว่าร้อยละ 50 ประกอบอาชีพมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี ขึ้นไป

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า คนมีภาวะสุขภาพที่ดีย่อมมีความพร้อมทั้งกายและใจที่พร้อมจะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังการศึกษาของซิดนีย์และ เชฟราด (Sidney & Shephard, 1981 อ้างใน ทรงพันธ์ สิงแก้ว, 2547) พบว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนดี จะรายงานการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้สุขภาพของตนไม่ดี และสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รายงานไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 78.8 และไม่เคยเจ็บป่วยในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 74.65 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (จิตอารี ศรีอาคะ, 2543; Klinger, 1984 อ้างในสุกัญญา ไพทโสภณ, 2539) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านกิจกรรมทางกาย ความเจ็บปวดทางกาย และด้านกิจกรรมทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ในการประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน เป็นการประกอบอาชีพในเวลาเย็น มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การออกกำลังกายในเวลาเย็น การเข้าร่วมพิธีทางศาสนาในบางพิธีการเช่น การเวียนเทียน ส่วนด้านความเจ็บปวดทางกาย อธิบายว่า จากผลการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และการประกอบอาชีพค้าขายเป็นการค้าขายปลีก จึงอาจไม่ได้ใช้การออกแรงมากซึ่งจะมีผลต่อความเจ็บปวดทางกาย กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้ประเมินหรือรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่จะต้องมีการมีพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นปัจจัยที่กล่าวมาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน เป็นประชากรหลายกลุ่ม รวมทั้งชนกลุ่มน้อยแต่การศึกษาครั้งนี้มีชนกลุ่มน้อยเพียง 12 คน จึงทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่านที่เป็นชนกลุ่มน้อยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นพยายามผู้ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพหรือชีวนามัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล ควรให้ความสนใจในการคัดกรองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มนี้ โดยจัดบริการให้ความรู้ด้านโภชนาการ โรคที่เกิดจากภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง อันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง อยู่อย่างต่อเนื่อง จัดบริการคัดกรองสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายให้สอดคล้องกับการประกอบอาชีพ
2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นด้านที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุด จึงควรมีการพัฒนาจัดกิจกรรมด้านการออกกำลังกายแก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ให้สอดคล้องกับวิถีการประกอบอาชีพในเวลาเย็น โดยอาจจัดกิจกรรมการออก

กำลังภายในช่วงเวลาเช้า เพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายมากขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือข้อเข่าเสื่อมเป็นต้น และคะแนนภาวะสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ดังนั้นควรมีการจัดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น แก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (National Institutes of Health, 2004) เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด อย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการบริการด้านการให้ความรู้ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดโรคแก่ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผลจากการศึกษา พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ปล่อยให้อาการเจ็บป่วยหายเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพค้าขายกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดที่เป็นชนกลุ่มน้อย ผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดเช้า เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพค้าขายยิ่งขึ้น

2. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) โดยการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและติดตามผลระยะสั้นจากการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการจัดกิจกรรม และติดตามผลระยะยาวจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

**HEALTH STATUS AND HEALTH PROMOTING BEHAVIOR AMONG
MARKET MERCHANTS IN NAN PROVINCE**

BOONYAPA KANYA 4837038 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUPARB AREE-UE, Ph.D. (NURSING),
PANWADEE PUTWATANA, D.Sc. (NUTRITION)**EXTENDED SUMMARY**

The purpose of this survey research was to examine the health status and health promoting behavior of the market merchants in Nan province. Pender's health promotion model was used as a conceptual model in this study. The sample was comprised of evening market merchants living in 6 districts in Nan province. There were 142 participants between the ages of 15 to 60 years old (mean = 41.04; SD = 10.16). Data was collected by using self-reported questionnaires consisting of a personal data form, a 36-Items Short Form Health Survey: SF-36, and a Health Promoting Lifestyle Profile. Data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics including independent t-test, Pearson's Product moment correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that the health status of market merchants was lower than the healthy standard, while they frequently acted in a way that promoted healthy behavior. Health status and health promoting behavior were significantly associated in a positive fashion. In addition, education and the amount of work experience were significantly associated with health status in positive fashion. Also, education and work experience were significantly correlated to health promoting behavior. However, there were not significant differences in health status and health promoting behavior between men and women. In conclusion, findings from this study could be beneficial for nurses and multidisciplinary health teams to develop a plan for promoting healthy

behavior among market merchants. This would help to decrease risk factors related to non contagious diseases and would promote health in general and the quality of life.

Background and Rational of the Study

Health means happiness of physical, mental, social, and spiritual aspects without diseases and instability (WHO, 1998). Stability extremely reflected human happiness that showed self-actualization. The meaning of health encouraged health promoting behavior to become the major health policy in almost every country all over the world. Thailand was one of those countries that had such health promoting behavior policy because it was obviously realized that only medication was not enough for ensuring good health of people. Besides, some health problems were caused by unsuitable behavior and lifestyle as well as polluted environment. These factors could be prevented and controlled by realizing health importance and prevention harmful pollutions. Then, to adopt suitable behavior could prevent diseases caused by lifestyle and occupation.

Occupational diseases of workers affected both directly and indirectly their body and mind. The symptom could be acute or chronic. Some diseases caused workers to become crippled, disabled, or dead. Therefore, the Social Security Office (2002) had promoted the health insurance in the workplace. However, the market merchants lacked such direct health insurance, and some of them were mountaineers without Thai nationality status. In addition, unhealthy market merchants might indirectly affect their customers such as disease spread, and low standard goods leading to health problems of customers. Thus, health teams should realize health promoting behavior and disease prevention in this specific risk group. Nan is a province in the northern part of Thailand. There are many groups of people both Thai people and hill tribes such as Hmong, and Thailue. Merchant is one of the main occupations in the province. Although these people mainly earned from being merchant, their income was uncertain. Therefore, they were likely to become stressed due to insufficient income, cultural diversity problem, inaccessibility to health management resource, and polluted environment in the market. These factors might affect their health conditions leading to health problems, so the researcher was

interested in studying health status and health promoting behavior of market merchants in Nan whose data had not been reported yet even if they had launched the health promoting behavior project in order to enhance individual health policy planning. Thus, health promoting action was a positive activity contributing to healthy condition of people.

Conceptual Framework of the Study

This study was based on Pender's health promotion model (Pender, 2002) which explained about health promoting behavior mixed between nursing science and behavioral science. The model explained interaction between human and environment influencing on health (Pender, 1996) consisting of 3 main factors as below:

1. Individual characteristics and experiences consisted of 2 components namely past behaviors especially behaviors for success, and personal factors consisting of 3 minor factors. Firstly, biological factors were gender, age, body mass index, and physical capabilities. Secondly, psychological factors included perceived health status. Thirdly, sociocultural factors included occupation, nationality, culture, education, and economical status.

2. Behavior – Specific cognitions and affect was a main variable for health promoting behavior motivation consisting of perceived benefits to action, perceived barriers to action, perceived self - efficacy, activity – related affect, interpersonal influences and situational influence.

3. Behavioral outcome consisted of 3 factors namely commitment to plan of action representing as a starting point of behavior, immediate competing demands and preferences, and health promoting behavior representing as an end or outcome of behavior according to Pender's health promotion model. Pender's model focused on individual active role in maintaining their health condition by adjusting environment and performing health promoting behavior leading to health status. Perceived health status was a significant variable in predicting health promoting behavior in many groups of people such as adult (Duffy, Rossow, & Hermandes, 1996, Pender, 1996; Martinelli, 1999), adolescent (Gillis, 1994), and cancer patients whose perceived health status could predict their exercise by 42% (Frank- Stromberg, Pender, Walker,

& Sechrist, 1990). Moreover, those factors were changeable. Perceived health status also motivated positive behavior for better health status. To perform regular health promoting behavior could result in good health in terms of physical function and good quality of life at all stages (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2005). At the same time, good health and its perception would affect good health behavior. Also, good health status and health promoting behavior depended on gender, age, marital status, education, working period, incomes, and self care (Pender, 1996). Pender's health promotion model was applied as the conceptual framework of this study as shown in diagram 1.

Individual characteristics and experiences

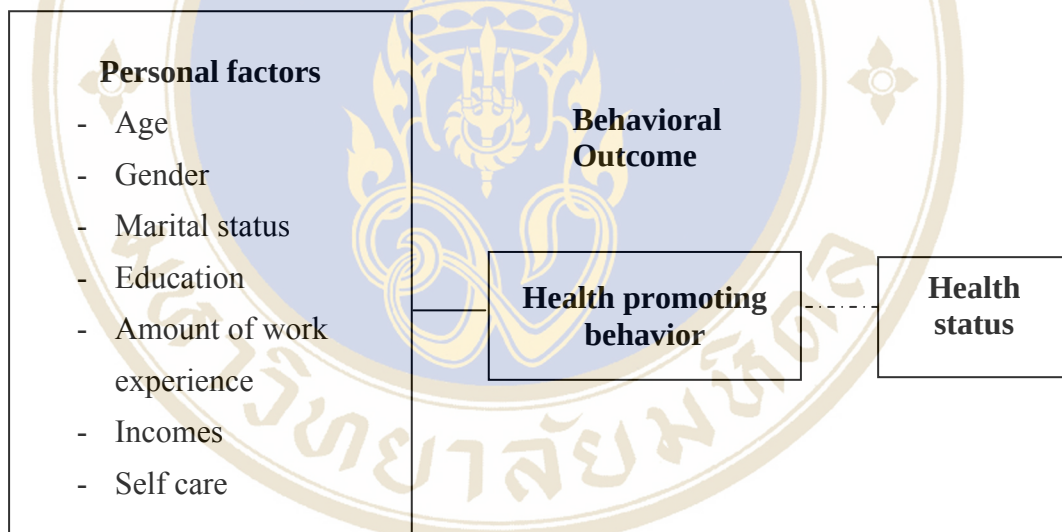


Diagram 1 Conceptual framework

Research Questions

1. How about health status and health promoting behavior in the market merchants?
2. Are there any differences of health status and health promoting behavior in the market merchants between men and women?
3. Are there any association between individual characteristics (age, gender, marital status, education, Amount of work experience, incomes, and self care) and health status and health promoting behavior in the market merchants both men and women?
4. Are there any association between health status and health promoting behavior in the market merchants both men and women?

Research Objectives

1. To study health status and health promoting behavior in the market merchants.
2. To compare health status and health promoting behavior in the market merchants between men and women.
3. To study associations between individual characteristics (age, gender, marital status, education, Amount of work experience, incomes, and self-care), health status, and health promoting behavior in the market merchants both men and women.
4. To study associations between health status and health promoting behavior in the market merchants.

Research Hypothesis

1. Health status and health promoting behavior in the market merchants were rather poor.
2. Health status and health promoting behavior in the market merchants between men and women were different.

3. Individual characteristics (age, gender, marital status, education, Amount of work experience, incomes, and self care) were associated with health status and health promoting behavior in the market merchants both men and women.

4. Health status was associated with health promoting behavior in the market merchants.

Literature Review

According to Pender (2006), health was the ability to achieve self care behavior efficiently and have a good relationship with other people. Meanwhile, it was necessary to maintain environmental stability and balance. Pender divided health into 3 categories as below:

1. Health focusing on stability. Health balance between body, mind, and society were affected by adaptation to changing environment.
2. Health focusing on actualization. Health indicated life achievement that reached the perfect level after sickness and well-being.
3. Health focusing on stability and actualization. Health was the outcome of performance and adaptation to changing environment leading to life achievement and sustainable capabilities.

According to Pender (2006), health level would continuously develop in between well-being and sickness. It was associated with sick experiences especially acute diseases, chronic diseases, and disabled conditions.

Due to these experiences, people perceived health status differently and unavoidably (Brunner & Suddarth, 1998 as cited in Pender, 2006). Perceived health status motivated positive behavior for good health whereas negative perceived health status would make people feel their health was threatened resulting in stress and worry. Positive perceived health status would make people feel satisfied, being motivated to perform good health promoting behavior because perception highly affected individual behavior creation and change. Therefore, there were some studies in many populations to provide the data supporting health promoting behavior, for example, the study of Petnoi Singachangchai (2002) on the factor affecting health pattern of immigrant female workers in rubber factories in Songkhla found that marital

status, people in charge, working period, health insurance satisfaction, shift working, and factory size influenced health status of such workers. Besides, the study of Thoungrut Soeteaw (2003) on the relationship between personal factors, stress coping, social support, self-care, and health status of schizophrenia's caregiver found that self-care was positively related with health status in schizophrenia's caregiver. This indicated that individual good health could be achieved by good self-care behavior. However, the study of Maturot Petchdee (2003) on health behavior after annual physical checkup of government officials in Phitsanulok province found that health risk behavior most found was lack of regular exercise, followed by high cholesterol consumption. From the past health status studies, it was found that the studies were interested in risk groups in terms of their behavior and occupation, but not being found in the market merchants.

According to the concept of Pender (1987) on health promoting behavior, individuals could perform health promoting activities routinely due to 3 factors namely cognitive-perceptual factors, modifying factors, and cue to action. Firstly, cognitive-perceptual factors motivated action and maintained health behavior. This factor influenced health promoting behavior. Secondly, modifying factors indirectly affected health promoting behavior via cognitive-perceptual factors such as interpersonal influence factor, environmental factor. Thirdly, cue to action could internally and externally motivate behavior. Health promotion model of Pender (1987) had been widely adopted by several studies. The analysis of those studies found that some factors namely health importance, perceived control, and cue to action could not explain health promoting behavior. Thus, in 2006 Pender revised the health promotion model, revealing that health promoting behavior was influenced by 3 factors as below:

1. Individual characteristics and experiences; each individual was varied by their prior related behavior, sociocultural factor, and personal factor directly affected their perceived behavior and directly and indirectly affected their health promoting behavior.

2. Behavior-specific cognitions and affect; this factor affected activity motivation leading to behavior change consisting of perceived benefits of actions, perceived barrier of actions, perceived self-efficacy, activity-related affect, interpersonal influences, and situation influences.

3. Behavior outcome; this factor was caused by individual intellectual process resulting in behavior expression consisting of commitment to plan of action, immediate competing demands and preferences, and health promoting behaviors. These behaviors positively affected individual health, being able to be adopted for a lifetime. Pender & Pender (1987) mentioned that health promoting behavior became a habit after being performed regularly, so it could be called “health promoting lifestyle”.

This section elaborated the nature of health promoting behaviors (Pender, 2006) which consisted of 6 aspects: 1) health responsibilities; to take care of their health, finding out physical abnormalities, observing initial symptoms especially through annual health examination in order to reduce diseases such as diabetes mellitus, heart disease, and hypertension (Walaithip Sachonwijan, 1995), responding to abnormalities, paying attention to health promoting knowledge through reading, watching health television program, and consulting health teams. 2) Physical activities; concerning exercise pattern, consistency, method, and other physical activities requiring body movement during routine activities such as climbing stairs instead of using elevator, walking instead of driving. In addition to exercise, physical activities included relaxation and recreation activities due to its energy consumption. 3) Nutrition; to have good nutrition and high fiber food, and avoid drinking alcohol. In addition, Pender (1987) suggested that individual should eat enough to fulfill their daily calorie requirement varied by each individual's age, gender, and lifestyle. 4) Interpersonal relations; to build good relationships with other people and receive assistance in return, for example, discussing problems with families or close friends, doing activities or staying with families or close friends, congratulating on other people's success. 5) Spiritual growth; to show enthusiasm to do activities, feel satisfied with life, determine both short-term and long-term life goals, give importance to life, love, hope, and forgiveness. 6) Stress management; to act to decrease stress by decreasing frequency of stress situation, having exercise, encouraging self-esteem, perceived self-efficacy, proper expression, stress coping development, practicing relaxation techniques, for example, meditation, muscle relaxation, and breathing in association with mind control over physical response.

Pender's health promoting behavior had been used in some research on health promotion among various populations, for example, the study of Lusk, Ronis, & Kerr, (1995) about health promoting lifestyle among workers in automobile factories found that black people had better health promoting behavior than white people, and people with high level of education had better health promoting behavior.

Pender & Walker, (1990) studied health promoting lifestyle of workers based on health promoting behavior model (Pender, 1987). The study focused on 4 cognitive-perceptual factors namely definition of health, perceived benefit of health, perceived health status, and perceived self-efficacy, and 2 cofactors namely demographic factors and personal behavior factors. The samples were 250 workers in 6 companies. The study revealed that the maximum score of health promoting behavior belonged to life achievement and exercise whereas the minimum score belonged to health responsibilities and stress management 3 months later, health promoting behavior of workers was measured again. It was found that overall score was higher. All of 4 cognitive-perceptual factors were related to health behavior in the workplace. Both cognitive-perceptual factors and cofactors could cooperatively predict variance of health promoting behavior by 31%.

The place of this study was the market. If the market was dirty, unsafe, and no sanitary, market merchants would have to face pollution, being barriers to their health promoting behavior possibly leading to their own and their customers' health problems. The study revealed 8 sanitary problems of the market as follows:

1. There were traffic jams, damaged roads and floors, flooded condition, untidiness, narrow and dirty pathway.
2. The garbage was not cleaned up resulting in smell.
3. The water supply was not enough for consumption.
4. Waste water was clogged up.
5. The restrooms could not meet standard in terms of its number and sanitary.
6. There was no control over contagions such as rats, flies, and cockroaches.
7. The market management could not meet standard, for example, lack of correct market cleanup, and lack of management awareness of market sanitary possibly affecting goods quality.
8. The market merchants possessed poor hygiene.

According to the literature review of health status and health promoting behavior, it was found that the past studies did not cover all occupations especially the market merchants who tended to face health problems due to unsuitable health behaviors caused by limitation of occupation, exercise time, meal time, and social activity participation. Also, the findings revealed that each occupation had different health problems and different health behaviors. Besides, populations of each group had different factors affecting their health status and health promoting behavior. Therefore, it was suggested studying health status and health promoting behavior of evening market merchants because their working period was different from other occupations and their lifestyle was possibly at risk of sickness. As for this study, the researcher was interested in studying about perceived health status, health promoting behavior, and whether personal factors (age, gender, marital status, education, Amount of work experience, incomes sufficiency, and self-care during sickness) were related to health status and health promoting behavior. This would help to decrease risk factors related to non contagious diseases and would promote health in general and the quality of life.

Research Methodology

This study was a survey research.

The populations of this study were the market merchants in Nan province in 12 districts out of 14 districts and 1 sub-district because 2 districts and 1 sub-district did not have the market.

The samples were the market merchants in the evening market selling agricultural products at Muang district, Weangsa district, Pua district, Thawangpha district, Chiangklang district, and Thungchang district that could communicate and understand Thai language or local language, and willing to join this study.

This study was conducted at the evening market where people could purchase their required items such as food products, vegetables, fruits, spices. The market was made of zinc or tile roof with open space on each side for ventilation. Each district had different floor, either concrete or mound higher than normal ground about 2-4 meters. Retail agricultural products were traded in the evening market

whereas wholesale products were traded in the morning market. Some districts did not have evening markets. In the morning merchants came from various neighboring areas. Therefore, the researcher chose to study at the evening market where merchants were local people.

Research instruments consisted of 1) Weight scale 2) Height scale 'Calibration' 3) Blood pressure monitor 4) Demographic questionnaire including age, gender, weight, height, marital status, blood pressure, education, amount of work experience, average monthly income, family member in charge, income sufficiency, and self-care during sickness. They were multiple choice and open ended questionnaire. 5) The 36-item short-form health survey was divided into 8 categories namely Physical activity (10 items), Role limitations due to physical health (4 item), Pain (2 items), General health (5 items), Energy/fatigue (4 item), Social activity (3 items), Emotional expression (5 items), and Mental health (3 items). Each question contained different score. Total score of the questionnaire equaled 100 points. Good health status equaled 50% and over. 6) The 43-item health promoting lifestyle measurement form consisted of 6 aspects namely interpersonal relations (7 items), nutrition (8 items), health responsibility (7 items), stress management (6 items), physical activity (7 items), and spiritual development (8 items) with 4 point Likert scale ranking from routinely (4 points), often (3 points), sometimes (2 points), and never (1 point). All questions in the measurement form were positive. High score means good health promoting lifestyle or good health promoting behavior.

Human right protection after the research outline was approved by Human Research Ethics Committee, Mahidol University, the researcher asked for research consent from the samples submitting them the information sheet in order to clarify them about research acceptance or denial. The samples were informed that they could cancel their participation whenever they wanted without any reason. They had right not to answer some private or irrelevant questions. The findings of this study would be presented only overview data without specifying name of respondents. Besides, this study would not affect their occupation (Appendix D). The researcher would start collecting data after the samples signed the research consent form.

Research methods and data collection; the data were collected by the interview with the samples in local language, and the physical examination such as

measuring weight, height, blood pressure for 30 minutes per case and 10 cases per day.

Data were analyzed by using SPSS program in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics of Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, Spearman Rank Correlation Coefficient, and independent t-test.

Results

Demographic characteristics of the sample

There were totally 142 participants. Most of them were female (59.15%). Their average age was 41.04 years old (SD = 10.16). Their average body mass index was 22.4 kilogram per square meter (kg/m^2) (SD = 3.43) representing normal body mass index (18.5 – 23.9 kg/m^2). Most samples were married, had received secondary level, and had worked as merchants for 1-5 years (30.99%). Most of them took care of their parents, children, and grandchildren (71.13%). Regarding health care expenses, most samples were covered by UC health security (66.21%). As for their self-care during sickness, they mostly went to hospital or health station (84.50%). 78.87% of the samples did not have underlying diseases and 74.65% were not sick during the past 6 months.

Health status among market merchants in Nan province

The study found that the average score of health status of the samples was 49.99 (SD = 9.98) representing poor health or health problems (score < 50 means poor health or health problem, score 50 – 100 means healthy condition). When comparing each aspect, it was found that score of mental health and general health were higher than other aspects' health status. When comparing the average score of health status between male and female, the average score of both genders showed no statistical difference. Regarding the relationships between personal factors and health status, it was found that education and amount of work experience were positively related with health status statistically significantly ($r = .26$; $p < .01$, $r = .27$, $p < .05$ respectively). As for male, education was positively related with health status statistically significantly ($r = .36$, $p < .01$). As for female, amount of work experience was positively related with health status statistically significantly ($r = .36$, $p < .01$).

Health promoting behavior among market merchants in Nan province

Health promoting behavior of the samples was rather good. The average score of health promoting behavior was 2.74 points (SD = 0.40) which was higher than middle score (2.0 points). The average score in terms of nutrition was higher than other aspects whereas the average score in terms of physical activity was lower than other aspects. When comparing health promoting behavior between male and female, the average score of both genders showed no statistical difference. Regarding the relationships between personal factor and health promoting behavior, it was found that education and amount of work experience were positively related with health promoting behavior statistically significantly ($r = .18, p < .05$; and $r = .23, p < .01$ respectively). As for male, none of any factors were related with health promoting behavior. As for female, education and amount of work experience were positively related to health promoting behavior statistically significantly ($r = .26, p < .05$; and $r = .43, p < .01$ respectively).

Relationships between health status and health promoting behavior

Overall health status was related with health promoting behavior ($r = .27, p < .01$). As for each aspect, role limitations due to physical health, general health, energy/fatigue, emotional expression, and mental health were positively related with health promoting behavior statistically significantly ($r = .23, p < .01$; $r = .31, p < .01$; $r = .34, p < .01$; $r = .19, p < .01$; and $r = .24, p < .01$ respectively). Male health status was not related with health promoting behavior, but their general health and energy/fatigue were positively related with health promoting behavior statistically significantly ($r = 0.31, p < .05$; and $r = .45, p < .01$ respectively). Female health status were positively related with health promoting behavior statistically significantly ($r = .33, p < .01$). When considering each aspect, role limitation due to physical health, general health, energy/fatigue, social activity, emotional expression, and mental health were positively related with health promoting behavior ($r = .35, p < .01$; $r = .33, p < .01$; $r = .27, p < .05$; $r = .22, p < .05$; $r = .28, p < .05$; and $r = .26, p < .05$ respectively).

Discussion

Health status and health promoting behavior among market merchants in Nan province

The research found that the average score of overall health status was 49.99 points (S.D = 9.98) which was slightly lower than standard and almost reached at a good level (average score $\geq 50\%$: good health status). The average score of overall health promoting behavior among market merchants in Nan Province was rather good at 2.74 points (S.D. = 0.40). The result of this study was different from the study on health status and health promoting behavior of academic staff of Faculty of Health Sciences, Chiangmai University which found that the samples had a good level of perceived health status and a high level of overall health promoting behavior (Sunisa Lamchang, 2007). It could be discussed that the market merchants needed to meet with several people for trading products. Thus, they might not be able to access to health information or to perceive health promoting behavior completely. Besides, most market merchants in Nan province were too much occupied with their trading for gaining sufficient income to access to health information completely. As for academic staff of Faculty of Health Sciences, they always got health information from their workplace and other places in more details than the market merchants. In addition, the market merchants had time limitation due to their work, so they could not receive health information continuously and had limited access to health service. Besides, their health status score was slightly lower than good level of health status while having good level of health promoting behavior possibly because the samples had non-severe underlying disease. Nearly 75% of the samples never got sick within the past 6 months, so they perceived their health promoting behavior without thinking about barriers to their health status.

When considering each aspect of health status, it was found that energy/fatigue, social activity, and mental health had better average score than other aspects. It could be explained that although the market merchants were labor workers, they struggled to gain strength and cooperatively did social activities in order to reduce stress and fatigue. The study of Wipawan Chaoum Pensuksan (2000) mentioned that stress could be reduced physically by exercise and psychologically by

personality change, self-perception, self-esteem, perceived capability increase, suitable expression, coping development, and coping strategies search.

Regarding health promoting behavior, it was found that nutrition, interpersonal relations, and spiritual growth had better average score than other aspects. Accordingly, the study of Granzin, Janeen and Painter (1998) found that the market merchants had a high level of health promoting behavior in terms of nutrition because they needed to gain strength for their occupation from adequate nutrition. As for interpersonal relations, the market merchants needed to regularly meet with other traders and customers, so they had to talk and help one another throughout their daily business. As a result, the average score of their interpersonal relations were better than other aspects. Regarding their spiritual growth, the study of Jaruaiporn Suparb (1997) in early female adulthood in Surin province showed similar results. As Thai society believed in Buddhism as well as inheriting good tradition from the past, these could help contribute to spiritual growth for happy life of people. Although the market merchants in Nan province had higher health promoting behavior in terms of nutrition than other aspects, but health information revealed that the most frequently underlying disease of the samples was high blood pressure. Their most frequently sickness within the past 6 months included gastritis, flu, and high blood pressure. The market was full of various kinds of food, so the samples gained adequate nutrition. However, cooked food for consumers were added with high-sodium seasoning to make it tasty resulting in possible high blood pressure. Irregular meal times could cause gastritis. Dusty market could cause market merchants to get respiratory disease due to their still position.

Health status and health promoting behavior among market merchants in Nan province between male and female

When considering health status and health promoting behavior of the market merchants in Nan province between male and female, the results showed no difference. Similarly, the study of Porntipa Suparasie (2000) found that health promoting behavior of male and female patients after heart valve replacement was not different. Accordingly, the study of Chollada Klaiklung (2002) found that perceived health status and health promoting behavior of working people in Tambon

Ladbuakhao, Banpong District, Ratchaburi province between male and female was not different. However, the study of Kanokwan Tanawan (2002) found that female had more positive health promoting behavior than male. In addition, the study of Palank (1999: 823) found that female had better health promoting behavior than male, and female had better self-care behavior and relaxation than male. It could be explained that although different gender affected different behavior leading to different health problems, but the market merchants in Nan province lived in the environment and society with the same lifestyle. As a result, their perceived health status and health promoting behavior were not different despite their different gender.

When considering personal factors especially underlying diseases and sickness within the past 6 months of male and female samples, the data showed similarity possibly leading to the same health status and health promoting behavior of the samples. The past studies revealed that personal factors such as age, Marital status, education were related with health status (Niranat Witayachokekitikhun, 1991; Porntiwa Suparasie, 2000), and health promoting behavior (Somjittra Ngaoket, 1996; Natechang, 2002).

Relationships between personal factors (age, gender, marital status, education, amount of work experience, income sufficiency, self-care during sickness), health status, and health promoting behavior among market merchants in Nan province

The results found that personal factors such as education, and amount of work experience were related with health status. It could be explained that the market merchants in Nan province mostly graduated high school level, followed by certificate level/bachelor degree being regarded as high education for merchant occupation. Prapapen Suwan (1998) and Detrat Sukkamnerd (2002) found that high education people would have better skills in searching for information, asking questions, understanding sickness and treatment, and utilizing resources than low education people. Therefore, education was related with health status. Regarding the relationships between working period and health status, Sangob Permpongpipat (2004) mentioned that people who had done any long-term activities would realize how to keep up-to-date with health information as well as being able to control environment

affecting their health under the same society better than people who just started to adapt to activities. As for age, gender, marital status, income sufficiency, and self-care during sickness, they were not related with health status possibly due to inadequate data fragmentation.

When comparing between genders, it was found that amount of work experience was related with health status of female but not in male possibly because data fragmentation in female was higher than male. Nevertheless, education was related with health status in male but not in female. It could be explained that ratio of high school level and over in male was higher than female.

The relationships between personal factors and health promoting behavior, education, and amount of work experience were supported by several studies. It was found that high education people would have higher health promoting behavior or healthy lifestyle than low education people (Kamontip Danchai, 1997; Wandee Yamchanchai, 1995; Kasl & Cobb, 1996), and Pender (1987) mentioned that high education people would have better chance of searching for contributions to health promoting activities because education basically enhanced people's knowledge affecting health promoting behavior. As for amount of work experience, it could be explained that long-term occupation could encourage workers to adapt to prevent sickness affecting their family economics and relationships. Short-term workers might lack some adaptation experiences affecting their lifestyle. According to this study, it was found that the average amount of work experience of the samples was 2.65 years, and more than 50% of them had worked for more than or equivalent to 6 years.

Relationships between health status, and health promoting behavior among market merchants in Nan province

Health status was positively related with health promoting behavior. It could be explained that healthy people should be ready physically and psychologically for performing health promoting behavior. According to the study of Sidney & Shephard, 1981 as cited in Songpan Singkao, 2004, it was found that people with good perceived health status would report their health promoting behavior more often than people with bad perceived health status. The samples in this study did not have congenital diseases

(78.8%) and never got sick within the past 6 months (74.65%). The past studies indicated that uncomfortable conditions from disease or sickness were barriers to health promoting behavior (Jitaree Sriaka, 2000; Klinger, 1984 as cited in Sukanya Pathaisophon, 1996). However, when considering each aspect, it was found that physical activities, pain, and social activities were not related with health promoting behavior statistically significantly. It could be explained that the market merchants in Nan province worked in the evening resulting in limitations of social activities such as evening exercise, religious ceremony “Wien Thien”. Regarding pain, it could be explained that most samples did not have underlying diseases or get sick within the past 6 months. In addition, merchant occupation did not require too much strength. As a result, the samples did not perceive their necessity to have health promoting behavior. Thus, all above mentioned factors were not related with health promoting behavior.

Research Limitations

Market merchants in Nan province were several groups of people including ethnic minority people, but this study was conducted with only 12 ethnic minority people. Therefore, this might be the research limitations of referring to health status and health promoting behavior of ethnic minority people who were market merchants in Nan province.

Implications for nursing practice

1. The result of demographic data revealed that the market merchants in Nan province were at risk of obesity and hypertension, so nurses or municipal public health officers should pay attention to screening in order to prevent obesity and hypertension of this group by providing them with relevant knowledge and health screening service continuously.

2. Physical activity was least done, so it was suggested arranging exercise for more participating market merchants in accordance with their evening work, for example, morning exercise.

3. Market merchants tended to have chronic illness such as hypertension, diabetes mellitus, or arthritis. Moreover, their health status was poor, so it was suggested providing physical checkup for market merchants in Nan province at least once a year (National Institutes of Health, 2004) in order that they had continuous health screening.

4. It was suggested providing knowledge about health promoting activities, disease prevention, and proper self-care for the market merchants who had underlying diseases because the results revealed that some samples ignored their sickness.

Implications for the future studies

1. To study health status and health promoting behavior of other merchants, for example, ethnic minority people, morning market merchants in order to cover more groups of merchants.
2. To conduct qualitative research about problems and barriers of health promoting behavior of market merchants in Nan province in order to gain clearer information for planning how to effectively promote health of this group.
3. To conduct quasi-experimental study by arranging activities or health promoting behavior project. Then, follow up the result of health promoting behavior assessment before and after the activities for the short term, and follow up the result of health status of the market merchants in Nan province for the long term.

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ จันทร์แดง. (2541). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัด ปัตตานี.
วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ ธนาวรรณ. (2545). โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สภาประชากร.
กรุงเทพมหานคร: สภาประชากร สำนักงานประเทศไทย.
- กมลทิพย์ ด่านชัย. (2540). การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
บุตร ในมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอบจิตต์ ลิ้มปะพยอม. (2549). สตรีวัยหมดระดู: วัยหมดระดู (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการสำรวจภาวะพฤติกรรมสุขภาพระดับประเทศตามนโยบาย
5 อ. ของกลุ่มสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชากรไทย พ.ศ. 2540 –
พ.ศ. 2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานทรัพยากรสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน
สาธารณสุข.
- กำจัด รามกุล. (2550). สถานการณ์การใช้แร่ใยหินในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโรค
จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.
- กัลยา กิจบุญชู. (2547). แนวทางออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร :
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตธีรา เครื่องนันทา. (2548). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นผ้า
ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.

- คณะกรรมการอำนวยการงานคุณภาพชีวิตของประชากร. (2548). รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2547. กรุงเทพมหานคร: อาร์เอนด์พาร์ท ออฟเตท.
- คณะอนุกรรมการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2548). รายงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา ภัทรอาชาชัย. (2550). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข, 1(2), 98-115.
- จรวพร สุภาพ, กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, รวิวรรณ แสงฉาย และสุวัฒน์ ศรีสรณ์ตร. (2540). ภาวะสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตเมือง. วารสารแพทย์ทหารบก, 50, 19-23.
- จินตนา พรมลาย. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตอารีย์ ศรีอาคะ. (2543). การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกาย ของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันเพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จूरรัตน์ เพชรทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจนคร จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุมพล ผลประมุล และ กอบชัย พัววิไล. (2545). สรีระวิทยาออกกำลังกายและการกีฬา (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. (2548). รายงานการทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนา สุขภาพจิต.
- ชลลดา คล้ายคลึง. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. รายงานการวิจัย กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข.
- เชวง ลิขสิทธิ์. (2550). เหล้าจ๋า ดับลาก่อน. บทความวิชาการเพื่อประชาชนโรงพยาบาลนครพิงค์ อกิบาลกิจ. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.

- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด. (2545). การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทรงพรรณ สิงแก้ว. (2547). รายงานการวิจัย การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของคลินิก/โพลีคลินิกเอกชน เป็นเครือข่ายการจัดบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในระบบ ประกันสังคม: กรณีศึกษาเครือข่ายของโรงพยาบาลนนทบุรีราชธานี (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทองหล่อ เฉลไชย. (2542). รูปแบบการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ประกอบการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนวรรณ พลวิชัย. (2548). การพัฒนางานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพระดับพหุภาคี. วารสารสาธารณสุขขอนแก่น, 11,(123), 30-31.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2539). ความเชื่อถือ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 2-17
- ธนกานต์ เชื้อนดิน. (2545). สุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทวรรณ สุวรรณรูป และอัจฉราพร สิริธัญวงศ์. (2547). การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II ฉบับภาษาไทย. วารสารสภาการพยาบาล, 19(4), 64-68.
- นภพรรณ นันทพงษ์. (2546). การล้างตลาดตามหลักสุขาภิบาล. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

- นภาพร ชมดาว. (2546). สถานภาพสตรีที่ทำงานได้รับค่าจ้างกับการทำงานไม่ได้รับค่าจ้างในอำเภอ
สันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศีษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- นิรนาถ วิทยโชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา หนูนิล.(2546). การออกกำลังกายกับสุขภาพใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และ
รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและการปฏิบัติพยาบาล
(หน้า 131-146). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2541). พฤติกรรมการป้องกันตนเองและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนใน
ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอ
ชาวบ้าน.
- ปริญทัศน์ พัฒนวิวัฒน์. (2544). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรไทย. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแบบแผนสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น
ในโรงงาน อุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 20(2),
107-119.
- พัฒนา มุลพฤกษ์. (2541). อนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร: เอ็น เอส แอล พรินติ้ง.
- พนารัตน์ แสงวิจิตร. (2545). การพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ความพึงพอใจในคุณภาพ
บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สาขาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย
นเรศวร.
- พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน. (2540). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลไชยสถาน
อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิวา สุภราศรี. (2543). คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิต ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น
หัวใจ. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณี จันทรอินทร์. (2550). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม
ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาล-
ศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.

- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาสินี เข้มทอง. (2546). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยทำงาน จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มธุรดา ม่วงมัน. (2546). *ปัจจัยด้านสถานการณ์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มธุรส เพชรดี. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพหลังการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ จังหวัดพิษณุโลก*. *วารสารหมออนามัย*, 14(2), 14-17.
- ยศ สันตสมบัติ. (2540). *ความหลากหลายทางชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน*. เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน ดันอนุชิตติกุล. (2544). *พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง*. *ค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รณชัย คงสกนธ์. (2546). *การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไป (SF - 36) ในการประเมินอาการทางกายในผู้ป่วยจิตเวช*. รายงานการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวไทย*. *วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 22(4), 5-11.
- รุ่งศรี ศศิธร. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านอำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงานของพนักงานก่อสร้าง ในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รัชณี วีระสุขสวัสดิ์. (2550). *ภาวะสุขภาพและความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. รายงานประจำปี วิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). *ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดาวัลย์ ประธีปชัยกุล. (2548). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลินจง บ่อหิรัญรัตน์. (2545). *สถานการณ์ด้านสุขภาพิบาลของตลาดสด*. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 7(6), Fact Sheet.
- ลักษมณ ลักษณะวิมล. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองหญิงและชายตำบลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วนลดา ทองใบ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรม สิ่งทอจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลิดา สุกรบัณฑิตสกุล. (2541). *การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). *อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิต คณะนึ่งสุขเกษม. (2545). *อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *การปฏิรูประบบสุขภาพกับการประกันสังคม ในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- วิทยา อยู่สุข. (2542). *อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: เบสท์ กราฟฟิค เพรส.

- วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์. (2538). การบริโภคอาหารเพื่อการมีสุขภาพและภาวะโภชนาการที่ดี. บทเรียนหน่วยที่ 12 พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาพร มาพบสุข. (2545). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ กรมสุขภาพจิต.
- วิภาวรรณ ชุ่มเพ็ญสุขสันต์. (2545). ความเครียด การเผชิญความเครียดและความผาสุกในชีวิตของนักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 8(2), 90-109.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สงบ เพิ่มพงษ์พัฒน์. (2547). กลวิธีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การดูแลกับทฤษฎีทางการพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลภา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมจิตรา เหง้าเกษ. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน. (2547). มาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงาน. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2541). รายงานสถานการณ์ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สายทิพย์ นวชนุช. (2545). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. รายงานการค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). รายงานการประเมินสถานการณ์ภาวะเศรษฐกิจระดับปฐมภูมิประจำปี 2546. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานประกันสังคม. (2545). การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในสถานประกอบการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประกันสังคม.
- สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2542). สิทธิประโยชน์ประชาชนจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2547). สารสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติโรค. (2550). การสำรวจภาวะเจ็บป่วยของประชากรไทยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2550. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพอนามัย. (2547). สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทย รายงานประจำปี 2546-2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2545). สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมตลาด. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002 ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานสถิติโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานการสำรวจภาวะเจ็บป่วยของประชากรไทยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2548). รายงานประจำปีด้านการส่งเสริมสุขภาพ หน้า 19-21. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2549). ข้อมูลเพื่อการวางแผนและการบริหารการพัฒนาสาธารณสุข จังหวัดน่าน. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2545). โภชนศาสตร์เบื้องต้น. บางเขน กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- สุกัญญา ไผทโสภณ. (2539). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาล-ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาพร ทิพย์สินวล. (2546). การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น และอาการหอบรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืด. วารสารสภาการพยาบาล, 18(4), 59-72.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535) แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิศา ล่อมช้าง, ธิดิมา สุขเลิศตระกูล, รัตนาวดี ขอนตะวัน, และ วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2550). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์ กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 17(2), 86-97.
- สุธิศา ล่อมช้าง, ธิดิมา สุขเลิศตระกูล, รัตนาวดี ขอนตะวัน, และ วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2548). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ.
- สุรินธร กลัมพากร. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างในผู้รับงานไปทำที่บ้าน กลุ่มอาชีพตัดเย็บเสื้อผ้า. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 27(1), 65-71.
- สุนีย์ แสงนาถ. (2548). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คงพยัคฆ์. (2545). ความเครียด สุขภาพ และความเจ็บป่วย: แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย: รายงานการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2551). การสำรวจสุขภาพในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณ สัจจาช่วยชัย. (2544). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. รายงานการค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงโสม สีนะวัฒน์ นิรมล ดามาพงษ์ และ นันทจิต บุญมงคล. (2541). สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย : สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- อนุกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. (2539). *การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย. (2543). *ข้อมูลสำหรับประชาชนเรื่องความดันโลหิตสูง*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อัสวเดช สละอวยพร. (2549). *ประสิทธิผลของกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท*. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันบรมราชชนก.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2547). การสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารสร้างเสริมสุขภาพ*, 1(2), 24-32.
- Adams, M. H., Bowden, A.G., Humphrey, D. S., & McAdams, L. B. (2000). Social support and health-promotion lifestyle of rural women. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1,1.
- Blackern, N. B. (1994). The wellness movement: Imperatives for health care marketers. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Bradley, R. H., & Coldwell, B. M. (1982). The consistency of the home environment and its relation to child development. *International Journal of Behavior Development*, 5, 445-465.
- Brunner, L. S., & Saddart, D. S. (1988). *Nursing Medico Chirurgical*. Ambrosiana : Antonia Publisher.
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American Women. *Nursing Research*, 45(1), 18-24.
- Elsenrathe, R. E, & Bush, H. A. (1998). *Life-style assessment questionnaire 20-Stevens Point Foundation*. Stevens Point: University of Wisconsin.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1159–1168.

- Gillis, A. J. (1994). Determinants of health-promoting lifestyles in adolescent females. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(2), 13–38.
- Gochman, D. S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research*. New York: Plenum Press.
- Goldberg, D.P. (1972). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems: Measures, theory, and research*. Thousand Oaks: Stage Publication.
- Granzin, S. E., Janeen E., & Painter J., (1998). Marketing to consumer segments using health-promoting lifestyles. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 5(3), 131-141.
- Heckheimer, E. F. (1989). *Health Promotion of the Elderly in the Community*. New York: Elsevier Science Health Science Publication.
- Herbert, R., & Plattus, B. (1998). *Detection, disease management, and compensation: Health and economic outcomes of occupational carpal tunnel syndrome among garment workers in New York City*. New York: Lippincott.
- Hilbert, G. A. (1985). Involvement of nursing students in unethical classroom and clinical behaviors. *Journal of Professional Nursing*, 1(4), 230-234.
- Johnson, C. P. (2001). Assessment tools: Are they an effective approach to implementing spiritual health care within the NHS. *Accident and Emergency Nursing*, 9, 177-186.
- Kasl, S., & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Lee, R. L. T., & Yuen-Loke, A. J. T. (2005). Health-promoting behaviors and psychological well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220.
- Lee, J. A., & Estes, B. (1997). Balancing elder care responsibilities and work: two empirical studies. *Journal of Occupational Health Psychology* 2, 220-228.
- Levine, D. (1996). Factor structure and measurement invariance of the women's health initiative insomnia rating scales. *Psychological Assessment*, 15(2), 123–136.
- Lusk, S. L., Ronis D. L., & Kerr M. J. (1995). Health promotion lifestyles of blue-collar skill trade and white-collar worker. *Nursing Research*. 44, 20-24.
- Marino, L. B., & Kooser, J. (1981). *The psychosocial care of cancer clients and their families. Periods of high risk in cancer nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Martinelli, W. M. (1999). Self - efficacy and health behavior among older adults. *Pubic Health Reports*, 100(2) 158-171.

- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). Oxford University: New York.
- McLaren, K. (1996). *Grabbing the tiger by the tail: NGOs learning for organizational change*. Canadian Council for International Cooperation : Ottawa.
- Morris, H., Ross Kerr, J., Wood, M., & Haughey, M. (2000). Health promotion and senior women with limited incomes. *Journal of Community Health Nursing*, 17, 115-116.
- Muhlenkamp, A., & Broerman, N. (1988). Health beliefs, health value, and positive health behaviors. *Western Journal of Nursing Research*, 10(5), 637-646.
- Natechang, S. (2002). *Influencing of caregiver role strain, worry from caring, and caregivers factors on health status of caregivers of stroke patients*. Bangkok: Mahidol University.
- National Institutes of Health. (2004). *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. Bethesda: NIH Publication.
- Nissinen, A. (1987). Introduction to the symposium: Physical activity and hypertension. *Journal of Medical*, 23, 129-135.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts and practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts and practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Repenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Palank, C. L. (1999). Determinants of health-promoting behavior: A review of current research. *Nursing Clinics of North America*, 24(4), 815-829.
- Parson, E. (2003). *Genetic risk: the social construction in: Encyclopedia of the human genome*. Macmillan: Nature Publishing.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

- Pender, N. J. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., & Walker, S. N. (1990). A revised research agenda model for health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 4(3), 220-222.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and Environmental Health Nursing*. Chapel Hill: The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Sadhra, S. (1999). *Occupational Exposure to Diesel Exhaust*. Birmingham : UK. Lippincott.
- Sayles, S. (1986). Foundation Skills for Nursing and Allied Health. *Today's OR Nurse*, 8(8), 38-39.
- Sidney, K. H., & Shephard, R. J. (1981). Perception of exertion in the elderly, effects of aging, mode of exercise and physical training. *Journal of health and Human Behavior*, 44(3), 999-1010.
- Speak, D. L., Cowart, M. E., & Peallet, K. (1989). Health perceptions and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Stineman, M. G. (1995). Efficiency pattern analysis for medical rehabilitation. *American Journal of Medical Quality*, 10(4), 190-198.
- Stuifbergen, A. K., & Robert, G. J. (1997). Health promotion practices of women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(12), S3-S9.
- Travis, J. W. (1977). *Wellness workbook for health professionals*. Mill Valey, CA: Wellness Resource Center.
- Walker, R. (1997). Inter organizational relationships of community health centers. *Australian Journal of Primary Health Interchange*, 3(4), 18-28.
- Walker, S. N. (1987). The Health promoting lifestyles profile development and psychometrics. *Nursing Research*, 36, 70-81.
- Walker, S. N. (1998). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.

- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II*. University of Nebraska Medical Center: Unpublished manuscript.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile : Development and psychometric characterizations. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Walker, Z., & Townsend, J. (1999). The role of general practice in promoting teenage Health. *A review of the literature. Family Practice*, 16, 164-172.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales A Manual for Users of Version 1 (2nd ed.)* (pp.14-21). Lincoln : Quality Metric.
- Weitzer, M. H., & Waller, R. R. (1990). Predictive factors for health- promotive behaviors in white, hispanic, and black blue color workers. *Family and Community Health*, 13(1), 23-34.
- World Health Organization. (1986). *Report of International Conference on Health Promotion*. Canada: Ottawa charter.
- World Health Organization. (1998). *World health forum*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล

หมายเลขวิจัย.....

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย เมตร²/กก.
3. เพศ
[] 1. ชาย [] 2. หญิง
4. สถานภาพสมรส
[] โสด [] คู่ [] หม้าย [] แยก/หย่า
5. การศึกษาสูงสุด
[] ไม่ได้เรียน [] ประถมศึกษา [] มัธยมศึกษาตอนต้น
[] มัธยมศึกษาตอนปลาย [] ประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี
6. ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพค้าขายที่ตลาดแห่งนี้และที่อื่นๆ
[] น้อยกว่า 1 ปี [] 1 – 5 ปี [] 6 – 10 ปี
[] มากกว่า 10 ปี
7. บุคคลที่ท่านต้องรับภาระเลี้ยงดูในครอบครัว
[] บิดา – มารดา [] บุตร
[] เลี้ยงตนเอง [] บิดา-มารดา/บุตร
8. รายได้ของท่านเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
[] มีหนี้สิน [] ไม่เพียงพอ [] พอดีกับค่าใช้จ่าย [] เหลือเก็บ
9. ท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีใด (ใช้บริการสุขภาพด้วยหลักประกันใด)
[] ชำระเงินเอง [] บัตรทอง [] ประกันสังคม
[] ประกันชีวิต [] เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด

10. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยท่านดูแลสุขภาพของท่านอย่างไร

- ☐ ปล่อยให้หายเอง ☐ พบหมอชาวบ้าน
☐ ซื้อยาจากคลินิกมารับประทาน ☐ พบแพทย์ที่โรงพยาบาล/สถานีนอนมัย

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ ไม่มีโรคประจำตัว
☐ มีโรคประจำตัว ระบุโรค.....

12. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการเจ็บป่วยหรือไม่

- ☐ ไม่มีการเจ็บป่วย
☐ มีการเจ็บป่วย ระบุโรค.....



ภาคผนวก ข
แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (SF – 36)
Rand 36 – Item Health Survey 1.0

คำถามเหล่านี้จะถามเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ว่าท่านรู้สึกอย่างไรและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติได้อย่างไร ถ้าท่านไม่มั่นใจการตอบคำถาม โปรดให้คำตอบที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านเข้าใจ

โปรด เลือกกาในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ

1. โดยทั่วไป ที่ผ่านมา 1 เดือนสุขภาพของท่าน.....
 - ☐ ดีเยี่ยม
 - ☐ ดีมาก
 - ☐ ดี
 - ☐ พอใช้
 - ☐ ไม่ดีเลย
2. เปรียบเทียบช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ปัจจุบันสุขภาพของท่าน.....(เลือกเพียงหนึ่งช่อง)
 - ☐ ดีขึ้นมาก
 - ☐ ดีขึ้นบ้าง
 - ☐ เหมือนเดิม
 - ☐ แย่ลงบ้าง
 - ☐ แย่ลงมาก

ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน มีผลกระทบหรือเป็นข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	มีผลมาก	มีบ้างเล็กน้อย	ไม่มีผล
3. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนักๆ เล่นกีฬาที่ใช้แรงมาก			
↓			
12. อาบน้ำและแต่งตัว			

ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่านมีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่ (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ใช่	ไม่ใช่
13. ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง		
↓		
16. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความ พยายามเพิ่มมากขึ้น		

ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ (เช่น ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล) มีผลต่อการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันบ้างหรือไม่.....(เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ใช่	ไม่ใช่
17. ลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง		
↓		
19. ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้		

20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์รบกวนความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ้างหรือไม่อย่างไร..... (เลือกเพียงหนึ่งช่อง)

- ☐ ไม่เลย
☐ เพียงเล็กน้อย
☐ ปานกลาง
☐ ค่อนข้างมาก
☐ มาก

21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายหรือไม่..... (เลือกเพียงหนึ่งช่อง)

- ☐ ไม่มีเลย
☐ เพียงเล็กน้อย
☐ ปานกลาง
☐ รุนแรง
☐ รุนแรงมาก

22. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนการทำงานตามปกติของท่านหรือไม่.....
(เลือกเพียงหนึ่งช่อง)

- ☐ ไม่เลย
☐ เพียงเล็กน้อย
☐ ปานกลาง
☐ ค่อนข้างมาก
☐ มาก

คำถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในช่วง 1 เดือน โปรดเลือกข้อที่ใกล้เคียง
กับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ..... (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางเวลา	นานๆครั้ง	ไม่มีเลย
23. รู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา						
↓						
31. รู้สึกเหนื่อยล้า						

32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจทำให้รบกวนต่อการเข้าสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และญาติสนิทของท่านอย่างไรบ้าง..... (เลือกเพียงหนึ่งช่อง)

- ☐ ตลอดเวลา
☐ เกือบตลอดเวลา
☐ บางเวลา
☐ นานๆครั้ง
☐ ไม่รบกวน

เลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพของท่านให้มากที่สุด..... (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ถูกต้อง ที่สุด	ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ทราบ	ไม่ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ถูกต้อง เลย
33. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ					
↓					
36. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม					



ภาคผนวก ก
แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
The Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตหรือสุขนิสัยส่วนบุคคลในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย × ในแต่ละข้อความตามความเป็นจริงของท่านในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1	ฉันได้พูดคุยหรือปรึกษาปัญหาของฉัน และ ความกังวลใจกับบุคคลใกล้ชิด			☒	
2	ฉันเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และ โคเลสเตอรอลต่ำ				
3	ฉันปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย				
4	ฉันพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง				
5	ฉันได้ทำตามแบบแผนการออกกำลังกาย				
	↓				
46	ฉันได้หยุดพักทุกครั้งเมื่อรู้สึกเหนื่อย				
47	ฉันรู้สึกว่าธรรมชาติเป็นสิ่งที่ดึงดูดใจทางจิตใจ				
48	ฉันได้ปรับความเข้าใจ และประนีประนอมเมื่อ มีความขัดแย้งกับผู้อื่น				
49	ฉันรับประทานอาหารทุกมื้อ				
50	ฉันได้ขอความช่วยเหลือ หรือขอคำปรึกษาแนะ แนวจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น				
51	ฉันสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และสิ่งที่ท้าทาย ความสามารถ				

ภาคผนวก ง

คำชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ในจังหวัดน่าน

เรียน ท่านผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดทุกท่าน ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้หนึ่งที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดน่านและมีความสนใจที่ต้องการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดของจังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ของจังหวัดน่าน ทั้งนี้ท่านมีคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด โดยการสัมภาษณ์ท่านด้วยแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 – 45 นาที ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนนโยบายและจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด ของจังหวัดน่าน

ผู้วิจัยยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามทุกประการที่ท่านอาจจะมี ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจของท่านและผลการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่าน

ระยะเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่าน ผู้วิจัยใช้เวลารวมประมาณ 30 นาที ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามปัญหาความเป็นจริงพร้อมความสมัครใจ

โดยท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดังนี้ (ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □)

☐ ยินยอมตอบแบบสอบถาม

☐ ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยที่ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาที่ร่วมทำวิจัย หรือสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาที่

ชื่อ นางสาว บุญญาภา กันยะ โทรศัพท์ 0891203700 , 0898514344

ที่อยู่ 114/1 ตำบลแงง อำเภอปัว จังหวัดน่าน 55120

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัย

ภาคผนวก จ

หนังสือตอบรับขออนุญาตเก็บข้อมูล

ที่ นน 52004/ ๗๖๗

สำนักงานเทศบาลตำบลปัว
ถนนสนามบินเก่า อ.ปัว นน.55120

27 กันยายน 2550

เรื่อง ตอบรับสำรวจข้อมูล

เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศร 0517.02(วท)/1630 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2550

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอรับความอนุเคราะห์มาทาง
เทศบาลตำบลปัว อนุญาตให้ นางสาวบุญญาภรณ์ ก้นยะ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ได้เก็บข้อมูลจากผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด
(ตลาดสดเทศบาล 2) ทำการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ นั้น

เทศบาลตำบลปัวได้พิจารณาแล้ว จึงอนุญาตให้ นางสาวบุญญาภรณ์ ก้นยะ นักศึกษาบัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการเก็บข้อมูลดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



นายพลายบุญญา อยู่เอนก
รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
นายกเทศมนตรีตำบลปัว

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โทร. 054-791-947



ที่ นน 52504 / ๑๐๕๑

สำนักงานเทศบาลตำบลทุ่งช้าง
ถนนน่าน – ทุ่งช้าง นน 55130

25 กันยายน 2550

เรื่อง แจ้งผลการขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0517.02 (วท)/1634 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2550

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวบุญญาภา กันยะ นักศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใ้รขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล เรื่อง “ภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน” เพื่อประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์ นั้น

ทางเทศบาลตำบลทุ่งช้าง มีความยินดี สนับสนุน ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลดังกล่าวฯ เพื่อให้
นักศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญร่วม สีนสกุลวิวัฒน์)

นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งช้าง

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โทร 054 – 795618

โทรสาร 054 – 795619



ที่ นน 52004/ 1๕75

สำนักงานเทศบาลเมืองน่าน

ถนนมหายศ นน 55000

๑๖ กันยายน 2550

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ ที่ ศบ 0517.02(วท)/1629 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2550

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวบุญญาภา กันยะ นักศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน" เข้าเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น ในเขตเทศบาลเมืองน่าน ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2550 ถึง 31 ตุลาคม 2550 นั้น

เทศบาลเมืองน่านได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข จึงอนุญาตให้ นางสาวบุญญาภา กันยะ เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ได้ และเมื่อวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์แล้ว ขอความกรุณาท่านได้จัดส่งให้เทศบาลเมืองน่านด้วย เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนางานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายนามโรงรัตน์ ศรีวรรณสุรัตน์)

นายกเทศมนตรีเมืองน่าน

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

โทร.0-5475-1857



ที่ นน 52404/ 876

สำนักงานเทศบาลตำบลท่าวังผา
ถนนน่าน – พุ่งช้าง นน 55140

28 กันยายน 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย ที่ ศธ 0517.02 (วท) /1631 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2550

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุเคราะห์ให้นักศึกษา ราย นางสาวบุญญาภา กันยะ นักศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ดำเนินการเก็บข้อมูลในตลาลาดสด เทศบาลตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 15-31 ตุลาคม 2550 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ นั้น

เทศบาลฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การดำเนินการดังกล่าวจะประโยชน์ต่อการพัฒนาตลาลาดสดในลำดับต่อไป จึงอนุญาตให้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ และช่วงเวลาดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเชษฐ พันธ์แก้ว)

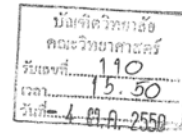
นายกเทศมนตรีตำบลท่าวังผา

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

งานธุรการ

โทร. 0-5475-5695-6 ต่อ 22

โทรสาร. 0-5479-9324



ที่ นน 6601/จุ ๖

สำนักงานเทศบาลตำบลเชียงกลาง
ถนนน่าน - พุ่งช้าง นน 55160

๙ กันยายน 2550

เรื่อง การให้ความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศร 0517.02(วท)/ 1633 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2550

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์เทศบาลตำบลเชียงกลาง ให้นางสาวบุญญาภรณ์ กัญยะ นักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน" ซึ่งนักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็น ของอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน นั้น

เทศบาลตำบลเชียงกลาง ขอแจ้งการให้ความอนุเคราะห์ในการดังกล่าว รายละเอียดตามแบบสอบถามที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาณัติ จิรย์ โคมล)

นายกเทศมนตรีตำบลเชียงกลาง

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โทร. 0-5479-7102 ต่อ 16



ที่ นน 52103/ 658

สำนักงานเทศบาลตำบลเวียงสา

ถนนเจ้าฟ้า อำเภอเวียงสา นน 55110

28 กันยายน 2550

เรื่อง อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ 0517.02 (วท) / 1632 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2550

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวบุญญาภา กันยะ นักศึกษานิเทศศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน ” และมีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบอาชีพค้าขายสินค้าในตลาดสดเวลาเย็นของอำเภอเวียงสา นั้น

เทศบาลตำบลเวียงสา อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ได้พิจารณาแล้ว อนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบการค้าในตลาดสดในเขตเทศบาลตำบลเวียงสาเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวัฒน์ จันทน์)

นายกเทศมนตรีตำบลเวียงสา

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

งานธุรการ

โทรศัพท์ 0 - 5478 - 1681 - 2 ต่อ 17

โทรสาร. 0 - 5478 - 1681 - 2 ต่อ 12

ภาคผนวก จ
แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย
โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขาย
สินค้าในตลาดสด จังหวัดน่าน

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการวิจัย
นี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ
ในรูปที่สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
โดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพและจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไป ระหว่างการรักษา
พยาบาลดังกล่าวตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้จะต้องได้รับการยินยอมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะและระบุข้อความไว้ตามนี้ ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วแม่มือขวา ของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ

โดยชอบ ด้วยกฎหมาย

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (เช่น กรณีที่ผู้ที่ยินยอมคน ให้ทำการวิจัยอยู่ในภาวะหมดสติ) ให้ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายหรือผู้ปกครอง หรือญาติ ที่ใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ลงนาม ยินยอม

ลงนาม ผู้แทน/ผู้ปกครอง/ญาติ

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว บุญญาภา กันยะ
วัน เดือน ปี เกิด 17 พฤศจิกายน 2524
สถานที่เกิด จังหวัดน่าน
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
พ.ศ. 2542 – 2547
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548 – 2552
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
สถานที่ทำงาน 169/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี
ประเทศไทย
E-mail : wann_gender@hotmail.com
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131