

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ  
ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

**ผู้วิจัย** นางสาวรัตนะ สะอาด **ปริญญา** คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)  
**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา โพธิ์น้อย (2) รองศาสตราจารย์สุจิตรา หังสพฤกษ์  
**ปีการศึกษา** 2549

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี (2) ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี (3) ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี (4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี และ (5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 400 คน ที่ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.8) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.5) รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.7) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 71.8) (2) ผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.05$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50$ ) และมีการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.99$ ) (3) ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านบวกได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอโรครยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.89$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางบวก พบว่า ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านอโรครยา และด้านอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.37, 3.08, 2.86$  และ 2.78 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$ ) ส่วนพฤติกรรมด้านลบ คือ อดบายนุช ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.59$ ) (4) ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (5) การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้นำครอบครัว

**Thesis title:** Relationships Between Health Perception and Health-Promoting Behaviors of Family Leaders in Chanthaburi Province

**Researcher:** Ms. Rattana Saard; **Degree:** Master of Home Economics (Family and Social Development)

**Thesis Advisors** (1) Dr. Wannapa Poney, Associate Professor; (2) Mrs. Sujitra Hungspruke, Associate Professor; **Academic year:** 2006

### ABSTRACT

The purposes of this research were: (1) to study basic information of family leaders in Chanthaburi province, (2) to study health perception of family leaders in Chanthaburi province, (3) to study health-promoting behaviors of family leaders in Chanthaburi province, (4) to analyze relationships between basic information of family leaders and health-promoting behaviors of family leaders in Chanthaburi province, and (5) to analyze relationships between health perception and health-promoting behaviors of family leaders in Chanthaburi province.

The research samples were 400 family leaders in Chanthaburi province, who were selected by multi-stages random sampling and simple random sampling techniques. Instruments used for data collection were questionnaires. Data were analyzed using computer program. Statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and the chi-square test.

The research findings were as follows: (1) The majority of the samples had primary education (55.8%), worked as farmers (41.5%), earned average incomes 5,001-10,000 bath a month (43.7%), came from nuclear family (71.8%), (2) Overall, the health perception of family leaders were at the high level ( $\bar{X} = 3.05$ ). When considering each aspects of health perception, it was found that perceived seriousness of disease were at the highest level, whereas perceived barriers to health-promoting behaviors were at the low level ( $\bar{X} = 1.99$ ), (3) Overall, the family leaders' positive health-promoting behaviors namely, exercises, food safety, emotion, environmental health, and disease reduction were at the high level ( $\bar{X} = 2.89$ ), while negative health-promoting behaviors, non-narcotic and drug addicted, were at the low level ( $\bar{X} = 1.59$ ). When considering each aspects of positive health-promoting behaviors, it was found that the family leaders' health-promoting behaviors which were at the high level were environmental health, emotion, disease reduction, and food safety ( $\bar{X} = 3.37, 3.08, 2.86$  and  $2.78$  respectively), while exercise was at the low level ( $\bar{X} = 2.39$ ), (4) the educational level of family leaders was related to health-promoting behaviors of family leaders in Chanthaburi province at the 0.5 level of statistically significance, and (5) the health perception of family leaders was related to health-promoting behaviors of family leaders in Chanthaburi province at the 0.5 level of statistically significance.

**Keywords:** Health perception, Health-promoting behaviors, Family leaders

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณภา โพธิ์น้อย และรองศาสตราจารย์สุจิตรา หังสพฤกษ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำแนวคิดและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขตรวจสอบข้อบกพร่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอดนับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมรรัตน์ ภิญโญอนันตพงษ์ ดร. ยวดี รอดจากภัย ดร. มุกดา สำนวนกลาง และคุณวรรณดี จันทร์ศิริ ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาคุณภาพ เครื่องมือการวิจัย

ขอขอบพระคุณพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่วิจัยทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้นำครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่าง สมบูรณ์ครบถ้วน นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ ทุกท่าน จึงขอแสดงความขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ และขอกราบระลึกถึง พระคุณของบิดา มารดา และครูอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ความรู้เป็นผลให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

นางสาวรัตนะ สะอาด

23 ตุลาคม 2549

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมุติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
การรับรู้ด้านสุขภาพ.....	9
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและผู้นำครอบครัว.....	41
การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดจันทบุรี.....	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	66
ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	68
ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	74
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี .....	80
ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	109
สรุปผลการวิจัย.....	109
อภิปรายผล.....	112
ข้อเสนอแนะ .....	125
บรรณานุกรม.....	129
ภาคผนวก.....	140
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม).....	142
ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	150
ประวัติผู้วิจัย.....	153

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 สาเหตุการตายของประชากรในจังหวัดจันทบุรี.....	50
ตารางที่ 3.1 ระดับชั้นอำเภอ อำเภอ จำนวนผู้นำครอบครัว และขนาดกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในจังหวัดจันทบุรี.....	61
ตารางที่ 3.2 ระดับชั้นอำเภอ อำเภอ ตำบล หมู่บ้านและขนาดกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัด จันทบุรี.....	62
ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรี.....	65
ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	65
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	67
ตารางที่ 4.2 ภาพรวมของการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	68
ตารางที่ 4.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	69
ตารางที่ 4.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ.....	70
ตารางที่ 4.5 การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	71
ตารางที่ 4.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค.....	72
ตารางที่ 4.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	73
ตารางที่ 4.8 ภาพรวมของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี.....	74
ตารางที่ 4.9 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย.....	75
ตารางที่ 4.10 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย.....	76
ตารางที่ 4.11 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์.....	77
ตารางที่ 4.12 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม.....	78
ตารางที่ 4.13 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรควยา.....	79
ตารางที่ 4.14 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุข.....	80
ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม.....	81
ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย.....	83



ฉ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....4



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ประชาชนมีการดำเนินชีวิตที่รีบเร่ง และแข่งขันกันเพื่อสร้างความมั่งคั่งให้กับตัวเองมากขึ้น มีเวลาเอาใจใส่สุขภาพของตนเองน้อยลง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความสนใจละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยจะเห็นได้จากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ฯลฯ มีผลให้คนไทยต้องเจ็บป่วย และสูญเสียชีวิตด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ โรคมะเร็ง ฯลฯ เป็นจำนวนมากในแต่ละปี ปัญหาสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ารายจ่ายทางด้านสุขภาพของครอบครัวเพื่อซื้อบริการในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับว่าการรักษาพยาบาลนั้นให้ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำกว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรค (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย 2539: 39, จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2543: 314 และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2539)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวมโดยยึดคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เพื่อให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติ และทุกหน่วยทางสังคม คือ มุ่งการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การสร้างสุขภาพเชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพดี การคุ้มครองความปลอดภัยจากการบริโภคต่าง ๆ การบริการสุขภาพอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยทางสังคม รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน เพราะการรักษาพยาบาลเมื่อประชาชนเจ็บป่วยขึ้นมาแล้วนั้นเป็นการแก้ไขที่ช้าเกินไป นอกจากนี้ ยังทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถทำให้ลดลงหรือลดความรุนแรงลงได้โดยการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (คณะกรรมการจัดทำแผนกระทรวงสาธารณสุข 2544) และเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2547

รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอดี พอเพียง พอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้เศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาวสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรงในปีพุทธศักราช 2560 (ลือชา วรรัตน์ 2549: 8)

การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของบุคคลทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย เป็นกระบวนการเสริมสร้างความรับผิดชอบและเพิ่มศักยภาพความสามารถของประชาชนในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยการเสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต มีการดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (WHO, 1986 อ้างถึงในพิสมัย จันทวิมล 2541: 57) และเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ (ปณิธาน หล่อ-เลิศวิทย์ 2541: 3) การที่จะทำให้คนเรามีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นทุกคนสามารถสร้างหรือกำหนดภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งภาวะสุขภาพดีนั้นเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสมโดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสุศึกษาที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพตลอดชีวิต และการที่สมาชิกในครอบครัวรักษาสุขภาพได้ดี มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น เป็นผลมาจากการปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่เหมาะสม (รุจา ภูไพบูลย์ 2534: 10-13) และหากครอบครัวทั้งหมดเป็นครอบครัวที่มีสุขภาพดี เป็นครอบครัวสุขภาพหรือเป็นครอบครัวอบอุ่น (Healthy family) ย่อมเป็นพื้นฐานของสุขภาพของสังคมของประเทศ ซึ่งเป็นเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของการสร้างสุขภาพของครอบครัวให้มีพลังสร้างสรรค์ทางสังคมที่ยิ่งใหญ่ เปรียบประดุจ “พลังนิวเคลียร์ทางสังคม” (ประเวศ วะสี 2541 อ้างถึงในเมธี จันทจักรภรณ์ 2547: 195-199)

การรับรู้เป็นปัจจัยปฐมภูมิซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และดำรงรักษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเอาไว้ การรับรู้ที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ที่ดี เพราะว่าการที่คนเราจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจและเจตคติที่ดีได้นั้นจะต้องเริ่มจากมีการรับรู้ที่ดีเสียก่อน (กันยา สุวรรณแสง 2540: 50) การรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น จะเป็นสิ่งขัดขวางไม่ให้เกิดการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคก็จะทำให้

บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Becker and others, 1974, Bandura, 1997, Green and Kreuter, 1991 and Pender, 1996)

ผู้นำครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจะมีบุคลิกภาพ ค่านิยม ทศนคติ และพฤติกรรมที่ดีหรือไม่นั้นมีผลมาจากการอบรมเลี้ยงดูขัดเกลาและปลูกฝังพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวให้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพดี จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2547 พบว่า สาเหตุการตาย 4 อันดับแรกของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าโรคดังกล่าวนี้สามารถป้องกันและชะลอไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม พัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นก็จะช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ ยังเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว (ประเวศ วรรณี 2536: 24)

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้นำครอบครัวมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาของประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องต่อไป

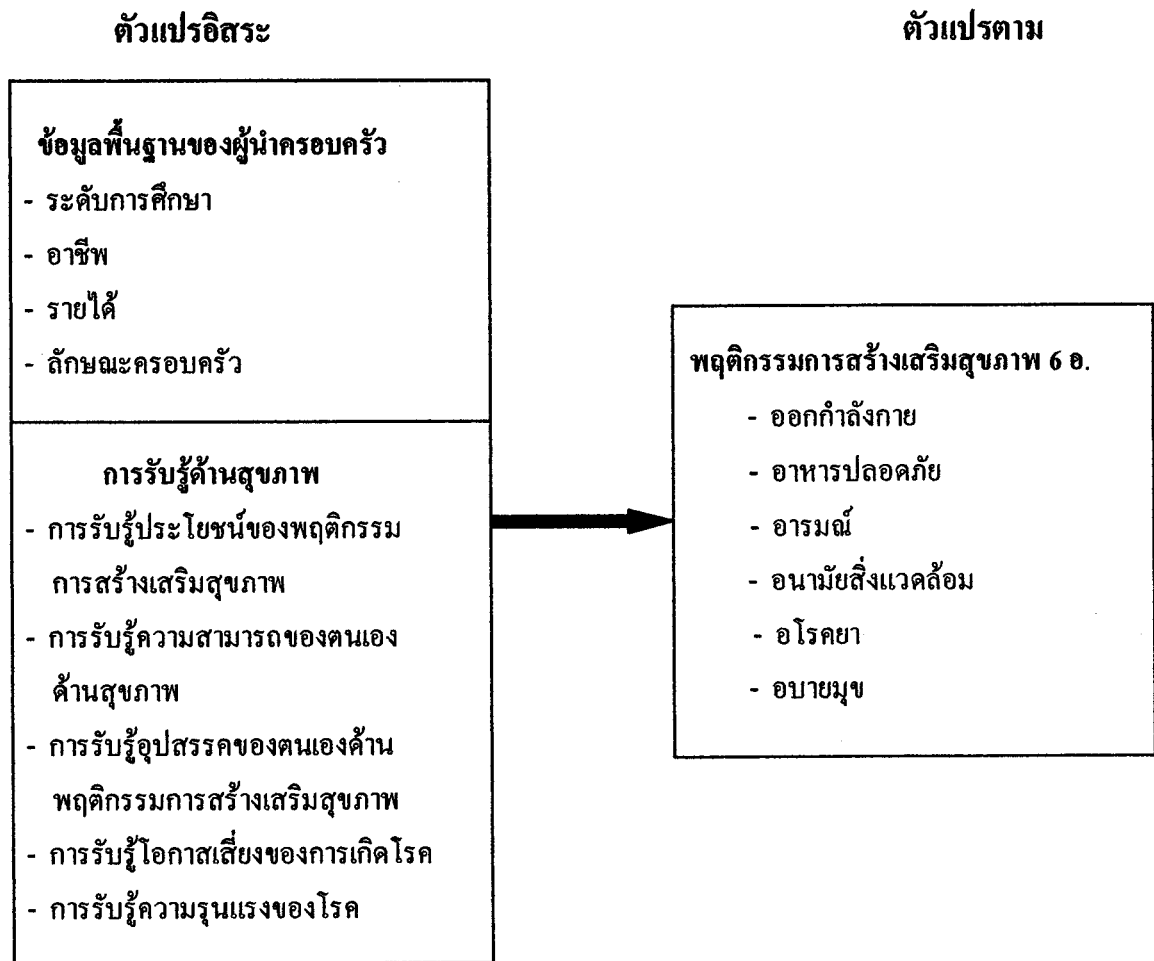
## 2. วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- 2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
- 2.2 เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
- 2.3 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
- 2.4 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
- 2.5 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

### 3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมา กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 4. สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย มีดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.2 การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

## 5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัย ดังต่อไปนี้

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

5.2 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีจำนวน 163,434 คน

5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร แบ่งออกเป็น

5.3.1 *ตัวแปรอิสระ* ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี และการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

5.3.2 *ตัวแปรตาม* ได้แก่ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรครายาและด้านอบายมุข

5.4 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ 24 กรกฎาคม 2549 – 15 สิงหาคม 2549

## 6. ข้อจำกัดในการวิจัย

6.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. โดยศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเท่านั้น

6.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว และการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวเท่านั้น โดยไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะเพื่อการวิจัย ดังต่อไปนี้

7.1 *ผู้นำครอบครัว* หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อสมาชิกในครอบครัว โดยมีบทบาทหน้าที่ คือ หาเลี้ยงครอบครัว อบรมขัดเกลาทางสังคม ดูแลสุขภาพทั้งทางกายและใจ ให้ความรัก เอาใจใส่ทุกข์สุข ให้เวลา เป็นที่พึ่ง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัวด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

7.2 รายได้ของผู้นำครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่หาได้ในแต่ละเดือนของผู้นำครอบครัว โดยยังไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

7.3 ลักษณะครอบครัว หมายถึง การอยู่ร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดาและบุตร บิดาและบุตร หรือมารดาและบุตร หรือครอบครัวที่ไม่มีบุตร

ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยบิดา มารดา บุตร และญาติ

7.4 การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลต่อสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อของบุคคลนั้น

7.5 การรับรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

7.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจของตนเองถึงผลดีของการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การค้นหาสาเหตุของปัญหา การทำกิจกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการรับรู้โทษของการเสพติด

7.7 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่น การตัดสินใจของตนเองว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ ความสามารถในการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที การหลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดโทษต่อร่างกาย การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นและการหลีกเลี่ยงการเสพติด

7.8 การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางหรือรบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การที่ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่สามารถรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ การที่ไม่ปรึกษาใครกรณีที่มีปัญหา การไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การไม่สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย และการไม่สามารถงดสิ่งเสพติด

7.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจของตนเองที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ความเครียด ความวิตกกังวลอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคความดันโลหิตสูง ความรัก ความเข้าใจกันและการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวช่วยป้องกัน

การเกิดปัญหาครอบครัว การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ขับขี่ยานพาหนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิต และการเสพลิงเสพลัดมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ

7.10 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจของตนเองว่า ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมไม่เหมาะสมนั้นมีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิต ได้แก่ ความรุนแรงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การมีไขมันในเลือดสูง ความเครียด การดื่มสุราและการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ

7.11 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. หมายถึง พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อก่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคยา และด้านอบายมุข

7.12 ออกกำลังกาย หมายถึง พฤติกรรมในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามความสามารถและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ได้แก่ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นประจำทุกวัน การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยมีการกระทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อออกแรงในการทำงานบ้าน งานอาชีพ งานอดิเรกหรือในการเดินทางจนทำให้รู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก

7.13 อาหารปลอดภัย หมายถึง พฤติกรรมในการบริโภคอาหารประจำวันเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสี สารเจือปน อาหารประเภทเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ ลวกหรือปิ้งย่างจนไหม้เกรียม เลือกซื้ออาหารสด โดยดูป้าย “อาหารปลอดภัย” เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จโดยดูป้าย “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย” และเลือกซื้ออาหารแปรรูปบรรจุ โดยดูเครื่องหมาย “อย.”

7.14 อารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมในการผ่อนคลายความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ได้แก่ การค้นหาสาเหตุของความเครียดและแก้ไขที่สาเหตุ การยอมรับสภาพปัญหา การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การปรึกษากับคนใกล้ชิด และการรู้สึกมีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นช่วยเหลือหมู่บ้านหรือชุมชน

7.15 อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ปลอดภัย มีความรักใคร่ ห่วงใย ให้กำลังใจเอื้อเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในครอบครัวตลอดจนการทำกิจกรรมในบ้านร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำงานบ้านร่วมกัน ฯลฯ

7.16 ปลอดภัย หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคไม่ติดต่อและมีสุขภาพดี ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว โดยการออกกำลังกาย

หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย การมองโลกในแง่ดี การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส การสวมหมวกนิรภัย / คาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ขับขียานพาหนะและการตรวจสุขภาพประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง

7.17 อบายมุข หมายถึง พฤติกรรมในการกระทำสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่หรือยาเส้น และการเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ฝิ่น และเฮโรอีน ฯลฯ

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้ คือ

8.1 ผู้นำครอบครัวสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในปฏิบัติตนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

8.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

8.3 ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นสารสนเทศในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

8.4 ผู้สนใจสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มอื่น ๆ และในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. การรับรู้ด้านสุขภาพ
2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและผู้นำครอบครัว
4. การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดจันทบุรี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การรับรู้ด้านสุขภาพ

##### 1.1 ความหมายและความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล และครอบครัว มีนักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้หลายประการ ดังนี้

แกริสัน และมากูน (Garrison and Magoon, 1972: 2) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการสมองในการตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นว่าเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร และมีลักษณะอย่างไร และการที่จะรับรู้สิ่งที่มาสัมผัสนั้นต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความ ถ้ายังไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนบุคคลนั้นจะไม่สามารถรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีลักษณะอย่างไร

กันยา สุวรรณแสง (2540: 127) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การสัมผัสที่มีความหมายให้เป็นที่เข้าใจทั้งแก่ตนเองและผู้อื่นโดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมร่วมกับความรู้สึกรับสัมผัสจากอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง

ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม (2544: 135) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การที่มนุษย์นำเอาข้อมูลที่ได้จากความรู้สึกรับสัมผัส (sensation) ซึ่งเป็นข้อมูลดิบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ประกอบด้วยตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัสมาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ด้วยกระบวนการทำงานของสมองแล้วแปลสิ่งที่ได้ออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย เพื่อนำไปใช้ในการเรียนรู้ต่อไป

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการนำข้อมูลที่ได้จากประสาทสัมผัสทั้งห้า มาจำแนก แยกแยะและวิเคราะห์โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมช่วยแปลความหมายของสิ่งนั้น ออกมาเป็นความรู้ และความเข้าใจ

## 1.2 องค์ประกอบของการรับรู้

ปรียาพร วงศ์อนุครโรจน์ (2539: 129-131) อธิบายว่า การรับรู้เกิดจากองค์ประกอบ ดังนี้

**1.2.1 อาการสัมผัส** หมายถึง สิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสเพื่อให้ คนเรารับรู้ภาวะแวดล้อมรอบตัว ปกติคนเราเมื่อได้รับสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วจะจำแนกอาการสัมผัส นั้น ๆ ตามประสบการณ์ที่ตนมีอยู่เกือบทุกครั้ง ซึ่งการแปลความหมายจากการสัมผัสต้องอาศัยปัจจัย ดังต่อไปนี้

- 1) **เชาวน์ปัญญา** เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสิ่งเกื้อหนุนการรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ ของ บุคคลได้เป็นอย่างดี เพราะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาสัมผัสหรือพบเห็น ได้ รวดเร็ว ผู้มีเชาวน์ปัญญาสูงย่อมได้เปรียบในการรับรู้ คือ รับรู้ได้เร็วและดีกว่าผู้มีเชาวน์ปัญญาต่ำ
- 2) **การสังเกตพิจารณา** จะช่วยให้คนเรารับรู้ได้แม่นยำขึ้น บางครั้งอาจต้องอาศัย เวลา แต่บางครั้งก็ต้องอาศัยความชำนาญ หรือต้องใช้ทั้งเวลาและความชำนาญ
- 3) **ความสนใจและความเข้าใจ** ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการแปลความหมายของ อาการสัมผัส โดยช่วยทำให้การแปลความหมายได้ดีขึ้น
- 4) **คุณภาพของจิตใจในขณะนั้น** เมื่อเหนื่อยจิตใจจะไม่สดใส ทำให้เกิดความ เฉื่อยชา ทำให้การแปลความหมายได้ไม่ดี แต่ถ้ามีจิตใจแจ่มใส จะทำให้การแปลความหมายได้ดีขึ้น

**1.2.2 การแปลความหมายจากการสัมผัส** ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสิ่งกระตุ้น ถ้าสิ่ง เร้าเบาบางเกินไป เช่น กลิ่นจาง เสียงเบาเกินไป ก็จะไม่เกิดการรับสัมผัส

**1.2.3 ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม** ได้แก่ ความคิด ความรู้และการกระทำที่เคยทำ ในอดีต สิ่งดังกล่าวมีความสำคัญมากสำหรับการตีความหรือแปลความหมายของอาการสัมผัสได้แจ่มชัด ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมที่ได้สะสมไว้จะช่วยในการแปลความหมายต่าง ๆ ได้ดีนั้นต้องเป็นความรู้ ที่แน่นอน ถูกต้อง ชัดเจน และมีความหลากหลาย

สรุปได้ว่า การรับรู้เกิดจากการที่ร่างกายได้สัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วแปลความหมาย ของการสัมผัสโดยอาศัยเชาวน์ปัญญา การสังเกตพิจารณา ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม ความสนใจ ความตั้งใจและคุณภาพของจิตใจในขณะนั้น

## 1.3 การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 1.3.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวกหรือการเสริมแรงที่เกิดจากการกระทำ กล่าวคือ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือจากผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับการกระทำ จะแสดงออกทางจิตใจ โดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการมุ่งใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของลักษณะ และประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงหรือเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา ความเชื่อในประโยชน์หรือความเชื่อที่ว่าผลจากการกระทำที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นไปในทางบวกเป็นสิ่งสำคัญแม้ว่าจะไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นเงื่อนไขในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกก็ได้ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และลดความรู้สึกเหนื่อยล้า ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คือ ผลของการกระทำพฤติกรรม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้าสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความสำคัญของแรงจูงใจในการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแรงจูงใจต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจในการวางแผนปฏิบัติไว้ว่าจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากประโยชน์ของประสบการณ์ในอดีต (Pender, 1996: 66)

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย เมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองนั้นจะส่งผลให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย และเป็นการช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ได้แก่ มีการจัดการกับความเครียด จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี ประโยชน์ที่เกิดขึ้นด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ จะช่วยส่งเสริมให้มีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น มีการพบปะผู้อื่นมากขึ้นและเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนทำให้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม (Jones and Nies, 1996) การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจในการวางแผนปฏิบัติไว้ว่าจะเข้าสู่การกระทำพฤติกรรมซึ่งเป็นผลประโยชน์สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำนองเดียวกัน สมบัติ พึ่งเกษม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ก็พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความเข้าใจของบุคคลถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย และจิตใจเมื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จะส่งผลให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่ายและเป็นการช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ได้แก่ การจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ประโยชน์ที่เกิดขึ้นด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจนั้นจะช่วยส่งเสริมให้มีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น

### 1.3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ

บันดูรา (Bandura, 1997: 57-60) ให้คำจำกัดความของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต บันดูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้หรือเชื่อว่าตนเองจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ ความคาดหวังหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่ามีคุณค่าเพียงใด กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดความพยายามและมีความกระตือรือร้น ไม่ทอดทิ้ง เมื่อเกิดอุปสรรคขัดขวางในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเอง ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็จะต่ำ เมื่อคิดว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก ก็จะเกิดความกลัวจึงพยายามหลีกเลี่ยงหรือไม่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้นำเอาการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นปัจจัยหนึ่งในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพด้านสติปัญญาและการรับรู้ โดยกล่าวว่า บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีทักษะหรือมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเกิดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงทำให้มีการรับรู้อุปสรรคที่จะกระทำพฤติกรรมน้อยลง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกระตุ้นโดยตรงที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของชลดดา ไชยกุลวัฒนา (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ทำนองเดียวกันสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี ก็พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี โดยเป็นตัวกระตุ้นและแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### 1.3.4 การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิด และความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าการกระทำนั้นไม่มีอุปสรรคขัดขวางหรือมีอุปสรรคขัดขวางน้อย และการที่บุคคลมีอุปสรรคขัดขวางการกระทำพฤติกรรม อุปสรรคเหล่านั้นเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลหลีกเลี่ยงกระทำพฤติกรรมที่ตนเชื่อว่ามีประโยชน์ และอุปสรรคซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นก็ได้ (Pender, 1996) ถ้าบุคคลไม่มีความพร้อมในการกระทำและมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้นหรือในทางกลับกันถ้ามีความพร้อมในการกระทำสูงและมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็มีมากขึ้น (มัลลิกา มัติโก 2530 และ Pender, 1996) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำนองเดียวกันจूरรัตน์ เพชรทอง (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี ก็พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้แก่

- 1) ความไม่เพียงพอ ได้แก่ สถานบริการไม่สามารถจัดบริการให้เพียงพอสำหรับผู้มารับบริการ
- 2) ความไม่สะดวก ได้แก่ ภาระงานประจำวันมีมาก ความไม่สะดวกของสถานที่ และไม่มีสถานที่สำหรับปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3) ค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา ค่ายานพาหนะ หรือค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
- 4) ความยากลำบาก ได้แก่ การเดินทางที่ลำบาก การเจ็บป่วยเรื้อรังและมีสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยสำหรับการเดินทาง และการไม่มีความรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 5) เวลา ได้แก่ มีภาระงานที่รับผิดชอบมากทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเสียเวลาในการเดินทางไปปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิด และความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อุปสรรคในการ

จัดบริการของสถานบริการสุขภาพ ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้ในการปฏิบัติ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอุปสรรคด้านเวลาที่ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 1.3.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยในระดับที่ไม่เท่ากัน บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน ความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสรiskที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (Becker and others, 1974: 204-216) และในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ทำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น เบคเกอร์และคณะจึงสรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับต่ำ ควรได้รับการพัฒนาให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Rosenstock, 1966: 284 อ้างถึงใน สุนีย์ พลภาณุมาศ 2546: 40) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกนุญ ฝักไฝ่พวก และรักใจ บุญระดม (2545) ที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

### 1.3.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ มีความยากลำบากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น โรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง คือ ทำให้เส้นเลือดในสมองตีบและแตกอาจเสียชีวิตหรือเป็นอัมพาต โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คือ ระดับน้ำตาลต่ำหรือสูงเกินไป ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจทำให้หมดสติหรือเสียชีวิตได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วก็จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค (Becker and others, 1974: 12) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกนุญ ฝักไฝ่พวก และรักใจ บุญระดม (2545) ที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัด จันทบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการ ป้องกันโรคมมากขึ้น

## 2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

### 2.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 อ้างถึงในพิสมัย จันทวิมล 2541: 57) ให้ความหมาย ของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแล และ พัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ในการที่จะบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่ จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991: 4) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ว่า หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติใน การดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

พาแลงค์ (Palank, 1991: 818) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้หรือยกระดับสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ และ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

โกชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงในจินตนา บุญพันธ์ 2532: 44-45) ให้ความหมายของ การส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตเห็นได้ อย่างชัดเจน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ เป็นต้น และที่สังเกตเห็น ไม่ได้ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความรู้ การรับรู้ เป็นต้น

ฮิทช์ค็อก สคูเบิร์ต และ โทมัส (Hitchcock, Scubert and Thomas, 1999) ให้ความหมาย ของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมซึ่งสัมพันธ์กับรูปแบบการดำเนินชีวิต การเลือกสรรและ รูปแบบในการปรับปรุง หรือการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ประกอบด้วย ความพยายามในการป้องกัน การรักษา และการปรับปรุงความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดความสมดุลของ

สุขภาพ ดังนั้น แต่ละบุคคลสามารถปรับปรุงสุขภาพได้โดยการให้ภูมิคุ้มกันโรค ให้อาหารที่เพียงพอ การให้คำปรึกษา การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์ และ เซนเนอร์ (Murray and Zentner, 1993: 659) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กลุ่มกิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และสังคมได้ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี

เกษม นครเขตต์ (2536: 18-20) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยการพัฒนา หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรค และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค เพื่อความเป็นอยู่ที่สันติสุข

หทัย ชิตานนท์ (2540: 2) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น

พิสมัย จันทวิมล (2541: 3-4) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการทางสังคมและการเมืองที่มุ่งเน้นการเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคลโดยการปลูกฝังให้คนเรามีส่วนร่วมที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดเพื่อช่วยให้มีสุขภาพดีขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีภาวะสุขภาพดีโดยการพัฒนา หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรค และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

## 2.2 มิติการส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้เสนอมิติการส่งเสริมสุขภาพไว้ ดังนี้

ดำรง บุญยืน (2544: 4) ได้จำแนกมิติการส่งเสริมสุขภาพไว้ 3 มิติ ดังนี้

1. มิติของการลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนสุขภาพ ได้แก่ วิถีชีวิตและพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม โภชนาการและอาหาร ความปลอดภัยและการป้องกันความพิการ
2. มิติการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่ม ได้แก่ แม่และเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาเฉพาะทางสังคมและสุขภาพ
3. มิติการส่งเสริมสุขภาพตามสถานที่ ได้แก่ บ้านและชุมชน โรงเรียน ที่ทำงานและบริการสาธารณสุข



หทัย ชิตานนท์ (2540: 12-13) ได้จำแนกมิติการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. มิติการส่งเสริมสุขภาพในการลดปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. มิติการส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพเด็ก สุขภาพวัยรุ่น สุขภาพสตรี สุขภาพคนงาน สุขภาพผู้สูงอายุ และสุขภาพผู้พิการ
3. มิติการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ บ้านและที่อยู่อาศัย สุขภาพดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ทำงานสุขภาพดี เมืองสุขภาพดี
4. มิติการส่งเสริมสุขภาพตามปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพหัวใจ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพทางเพศและระบบเจริญพันธุ์ ปัญหาทันตสุขภาพ ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาอันตราย และปัญหาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ

สรุปได้ว่า มิติการส่งเสริมสุขภาพอาจจำแนกได้เป็น 4 มิติ คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนสุขภาพ 2) การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย 3) การส่งเสริมสุขภาพตามสถานที่ และ 4) การส่งเสริมสุขภาพตามสภาพปัญหา

### 2.3 การส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 อ้างถึงในพิสมัย จันทวิมล 2541: 59-62) กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของกฎบัตรออตตาวาว่าประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

**2.3.1 การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)** คือ การกำหนดนโยบายที่มีลักษณะชัดเจนอยู่ในนโยบายสาธารณะทุกด้านพร้อมกัน โดยแสดงเจตจำนงในการส่งเสริมสุขภาพและความเสมอภาค ด้วยความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ วัตถุประสงค์หลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี เพิ่มทางเลือกที่ดีและง่ายต่อการเข้าถึง พร้อมทั้งยกระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้เป็นไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

**2.3.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment)** สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ในสังคมที่เราอยู่อาศัยครอบคลุมตั้งแต่บ้านที่อยู่อาศัย ชุมชน สถานที่ทำงาน และสถานที่อื่น ๆ รวมถึงลักษณะการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมและบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพให้ไปสู่สภาวะที่สมบูรณ์

**2.3.3 การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community actions)** หัวใจสำคัญของ การส่งเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มศักยภาพและเสริมพลังให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง เกิดความ

รู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม โดยการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสาธารณชน โดยการชี้แนะและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และโอกาสต่าง ๆ ในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน มีการประชุม มีการสื่อสารระหว่างกัน มีกลุ่มและเครือข่ายต่าง ๆ

**2.3.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)** การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาบุคคลและสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เพิ่มทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิต กระบวนการนี้จะต้องจัดให้มีตั้งแต่ในบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และในชุมชน ทั้งนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีความตระหนัก รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีการดำเนินชีวิตให้เอื้อต่อสุขภาพซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย เป็นต้น

**2.3.5 การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข (Reorient health services)** หน้าที่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพถือเป็นหน้าที่ร่วมกันระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพ เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของกฤษณ์ตรออคาว่าประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ของสมาชิกในครอบครัว

## 2.4 นโยบายด้านสุขภาพ

### 2.4.1 นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนร่วมกันสร้างเพื่อให้เกิดสังคมที่มีจิตสำนึกและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มีโอกาสในการเข้าถึงและใช้บริการการสนับสนุนทางสังคมและบริการสุขภาพโดยเท่าเทียมและเสมอภาค ภายใต้แผนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยใช้ยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาสุขภาพ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2544: 37-38) ดังนี้

1. การสร้างสุขภาพเชิงรุก
2. การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า
3. การปฏิรูประบบสุขภาพและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

4. การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาคมเพื่อสุขภาพ

5. การจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ

6. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่ พร้อมทั้งประกาศให้ปี พ.ศ. 2545-2547 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย โดยใช้ยุทธศาสตร์การรวมพลังสร้างสุขภาพ ใช้พื้นที่เป็นฐานในการบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน มุ่งเน้นการสร้างกระแสทางสังคมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ ให้เข้าถึงประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกพื้นที่ จัดการรณรงค์รวมพลังสร้างกระแสการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมการรวมกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ เพื่อสร้างพลังพัฒนาสุขภาพ เร่งรัดการพัฒนาองค์ความรู้แก่ประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคมในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนเพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการสนับสนุนเพื่อนำไปสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2545: 4-5)

1. จะพัฒนาให้เกิด “ศูนย์สุขภาพชุมชน” (Primary Care Unit หรือ P.C.U.) ที่สถานีอนามัยต่าง ๆ จำนวน 4,500 แห่งทั่วประเทศ ใช้เป็นศูนย์ประสานเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนชมรมด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน
2. จะร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นต่าง ๆ สนับสนุนให้เกิด “ชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” ที่เป็นแกนหลักอย่างน้อยตำบลหรือเทศบาลละ 1 ชมรมทั่วประเทศ เพื่อเป็นแกนกลางประสานและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น
3. จะพัฒนาให้เกิด “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” จำนวนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของโรงเรียนทั้งหมดทั่วประเทศ เพื่อเป็นศูนย์ส่งเสริมให้นักเรียนและชุมชนมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต
4. จะร่วมกับองค์กรผู้บริโภคต่าง ๆ รณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ตลอดจนควบคุมดูแลอาหารและยาที่ไม่ปลอดภัย โดยต่อไปนี้คนไทยจะต้องไม่เป็นประชากรชั้นที่ 2 ของโลกที่เป็นตลาดรองรับอาหารและยาที่ไม่ปลอดภัยอีกต่อไป รวมทั้งการรณรงค์ให้คนไทยลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บั่นทอนสุขภาพ
5. จะส่งเสริมให้เกิดร้านอาหารและแผงลอยที่ได้มาตรฐานสุขอนามัย จำนวนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 35 ของร้านอาหารและแผงลอย ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดตลาดสดที่ได้มาตรฐานน่าซื้อ มีระบบตรวจสอบคุณภาพสินค้าจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของตลาดสดทั้งหมด
6. จะต้องส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสินค้า ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน และสมุนไพรให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภคและการสร้างรายได้ให้ประชาชน ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ที่เน้นรักษาแบบธรรมชาติบำบัด และการพึ่งพาตัวเอง
7. จะรณรงค์ให้เกิดการลดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ ตลอดจนพัฒนาให้เกิดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service หรือ EMS) ในพื้นที่จังหวัดน่าน ร่อง 31 จังหวัด

8. จะรณรงค์และควบคุมเพื่อลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราการป่วยหรือตายสูง 6 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์

9. จะพัฒนาโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ให้สามารถบำบัดผู้ติดยาเสพติด ด้วยเทคนิคใหม่ และขยายประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ

#### 2.4.2 นโยบายเมืองไทยแข็งแรง

กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เพื่อเป็นแนวทางในการลดความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยการส่งเสริมให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน เอกชน ภาครัฐและส่วนอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้เรื่องการสร้างสุขภาพ และในวันที่ 18 ธันวาคม 2547 รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” เป็นวาระแห่งชาติ และในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมหาราช จะทรงเจริญพระชนมายุครบ 90 พรรษา ในปีพุทธศักราช 2560 จึงสมควรที่ประชาชนทุกหมู่เหล่า ทุกท้องที่ ทุกเพศ ทุกวัย จะได้ร่วมกันรณรงค์การสร้างสุขภาพกันอย่างพร้อมเพรียงกันและต่อเนื่องกันเพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี มีความสุข มีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข ซึ่งจะเป็นของขวัญล้ำค่าที่พสกนิกรชาวไทยจะได้น้อมเกล้าฯ ถวายให้ทรงชื่นใจ ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายระยะยาวไว้ 17 ประการ มีทั้งเป้าหมายที่บ่งบอกถึงสุขภาพโดยตรง และเป้าหมายที่บ่งบอกถึงปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ โดยการจัดกลุ่มเป้าหมายที่บ่งถึงสุขภาพไว้ 4 มิติ (ลีอชา วนรัตน์ 2549: 8-10) ดังนี้

##### 1) สุขภาพทางกาย มีเป้าหมาย ดังนี้

(1) คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน หน่วยงาน และสถานประกอบการ

(2) คนไทยมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นพร้อมกับมีสุขภาพที่แข็งแรง มีอัตราป่วย อัตราตายจากโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และเบาหวาน เป็นต้น

(3) ลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาสูบ

(4) ลดการบาดเจ็บ และตายด้วยอุบัติเหตุ

(5) คนไทยเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(6) คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดภัยปนเปื้อน ตลาดสด ร้านค้าและแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐาน สถานที่ผลิตอาหารผ่านหลักเกณฑ์วิธีที่ดีในการผลิต (Good manufacturing practice)

##### 2) สุขภาพทางใจ มีเป้าหมาย ดังนี้

(1) มีครอบครัวอบอุ่น เด็ก และผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว

(2) ลดอัตราการฆ่าตัวตายด้วยโรคจิต ประสาท และมีอัตราการป่วยทางจิตและทางประสาทน้อยลง

(3) เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient) และมีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) ได้มาตรฐานสากล

3) สุขภาพทางสังคม มีเป้าหมาย ดังนี้

(1) มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อาชญากรรม ความรุนแรง และการประทุษร้ายต่าง ๆ

(2) ได้รับการศึกษาไม่น้อยกว่า 12 ปี หรือตลอดชีวิต

(3) มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีสัมมาอาชีพ

(4) สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเอื้อต่อสุขภาพ

4) สุขภาพทางปัญญา/จิตวิญญาณ มีเป้าหมาย ดังนี้

(1) ลดละเลิกอบายมุข และสิ่งเสพติด

(2) มีความสามัคคี เอื้ออาทร เกื้อกูลกัน

(3) มีสติ แก้ปัญหาด้วยเหตุผลและสันติวิธี

(4) ยึดมั่นในหลักศาสนธรรม และวัฒนธรรมที่ดีงาม

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า นโยบายเมืองไทยแข็งแรงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขใช้สำหรับการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยการส่งเสริมให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน เอกชน ภาครัฐ และส่วนอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้ เรื่องการสร้างสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายที่บ่งถึงสุขภาพไว้ 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางปัญญา/จิตวิญญาณ

## 2.5 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ.

ยุทธศาสตร์ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของคนไทย คือ การพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาและอบายมุข โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 2.5.1 การออกกำลังกาย

#### 1) ความหมายของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อทำกิจกรรมทางร่างกายในทุก ๆ ลักษณะเพื่อฝึกให้ร่างกายเคลื่อนไหว เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของบุคคลทุกเพศ ทุกวัย เป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ปอด และระบบไหลเวียนโลหิตให้มีประสิทธิภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547)

## 2) หลักการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรปฏิบัติ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547: 10 และสมชาย ลีทองอินทร์ อ้างถึงในสมโภช รติโอพาร 2547: 101)

- (1) ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อมีอาการเป็นไข้ หรือ ไข้หวัด ควรรอให้หายก่อนอย่างน้อย 2 วัน
- (2) ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที
- (3) ควรเลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับความชอบ เวลา และสภาพร่างกาย ออกกำลังกายให้มีความสุขสนุกสนาน
- (4) ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย
- (5) สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าให้เหมาะสมกับชนิดของการออกกำลังกาย
- (6) ออกกำลังกาย ทุกส่วนของร่างกาย ไม่ทำเฉพาะส่วน ออกกำลังกายหลากหลายชนิด และเหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิต
- (7) ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ เพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโลหิตที่ไปเลี้ยงกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำย่อยอาหารออกมาน้อย การออกกำลังกายที่เหมาะสมหลังอาหาร คือ การเดินเล่น และหลังจากออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรรับประทานอาหารทันที ควรรอให้หายเหนื่อยเสียก่อนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- (8) ระหว่างออกกำลังกาย ไม่ควรดื่มน้ำมาก ถ้าต้องการดื่มน้ำทีละน้อย เพราะจะทำให้จุกแน่นและอึดอัดของร่างกายเปลี่ยนทันที และไม่อาบน้ำทันทีหลังจากออกกำลังกาย
- (9) ถ้าหากออกกำลังกายแล้วทำให้มีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หอบมากผิดปกติ ควรหยุดการออกกำลังกายทันที และควรปรึกษาแพทย์
- (10) การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรจะทำให้รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจร ในขณะที่ออกกำลังกายของคนทั่วไปนั้นควรจะเป็น 220 ครั้งลบอายุของตนเอง
- (11) ปฏิบัติตามหลักพื้นฐานของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 3 ระยะ ดังนี้
  - ก. ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัวของข้อต่อ อึดอัดของร่างกายจะสูงขึ้น กล้ามเนื้อและข้อต่อจะเคลื่อนไหวอย่างคล่องแคล่ว
  - ข. ระยะออกกำลังกาย ใช้เวลา 10-30 นาที เป็นการออกกำลังกายในระดับความแรงที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง เพื่อบริหารความอดทนของปอด หัวใจ และระบบการไหลเวียนโลหิต
  - ค. ระยะผ่อนคลายร่างกาย ใช้เวลา 5-15 นาที เนื่องจากขณะออกกำลังกายเต็มที่ จะมีการเพิ่มจังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อึดอัดร่างกายและกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ การค่อย ๆ ผ่อนแรงลงช้า ๆ หลังออกกำลังกายเต็มที่ จะช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจค่อย ๆ ลดลง ช่วยป้องกันหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเลือดคั่งอยู่ในกล้ามเนื้อ ช่วยรักษาสภาพการไหลเวียนของเลือดภายใน

กล้ามเนื้อ ระยะผ่อนแรงควรมีการเคลื่อนไหวมือและเท้า โดยการเดิน หรือวิ่งเหยาะ ๆ เมื่อสิ้นสุดระยะการผ่อนแรง จังหวะการเต้นของหัวใจควรต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรปฏิบัติตามหลักการออกกำลังกายพื้นฐาน 3 ระยะ คือ ระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลายร่างกาย โดยออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก

### 3) ประเภทของการออกกำลังกาย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547) ได้จัดหมวดหมู่การออกกำลังกายออกเป็น 4 ประเภท ตามบริบทที่กระทำ ดังนี้

(1) งานอาชีพ (*Occupational activity*) เช่น ทาบทนขาย ขนของขึ้นลง ถีบสามล้อ เกี่ยวข้าว ฯลฯ

(2) งานบ้าน (*Household activity*) เช่น การเช็ดถูกระจก ถ้างัดพื้น ถูบ้าน ขุดดิน ดายหญ้า ฯลฯ

(3) การเดินทาง (*Transportation activity*) เช่น ถีบจักรยานไปทำงาน เดินขึ้นบันได เดินไปธุระ ฯลฯ

(4) งานอดิเรก (*Leisure activity*) เช่น เดิน วิ่ง/วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ รำมวยจีน ติลาศ เต้นแอโรบิค และการเล่นกีฬา เป็นต้น ทั้งนี้ งานอดิเรกยังแบ่งย่อยได้อีก 3 ประเภท ได้แก่

ก. นันทนาการ เช่น เดินเล่น ถีบจักรยาน ติลาศ เล่นโยคะ รำมวยจีน ฯลฯ

ข. การเล่น/แข่งกีฬา เช่น ฟุตบอล ปิงปอง ตะกร้อ แบดมินตัน ฯลฯ

ค. การออกกำลังกายหรือการฝึกฝนร่างกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายตามรูปแบบที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมด เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก เช่น วิ่ง/วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ เล่นกีฬาประเภทฝึกความอดทน ฯลฯ

### 4) ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีประโยชน์ ดังนี้ (สมชาย ลีทองอินทร์ 2547 อ้างถึงใน สมโภช รติโอพาร 2547: 101-102 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547: 13)

(1) ลดความเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันสมควร ผู้ที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายมีความเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันควรสูงกว่าผู้ที่เคลื่อนไหวร่างกาย 1.2-2 เท่า

(2) ลดความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง ผู้ที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 1.5-2.4 เท่า

(3) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินและช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีสุขภาพแข็งแรง โดยการเคลื่อนไหวร่างกายระดับปานกลางถึงหนัก ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 30-50

(4) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณร้อยละ 19-30

(5) ช่วยให้รูปทรงสง่างามได้สัดส่วน ช่วยควบคุมน้ำหนัก และลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน การเคลื่อนไหวร่างกายช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนประมาณร้อยละ 50

(6) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยความแรงระดับปานกลาง ลดความเสี่ยงได้ร้อยละ 40-50 แต่ไม่ลดการเกิดโรคมะเร็งทวารหนัก

(7) เสริมสร้างและรักษาไว้ซึ่งความแข็งแรงของกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อ ช่วยป้องกันและลดภาวะ โรคกระดูกพรุน ลดความเสี่ยงต่อกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงได้ถึงร้อยละ 50

(8) เสริมสร้างความแข็งแรงในผู้สูงอายุ ทำให้การเคลื่อนไหวได้ดี ไม่พลัดตกหกล้มง่าย ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอและฝึกความแข็งแรง จะมีกล้ามเนื้อแข็งแรง มีความสมดุล คล่องแคล่วว่องไว ช่วยลดการพลัดตกหกล้ม

(9) ช่วยลดความเครียด ทำให้จิตใจสบายแจ่มใส ปราศจากความกังวลใจ และช่วยให้นอนหลับสนิทและตื่นขึ้นมาอย่างสดชื่น

(10) ช่วยให้ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความจุของปอดมากขึ้น เพิ่มพื้นที่ผิวของถุงลมขึ้นด้วย สามารถหายใจเอาอากาศเข้าปอดได้มากขึ้น ทำให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้นและมีผลให้การเผาผลาญอาหารภายในเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

(11) ช่วยให้ระบบการย่อยอาหารดีขึ้น ทำให้ท้องไม่ผูก เพราะการออกกำลังกายช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวบีบตัวดีขึ้น

(12) ช่วยให้การเผาผลาญภายในเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็วและช่วยให้รับประทานอาหารได้ดี

(13) ช่วยป้องกันโรคข้อติดและข้อเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง สรุปได้ว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์หลายประการ คือ ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรง ช่วยควบคุมน้ำหนัก ทำให้ร่างกายสง่างาม ช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและลดความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจและการตายก่อนเวลาอันควร

## 2.5.2 อาหารปลอดภัย

### 1) ความหมายของอาหาร

อาหาร หมายถึง วัตถุที่มนุษย์รับเข้าร่างกายโดยวิธีใด ๆ ก็ตามแล้วก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายในการสร้างเสริมความเจริญเติบโต ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพตลอดจนดำรงรักษาส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพดี สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ การที่อาหารจะก่อให้เกิดประโยชน์ร่างกายดังกล่าวมาแล้วนั้น ก็ต่อเมื่ออาหารที่รับประทานเข้าไปถูกย่อยผ่านกระบวนการสันดาป (Oxidation) และเปลี่ยนเป็นพลังงานเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้ตามลักษณะและปริมาณของกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำในแต่ละช่วงวัย (จินดา บุญช่วยเกื้อกุล 2542)



## 2) หลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

หลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547: 45-48 และกองโภชนาการ: 2545)

### (1) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และแต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย ดังนี้

หมู่ที่ 1 โปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแข็ง ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ให้สารอาหารพวกโปรตีนมีประโยชน์ในการเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

หมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือกและมัน ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ให้สารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตมีประโยชน์ในด้านการให้พลังงาน ทำให้เราสามารถเคลื่อนไหวทำงานและมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ

หมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักใบเขียวและพืชผักต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ให้สารอาหารพวกวิตามิน เกลือแร่และน้ำ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ

หมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหมู่นี้ให้วิตามินและเกลือแร่เช่นเดียวกับผักแต่มีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าจึงให้พลังงานแก่ร่างกายด้วย

หมู่ที่ 5 ได้แก่ น้ำมันและไขมัน อาจได้จากพืชและสัตว์ก็ได้ สารอาหารในหมู่นี้ให้พลังงานสูงมาก นอกจากนี้ ยังสะสมในร่างกายซึ่งอาจทำให้อ้วนได้

การประเมินน้ำหนักตัว โดยประเมินน้ำหนักตัวจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI หรือ Body Mass Index) คำนวณจากสูตร คือ ดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม) ÷ ส่วนสูง<sup>2</sup> (เมตร) ถ้า BMI อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 ถือว่าน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ ถ้า BMI น้อยกว่า 18.4 ถือว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ถ้า BMI อยู่ระหว่าง 25-29.9 ถือว่าน้ำหนักเกิน และ ถ้า BMI มีค่าตั้งแต่ 30 ขึ้นไป ถือว่าเป็นโรคอ้วน

(2) รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก และควรรับประทานอาหารว่างหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาว เพราะมีวิตามินอีและเส้นใยมากช่วยป้องกันมะเร็งได้เป็นอย่างดี และควรรับประทานอาหารอื่นที่หลากหลายนอกเหนือจากข้าว 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมและปริมาณเพียงพอจะนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี และสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ถ้ารับประทานในปริมาณที่มากเกินไปความต้องการของร่างกายแล้วจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมพอกพูนอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจนทำให้เกิดเป็นโรคอ้วนได้

(3) รับประทานพืชผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ โดยรับประทานผลไม้ทุกวันอย่างละ 400-800 กรัม ผักและผลไม้เป็นแหล่งเกลือแร่ เอนไซม์ ฮอร์โมน และพลังชีวิต เกลือแร่และวิตามินมีบทบาทเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันร่างกายจากความเสื่อม รักษาความเยาว์วัย เสริมภูมิต้านทานร่างกาย และยังต้านมะเร็งอีกด้วย

(4) **รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ** ลดการรับประทานเนื้อสัตว์ให้น้อยลงเท่าที่จำเป็น ควรรับประทานปลาที่ดีที่สุด เพราะว่าปลาเป็นโปรตีนคุณภาพ ย่อยง่าย ไขมันต่ำ เหมาะสำหรับทุกเพศ ทุกวัย ในผู้ใหญ่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่เกินวันละ 1 ชีด (100 กรัม) เทียบเท่าปลา 1-2 ตัว ในเด็กวัยเจริญเติบโตรับประทานเนื้อสัตว์ไม่เกินวันละ 2 ชีด (200 กรัม) เลือก รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลา ปู กุ้งทะเล ยังปลอดภัยอยู่ ปลากรอบตัวเล็ก ๆ เป็นแหล่งโปรตีนและ แคลเซียมที่ดี แหล่งโปรตีนที่ดีอีกแหล่งหนึ่ง คือ ธัญพืชและถั่วต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถั่วเหลือง และ ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการสูง และมีสารต้านอนุมูลอิสระช่วยป้องกันมะเร็ง เด็ก ควรรับประทานไข่วันละฟอง ผู้ใหญ่รับประทานไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง

(5) **ดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย** นมเป็นแหล่งแคลเซียมและฟอสฟอรัส ช่วยให้ กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ ยังมีโปรตีน กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย วิตามินเอช่วยให้การมองเห็นในที่แสงสลัว วิตามินบี 2 ช่วยป้องกันโรคปากนกกระบอก ควรเลือกดื่มนมที่บรรจุในภาชนะปิดสนิท คุณภาพ วันที่หมดอายุ หลีกเลี่ยงครีม เด็กวัยเรียนและเด็กวัยรุ่นควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้มีปัญหาโรค อ้วนหรือมีไขมันในเลือดสูงควรดื่มนมพร่องมันเนยวันละ 1 แก้ว

(6) **รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร** ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ไขมันในอาหารจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และเสี่ยงต่อการเป็นโรค หัวใจ โคเลสเตอรอลควรน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมในหนึ่งวัน อาหารจานด่วน เช่น เบอร์เกอร์ และมันฝรั่งทอด อาหารเหล่านี้ 46 % ของแคลอรีทั้งหมดเป็นไขมัน ควรประกอบอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง แทนการทอดหรือผัด จะลดปริมาณไขมันในอาหารได้ และควรหลีกเลี่ยงอาหารปิ้งย่าง เพราะมีสารก่อมะเร็ง

(7) **หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัดและเค็มจัด** ควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลในแต่ละวันอย่างมากสุดไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด และไม่ควร รับประทานน้ำตาลวันละ 40-55 กรัม หรือมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน เพราะพลังงานที่ได้รับจากน้ำตาล ส่วนเกินจะสะสมทำให้อ้วนได้ นอกจากนี้ ไม่ควรรับประทานเกลือแกงเกินวันละ 6 กรัมหรือมากกว่า 1 ช้อนชา เพราะจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งสารที่ให้ความเค็มในเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว และเกลือที่ใช้ในการถนอมอาหาร เช่น ปลาร้า ปลาเค็ม ปลาจ่อม ผักดอง และเกลือ โซเดียมที่แฝงมากับขนมอบกรอบ ขนมอบฟู อาหารประเภทเนื้อที่หมักด้วยเกลือ ควรทำให้สุกด้วยความร้อน เพื่อฆ่าพยาธิและทำลายสารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งจากการหมักโปรตีน เนื่องจากสารไนโตรซามีนถูกทำลายด้วยความร้อนได้

(8) **รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน** ประชาชนควรรับประทาน อาหารที่ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ พืชผักผลไม้ต้องล้างสะอาด เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากที่จำหน่าย ที่ถูกสุขลักษณะ ปรุงสุกใหม่ ๆ มีการป้องกันแมลงวันตอม มีเครื่องหมายรับรอง คือ ต้องมีเครื่องหมาย “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย” (Clean Food Good Taste) ถ้าเป็นอาหารแปรรูปให้ดูเครื่องหมาย “อย.” ถ้าเป็นอาหารสด ให้ดูเครื่องหมาย “อาหารปลอดภัย” มีกลิ่น รส และสีตามธรรมชาติ อาหารประเภทเนื้อสัตว์

ต้องปรุงสุกโดยใช้ความร้อน ผัก ผลไม้ ต้องล้างให้สะอาดและต้องล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และควรใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารหลายคน มีอุปกรณ์หยิบจับหรือตกแต่งอาหารใช้มือ ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังใช้ส้วม และไม่ควรรับประทานอาหารขยะ เช่น ขนมกรุบกรอบ บะหมี่ของเพราะอาหารพวกนี้ทำจากแป้งขัดขาว ทอดในน้ำมันซ้ำ ๆ ซึ่งเต็มไปด้วยอนุมูลอิสระทั้งใส่วัตถุกันเสีย ผงชูรส ใส่น้ำตาล จึงบั่นทอนสุขภาพ ทำให้ร่างกายเสื่อม และภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย

(9) *งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์* การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินมากมาย ดังนั้น ในรายที่ดื่มเป็นประจำจะต้องลดปริมาณการดื่มให้น้อยลง และถ้าหากงดดื่มได้จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ ส่วนในรายที่เริ่มดื่มเป็นบางครั้งควรงดดื่ม

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า หลักปฏิบัติในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีความหลากหลาย รับประทานอาหารข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ รับประทานอาหารผักและผลไม้ให้มากและเป็นประจำ รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและถั่วเมล็ดแข็งเป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัด และเค็มจัด รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน และงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

### 2.5.3 อารมณ์

#### 1) ความหมายของอารมณ์

อารมณ์ หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่มีผลมาจากการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ความร้อน แสง ฯลฯ และตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ ฯลฯ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547: 73)

#### 2) ประเภทของอารมณ์ มีผู้แบ่งประเภทของอารมณ์ไว้หลากหลาย ดังนี้

จารุวรรณ ต. สกุล (2530: 47) แบ่งอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) อารมณ์ที่ให้ความสุข ได้แก่ อารมณ์สนุก อารมณ์รัก ฯลฯ และ 2) อารมณ์ที่ให้ความทุกข์ ได้แก่ อารมณ์โกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ฯลฯ

อารี เพชรผุด (2529: 239) แบ่งอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) อารมณ์ดี ได้แก่ อารมณ์รัก ร่าเริง แจ่มใส ฯลฯ และ 2) อารมณ์เสีย ได้แก่ โกรธ กลัว เบื่อหน่าย ฯลฯ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547: 73) แบ่งอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) อารมณ์ดี ได้แก่ ดีใจ สบายใจ พอใจ ฯลฯ และ 2) อารมณ์ไม่ดี ได้แก่ เครียด โกรธ ฯลฯ

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า อารมณ์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ อารมณ์ดีที่ทำให้มีความสุขและอารมณ์ไม่ดีที่ทำให้มีความทุกข์

### 3) การจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้มีความทุกข์ มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

#### (1) อารมณ์โกรธ

อารมณ์โกรธ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างรุนแรงในด้านความไม่พึงพอใจ ความขัดเคือง เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อเป้าหมาย ความหวัง ค่านิยม หรือความมีคุณค่าในตนเอง เมื่อมีอารมณ์โกรธ ควรปฏิบัติ ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม 2541: 112 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547: 73)

1. ควรหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า โดยไม่ให้เสียสัมพันธภาพและเมื่อควบคุมอารมณ์ตัวเองได้แล้วจึงกลับมาพูดคุยด้วยเหตุผล
2. ถ้าหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าไม่ได้ ต้องพยายามควบคุมการแสดงออกให้เหมาะสม โดยนับ 1-10 หรือ 1-100 หรือท่อง “นะ โม” เพื่อเปลี่ยนความสนใจจากสิ่งที่ทำให้เราโกรธไปสนใจสิ่งอื่น
3. ให้รู้จักอารมณ์ตนเอง เมื่อตกอยู่ในอารมณ์โกรธให้รู้ตนเองว่าขณะนั้นมีอารมณ์โกรธเพื่อเป็นการฝึกสติ
4. ออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ระบายอารมณ์โกรธลงได้จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เมื่อมีอารมณ์โกรธควรหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ถ้าหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าไม่ได้ ต้องรู้ตนเองว่าขณะนั้นมีอารมณ์โกรธ ต้องควบคุมการแสดงออกให้เหมาะสม นอกจากนี้ ควรออกกำลังกายเพื่อช่วยระบายอารมณ์โกรธ

#### (2) ความเครียด

ความเครียด เป็นความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบในชีวิตประจำวัน ถ้าบุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและแก้ไขได้เหมาะสมจะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้ สะสมความเครียดไว้ก็จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม 2541: 94) มีผู้เสนอแนวทางปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายและขจัดความเครียด ดังนี้

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541: 94) ได้เสนอวิธีผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

1. ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด
  2. ควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกหงุดหงิด อึดอัด คับข้องใจ
  3. หายใจเข้าออกอย่างสงบ โดยสูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ ประมาณ 5 ครั้ง
  4. นอนพักผ่อนในท่าที่ผ่อนคลายที่สุดเพื่อลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ
  5. เกร็งกล้ามเนื้อตั้งแต่นิ้วเท้าเรื่อยไปทั่วร่างกายจนกระทั่งถึงศีรษะประมาณ 1 นาที และปล่อยให้กล้ามเนื้อคลาย
  6. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- เพนเดอร์ (Pender, 1996: 239 -241) ได้เสนอวิธีผ่อนคลายความเครียด ดังนี้
1. เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม จัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานใหม่
  2. จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม

3. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด
4. เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง
5. เพิ่มพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม
6. กำหนดเป้าหมายทางเลือก การปฏิบัติเมื่อเผชิญความเครียด
7. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางสรีระ โดยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ และการควบคุมการตอบสนองทางด้านสรีระให้กล้ำเนื้อเกิดการผ่อนคลายความเครียด

สุภาวดี นวลมณี (2541) ได้เสนอวิธีผ่อนคลายและขจัดความเครียด ดังนี้

1. สำรวจตนเองว่าเครียดหรือไม่ โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย สับสน เบื่อหน่าย ฯลฯ
2. ยอมรับความจริง และคิดในเชิงบวก เมื่อมีปัญหาอย่าเพิ่มความกดดันให้ตัวเองโดยการมองโลกในแง่ร้าย ให้พยายามคิดในเชิงบวกและมองโลกในหลาย ๆ แง่มุม ยอมรับว่าทุกคนมีโอกาสผิดพลาดได้ และควรรหาทางแก้ไขข้อผิดพลาด

3. วางแผนแก้ไขปัญหา พยายามหาสาเหตุของความเครียดแล้วแก้ไขให้ตรงจุด โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือพูดคุยกับคนใกล้ชิดเพื่อขอคำปรึกษา

4. การผ่อนคลายความเครียด แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1) การผ่อนคลายเครียดในภาวะปกติ เป็นวิธีคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนถนัด ชอบ หรือสนใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น เช่น เปลี่ยนอิริยาบถในการทำงาน เล่นกีฬา ฟังเพลง ฟักผ่อนให้เพียงพอ พบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น สิ่งสำคัญ คือ หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

2) การผ่อนคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง เทคนิคที่ใช้ คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบ โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ ฝึกสมาธิ และไปรับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษา หรือการให้บริการทางโทรศัพท์ของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เมื่อมีความเครียดควรพยายามหาสาเหตุของความเครียด ยอมรับความจริง คิดในเชิงบวก เพิ่มความภาคภูมิใจให้ตนเอง ขอคำปรึกษากับคนใกล้ชิด วางแผนแก้ไขปัญหา ออกกำลังกาย ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และถ้าหากมีความเครียดสูงไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ควรปรึกษาแพทย์

### (3) อารมณ์ซึมเศร้า

สิ่งที่บ่งบอกว่ามีอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ ร้องไห้ เสียใจ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกอ่อนเพลีย แยกตัว ไม่อยากทำอะไร คิดถึงแต่ความผิดพลาด และความล้มเหลวของตนเอง เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ควรปฏิบัติ ดังนี้

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547: 77) ได้เสนอวิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการซึมเศร้าไว้ ดังนี้

ปลูกต้นไม้ ฯลฯ

1. หาทางผ่อนคลายโดยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง

2. ปรึกษาเพื่อนหรือญาติหรือคนสนิทที่ไว้ใจได้เพื่อระบายความทุกข์

3. ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ปรับตัว ปรับใจ ปรับเปลี่ยนความคิด

4. จัดสถานที่ใหม่ เช่น จัดห้องใหม่ จัดบ้านใหม่ เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ

ชูทิศย์ ปานปรีชา (2541: 529) ได้เสนอวิธีการปรับตัวเมื่อมีอาการซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1. มองโลกในแง่ดี และคิดว่าตัวเองมีคุณค่า

2. ดำเนินชีวิตด้วยความยืดหยุ่น อย่าคาดหวังผลสำเร็จไว้สูง

3. อย่าเป็นคนเก็บตัว และหมกมุ่นครุ่นคิดตลอดเวลา

4. ใช้เหตุผล และความเป็นจริง

5. พักผ่อนหย่อนใจ หาความเพลิดเพลิน และออกกำลังกาย

6. หาที่พึ่งทางใจด้วยการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เมื่อเกิดอาการซึมเศร้า ต้องใช้เหตุผล ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มองโลกในแง่ดี หาแนวทางผ่อนคลาย ระบายความทุกข์ ได้แก่ การออกกำลังกาย พักผ่อน ฟังเพลง ปรึกษาเพื่อนหรือญาติหรือคนสนิทที่ไว้ใจได้ จัดสภาพแวดล้อมในบ้านใหม่เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ และหาที่พึ่งทางใจด้วยการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา

#### 2.5.4 อนามัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย การส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี อยู่อาศัยและทำงานในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ สะอาด ปลอดภัยไร้มลพิษ การจัดสภาพแวดล้อมภายในหรือรอบ ๆ บ้านที่จำเป็นสำหรับการใช้สอย และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้พักอาศัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547: 79) ได้ระบุถึงการจัดบ้านและสภาพแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ไว้ ดังนี้

1. บ้านจะต้องสะอาด ป้องกันโรคติดต่อได้ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เหมาะสม มีน้ำสะอาดดื่มและใช้เพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมสุขลักษณะ มีการกำจัดสิ่งปฏิกูล น้ำเน่าเสียและขยะมูลฝอย มีการป้องกันและกำจัดแมลงกัดแทะ พาหะนำโรค เช่น แมลงวัน หนู ยุง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลายเป็นพาหะนำโรคให้เลือดออกที่ทำให้ประชาชนต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ โดยทุกบ้านต้องทำให้ปลอดยุงลาย การป้องกันและควบคุมไข่เลือดออกที่ได้ผลดี คือ ต้องลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

2. บ้านจะต้องสะดวกสบาย มีการระบายอากาศ แสงสว่างเหมาะสม ไม่มีเหตุรำคาญ หรือเสียงรบกวน

3. บ้านจะต้องมีความรักความอบอุ่น ให้ผู้อยู่อาศัยสบายตา สบายใจ และมีความสุขที่ได้อยู่ในบ้าน

4. บ้านจะต้องปลอดภัยจากอุบัติเหตุ หมั่นดูแลตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย

อรรถธรรม หุ่นดี (2538: 221) ได้ระบุถึงบ้านที่มีการสุขาภิบาลที่ดี ดังนี้

1. การจัดพื้นที่ สภาพแวดล้อมของบ้าน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของบ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้อยู่อาศัย จะต้องจัดให้พอเพียงและพอเหมาะ โดยคำนึง ถึงความสะอาด ความสวยงาม ความสะดวกสบาย และความเป็นส่วนตัว

2. การจัดสภาพแวดล้อมของบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของบ้านเพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้อยู่อาศัย ได้แก่ การกำจัดขยะมูลฝอย การกำจัดน้ำโสโครก การเก็บและถนอมอาหาร

3. การจัดสภาพแวดล้อมของบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จะต้องมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีการบำรุงรักษาอาคารที่พักอาศัย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในบ้านอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการป้องกันอัคคีภัย

4. การระบายอากาศ อุณหภูมิของอากาศในบ้านจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป เนื่องจากทำให้การทำงานต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติไปและส่งผลกระทบต่อการอยู่อาศัย การพักผ่อน และการปฏิบัติงานของผู้อยู่อาศัย ดังนั้น การระบายอากาศจะช่วยให้อากาศถ่ายเท หมุนเวียน และช่วยรักษาและควบคุมระดับอุณหภูมิของอากาศให้เหมาะสม

5. แสงสว่างในบ้านจะต้องเพียงพอแก่การอยู่อาศัยหรือการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

6. การควบคุมและป้องกันเหตุรำคาญ ได้แก่ กลิ่นรบกวน เสียงรบกวน การสั่นสะเทือน เพราะว่าเหตุรำคาญต่าง ๆ จะรบกวนความเป็นอยู่อย่างปกติสุขของผู้อยู่อาศัยได้

อมร นนทสุต (2539: 497-500) ได้ระบุถึงลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมในบ้านที่ดี ดังนี้

1. ความสะอาดของที่อยู่อาศัย โดยการรักษาความสะอาดบ้านและบริเวณบ้านอยู่เสมอ ควรกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งสกปรกรวมทั้งของเสียต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและสวยงาม ควรจัดบ้านให้สวยงาม น่าอยู่ และมีความสุข เป็นระเบียบเรียบร้อย

3. ความเป็นสัดส่วนและความเป็นอิสระ ควรจัดพื้นที่ใช้สอยในบ้านออกเป็นห้องนอน ห้องรับแขก ห้องครัว ห้องพักผ่อน เป็นต้น

4. การจัดให้มีเครื่องอำนวยความสะดวกตามสมควร บ้านควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็น เช่น มีไฟฟ้า มีน้ำประปา เป็นต้น
5. การจัดที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะและป้องกันการเกิดและการแพร่กระจายของโรคติดต่อได้ เช่น การจัดน้ำดื่มน้ำใช้ให้เพียงพอกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัว การกำจัดขยะมูลฝอยและน้ำโสโครก การเก็บและถนอมอาหารเพื่อการบริโภค เป็นต้น
6. การจัดที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภัยอันตราย เช่น การสร้างที่อยู่อาศัยให้มีความมั่นคงและแข็งแรง การป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น
7. การจัดที่อยู่อาศัยเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายของผู้อยู่อาศัย เช่น การระบายอากาศภายในอาคารควรจัดให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก อุณหภูมิที่เหมาะสมกับร่างกาย และมีแสงสว่างมากพอสำหรับทำกิจกรรมแต่ละอย่าง

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า แนวทางในการจัดบ้านและสภาพแวดล้อมในบ้านที่ดี ได้แก่ การรักษาความสะอาดบ้าน มีความสะดวกสบาย เป็นสัดส่วน มีการระบายอากาศดี มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ มีแสงสว่างเหมาะสม ไม่มีเหตุรำคาญ หรือเสียงรบกวน ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีความรักความอบอุ่น

#### 2.5.5 อโรคยา

ปัจจุบันคนไทยมีปัญหาสุขภาพ เนื่องมาจากสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ผู้คนต่างมุ่งหารายได้ มีงานรัดตัว มีเวลาใส่ใจสุขภาพของตนเองน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงและใช้ชีวิตในภาวะเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัยกับสุขภาพของตนเอง การมีพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงแม้เพียงพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงเดียวก็ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บตามมาอีกมากมาย พฤติกรรมเสี่ยงทำให้คนไทยจำนวนมากเจ็บป่วย พิกัด และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นภาระของครอบครัวและประเทศชาติในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2547: 89)

มนุษย์ต้องการแสวงหาการดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข ต้องการมีชีวิตที่ยืนนาน มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ และปราศจากอันตรายใด ๆ ทั้งปวง ดังพุทธภาษิตว่า “อโรคยา ปรมา ลาภา ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” แต่ความปรารถนาดังกล่าวข้างต้นจะเกิดผลเป็นจริงขึ้นมาได้นั้น ทุกคนต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจนเกิดความเคยชินหรือเกิดสุขนิสัยและทักษะการปฏิบัติอย่างถูกต้องอยู่เสมอเป็นประจำจะทำให้เกิดความรู้สึกร่าเริงซึ่งอยู่ในจิตใจจนเกิดเป็นเจตคติที่ดีทางสุขภาพ (จรินทร์ ธานีรัตน์ 2529:1)

สุขภาพดี เป็นยอดปรารถนาของทุกคน การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและทางจิตใจและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดีนั้น มีผู้เสนอแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีดังต่อไปนี้



สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547: 90-95) ได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีไว้ ดังนี้

1. ควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไขมันจากพืชและสัตว์ พืชผักและผลไม้ต่าง ๆ ให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะ โดยเลือกรับประทานอาหารแต่ละประเภทให้หลากหลายเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน ทำให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

2. ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันสูง เช่น ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ฯลฯ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น พืช ผัก ผลไม้สด และเมล็ดธัญพืชต่าง ๆ เพราะอาหารเหล่านี้มีกากใยมากซึ่งจะช่วยให้การดูดซึมไขมันในร่างกายน้อยลง

3. ควบคุมอาหาร ลดการรับประทานอาหารเค็มจัด และอาหารที่เติมเครื่องปรุงรสมากเกินไป ในการบริโภคอาหารแนะนำให้เติมเกลือแกง น้ำปลาหรือเครื่องปรุงรสในอาหารได้ไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน ลดการรับประทานอาหารหวานจัด งดการรับประทานอาหารที่มีสีเขียวยหรือสีเหลืองที่เกิดจากเชื้อราบางชนิด อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารปิ้งย่าง อาหารลวกวันและเนื้อสัตว์ที่ไหม้เกรียม

4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเลือกให้เหมาะสมตามวัยอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 30 นาทีขึ้นไปต่อครั้ง

5. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด งดสูบบุหรี่ และเสพสารเสพติด รวมทั้งงดดื่มน้ำชา และกาแฟ

6. ควบคุมน้ำหนักตัว อย่าปล่อยให้อ้วน บริโภคอาหารให้สมดุลกับสุขภาพ

7. จัดการกับอารมณ์ โดยมองโลกในแง่ดี และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

8. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี โดยตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อคัดกรองโรค

9. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุจากการจราจร โดยสวมหมวกกันน็อกขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ ไม่ทำผิดกฎจราจร ไม่ขับรถเร็วหรือแข่งรถในที่ห้ามแข่ง และไม่ขับรถขณะเมาสุรา

กระทรวงสาธารณสุข (2538 อ้างถึงในชลลดา ไชยกุลวัฒนา 2542: 25) ได้จัดทำ “สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ” ให้ประชาชนปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. ดูแลรักษาร่างกาย และของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร
4. รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท

8. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี

9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

เกษม ตันติพลาวีระ (2528: 22) ได้ระบุถึงหลักการดูแลสุขภาพไว้ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารที่ถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันมาก อาหารเค็มจัด และงดเว้นสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น สุรา บุหรี่

2. นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจ ท่านอน และสภาพแวดล้อม

3. อยู่เป็น หมายถึง รู้จักรักษาสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล การออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง การมองโลกในแง่ดี หลีกเลี่ยงการเป็นโรค และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม ทำความเข้าใจ และยอมรับสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผล

สรุปได้ว่า หลักการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ได้แก่ ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด รับประทานอาหารให้ครบหลัก 5 หมู่ที่สุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย ควบคุมอาหาร ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด อาหารเค็มจัด งดบุหรี่ สุราและสารเสพติด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติภัย ตรวจสุขภาพประจำปี และมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคม

### 2.5.6 อบายมุข

#### 1) ความหมายของอบายมุข

มีผู้ให้ความหมายของอบายมุขไว้ ดังนี้

พระประยูรย์ ประยูตโต (2546) ให้ความหมายของอบายมุขว่า หมายถึง ช่องทางของความเสื่อมแห่งชีวิต ทางที่จะนำไปสู่ความพินาศแห่งโลกทรัพย์

วินัย ตะเกาหงส์ (2530: 29) ให้ความหมายของอบายมุขว่า หมายถึง ภาวะที่จะทำให้อชีวิตในปัจจุบันเสื่อมลง ความประพฤติที่จะนำไปปฏิบัติไปสู่ความเสื่อม

สรุปได้ว่า อบายมุข หมายถึง พฤติกรรมในการกระทำสิ่งที่เป็นผลเสียต่อชีวิตและทำให้เกิดความพินาศแห่งทรัพย์สิน

#### 2) ประเภทของอบายมุข

พระประยูรย์ ประยูตโต (2546) ได้กล่าวถึงประเภทของอบายมุขว่า ประกอบด้วย การติดสุราและของมีนเมา การเที่ยวกลางคืน การเล่นการพนัน การเที่ยวดูการละเล่น การคบคนชั่ว เป็นมิตรและความเกียจคร้านในการทำงาน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) ได้กล่าวถึงประเภทของอบายมุขว่า ประกอบด้วย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การเสพยาเสพติด และการเล่นการพนัน

สรุปได้ว่า อบายมุข มีหลายประเภท ได้แก่ การติดสุรา การสูบบุหรี่ การเสพยาเสพติด การเล่นการพนัน การเที่ยวกลางคืน การเที่ยวดูการละเล่น การคบคนชั่วเป็นมิตร และความเกียจคร้านในการทำงาน

### 3) อันตรายของอบายมุข

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกกล่าวถึงอันตรายของอบายมุข ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น เนื่องจากทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### (1) บุหรี่

ก. สารพิษในบุหรี่ สารที่ทำอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งเป็นสารที่ประกอบใน บุหรี่และควันบุหรี่ ได้แก่ (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ 2531: 23)

ก) นิโคติน นิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดแดงหดตัว กล่อมอารมณ์ และเพิ่มไขมันในเลือด

ข) ทาร์ ทาร์จะไปจับที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคืองซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ การไอเรื้อรังนาน ๆ ทำให้ถุงลมขยายขึ้น ทำให้เกิดถุงลมโป่งพองได้

ค) คาร์บอนมอนนอกไซด์ ก๊าซนี้จะไปทำลายคุณสมบัติในการนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด เป็นลม และกล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง

ง) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นสารพิษทำลายเยื่อหลอดเลือดส่วนปลาย และผนังถุงลมทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

จ) แอมโมเนีย เป็นสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา แสบจมูก มีอาการไอ เสมหะมาก ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ

ฉ) สารกัมมันตรังสีและแร่ธาตุต่าง ๆ ซึ่งเป็นสารตกค้างในใบยาสูบที่เกิดจากการพ่นยาฆ่าแมลง สารเหล่านี้เป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

ข. สาเหตุของการติดบุหรี่ สาเหตุของการติดบุหรี่ที่สำคัญ มีดังนี้ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญ 2543)

ก) ลดความเครียด เนื่องจากฤทธิ์ของนิโคตินเป็นยาแก้ปวด

ข) สูบบุหรี่ตามความเคยชิน

ค) เลียนแบบ จากเพื่อน บิดามารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง

ง) ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร

ก. อันตรายของการสูบบุหรี่

อันตรายของควันบุหรี่ต่อสุขภาพ มีดังนี้ (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ 2531: 23)

- ก) ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งริมฝีปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม ฯลฯ
- ข) ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ เนื่องจากในควันบุหรี่ทำให้เลือดข้น และมีการแข็งตัว ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนไปเกาะอยู่ที่หลอดเลือดแดงที่บริเวณหัวใจ ทำให้เส้นเลือดอุดตัน เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- ค) ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือด เนื่องจากสารพิษในบุหรี่มักทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เมื่อไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดจะทำให้เส้นเลือดตีบ ทำให้สมองขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก
- ง) ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 82
- จ) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะอาหารอักเสบ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และในลำไส้เล็ก
- ฉ) ทำอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้เสี่ยงต่อการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ฯลฯ
- ช) ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง
- (2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มี Ethyl alcohol ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกินร้อยละ 60 (ซึ่งเป็นเกณฑ์กำหนดสากลทั่วไป แต่ของคนไทยครอบคลุมถึงปริมาณที่ไม่เกินร้อยละ 80 ได้แก่ เบียร์ วิสกี้ คอนยัค เบียร์ ฯลฯ (ศรีวงศ์ หะวานนท์ 2533)
- ก. สาเหตุการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- สาเหตุการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีดังนี้ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย 2543)
- ก) สาเหตุทางด้านร่างกาย บางคนดื่มเพื่อช่วยเจริญอาหาร ลดความเจ็บปวดในยามเจ็บป่วย แก้ปัญหาอนไม่หลับและใช้แก้หนาว เมื่อดื่มบ่อยๆ ก็จะติดในที่สุด
- ข) สาเหตุทางด้านจิตใจ บางคนดื่มเพื่อสร้างความมั่นใจให้ตัวเอง ปิดบังหรือลดปมด้อยบางประการ ลดความกังวล ความเครียด ความกลัว ดื่มข่มใจเพื่อใช้เป็นเครื่องมือแสดง ความก้าวร้าวต่อผู้อื่นหรือก่อคดีอาชญากรรม
- ค) ค่านิยมทางสังคม เขาชวนมักดื่มเนื่องจากความอยากรู้อยากเห็นและอยากทดลอง ถูกชักชวนจากเพื่อนและเลียนแบบจากผู้ใหญ่ นอกจากนี้ บางคนอาจเข้าใจว่าการดื่มสุราจะทำให้สมองแจ่มใส มีความสามารถในงานศิลปะเพิ่มขึ้น ซึ่งล้วนแต่เป็นการเข้าใจผิดทั้งสิ้น

ข. ผลเสียของการดื่มสุรา มีดังนี้ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย 2543)

ก) ผลเสียทางด้านศาสนา การดื่มสุราถือว่าเป็นบาปมุข เป็นบาปและเป็นบ่อเกิดแห่งความชั่วทั้งหลาย

ข) ผลเสียทางเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสุรานอกจากนี้ ยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดสุรา หรือได้รับการเจ็บป่วยจากสาเหตุการดื่มสุรา ทำให้เสียเวลาในการทำงานและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง การสั่งสุรามาจากต่างประเทศเข้ามาทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของประเทศ

ค) ผลเสียทางสังคม การดื่มสุราจนมีเมามาเป็นสาเหตุนำมาซึ่งความแตกร้างในครอบครัว อุบัติเหตุ ความผิดปกติทางเพศ และคดีอาชญากรรม เป็นต้น

ง) ผลเสียทางสุขภาพ ได้แก่ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย 2543)

(ก) ผลต่อระบบประสาท เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่สมองจะไปกดการทำงานของสมองทำให้ระบบประสาทรวนเร สติสัมปชัญญะเสียไป การควบคุมร่างกายและอวัยวะสัมผัสเสียไป ถ้าดื่มในปริมาณมากๆ อาจทำให้หมดสติหรือตายได้ ผลของการดื่มแอลกอฮอล์ที่ออกฤทธิ์ต่อสมองขึ้นอยู่กับปริมาณที่ดื่มเข้าไป และปริมาณความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด หากดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาวจะทำให้ปลายประสาทเกิดการอักเสบ มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง รวมทั้งทำให้เยื่อหุ้มสมองเกิดการบวม ทำให้เกิดการชัก ปวดศีรษะ และความจำเสื่อม

(ข) ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด แอลกอฮอล์ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เมื่อดื่มไปนาน ๆ หลอดเลือดจะเปราะและแข็งตัว เนื่องจากการอักเสบและมีไขมัน ไปจับอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแตกได้ ระบบการสร้างเม็ดเลือดจะบกพร่องและติดเชื้อได้ง่าย

(ค) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ถ้าดื่มในปริมาณที่น้อยจะช่วยให้การย่อยอาหาร ลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ ทำให้กระเพาะอาหารอักเสบเป็นแผล

(ง) ผลต่อตับ ตับเป็นอวัยวะที่ทำลายพิษของแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันแอลกอฮอล์ก็ทำลายตับ เนื้อตับจะค่อย ๆ ถูกทำลายจนทำให้เกิดโรคตับแข็ง ดีซ่าน ท้องบวมน้ำ เป็นต้น

(จ) ผลต่อไต แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระตุ้นให้ไตทำงานมากขึ้น ทำให้ร่างกายขับปัสสาวะบ่อยและมาก ซึ่งทำให้เกิดโรคไตได้

(ฉ) ผลต่อความแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม แอลกอฮอล์มีผลทำให้ติดสุรา ต้องดื่มทุกวัน มักมีความผิดปกติของจิต จิตใจอ่อนไหว ประสาทหลอน ซึมเศร้า วิตกกังวลได้

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบาปมุข มีอันตรายมากมายหลายหลายประการ ได้แก่ ผลเสียทางสุขภาพ ผลเสียทางเศรษฐกิจ ผลเสียทางสังคม และผลเสียทางศาสนา

## 2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ได้มีผู้เสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้ ดังนี้

เพนเคอร์ (1996: 66-73) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล แต่ละบุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในภายหลัง ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สภาวะเศรษฐกิจ สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล และความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีตจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

2. ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงของบุคคลต่อพฤติกรรม ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการมุ่งใจมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือคิดว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตนก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ถ้าบุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่าง ๆ เช่น ความไม่สะดวก ความยากลำบาก การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการกระทำกิจกรรม ย่อมจะเกิดความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่กระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ตัวแบบ ฯลฯ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ สภาพแวดล้อมที่สวຍงามเหมาะสม

3. พฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ ประกอบด้วยการยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ บุคคลที่มีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากแนวปฏิบัติที่เป็นไปได้อาจเป็นเพียงความตั้งใจที่ดีเท่านั้นแต่ไม่สามารถนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ พฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ ได้แก่ การเลือกที่จะกระทำตามความต้องการ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของบุคคลในทันทีทันใดก่อนการวางแผนที่จะกระทำและนำไปสู่การปฏิบัติ

กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991) ได้เสนอแบบจำลอง PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน การที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคล

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สภาพแวดล้อมที่จะเอื้อให้บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเน้นการหาได้ง่าย การเข้าถึง และสามารถหามาได้ของแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพและทรัพยากรอื่น ๆ ที่มีในชุมชน รวมถึงทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ผลสะท้อนกลับที่บุคคลจะได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมหนึ่ง ๆ เช่น ผลตอบแทน การชมเชย คำแนะนำตักเตือน ฯลฯ ซึ่งผลสะท้อนกลับเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากคนอื่นที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล ฯลฯ โดยจะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ ซึ่งอาจมีส่วนในการสนับสนุนหรือยับยั้งให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในครั้งต่อไป นอกจากนี้ ยังรวมถึงปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เพศ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ และขนาดของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลมีหลายประการ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และลักษณะครอบครัว เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดของปัจจัยที่นำมาศึกษา ดังต่อไปนี้

**2.6.1 ระดับการศึกษา** มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 1985: 120) ซึ่งกล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา สามารถทำความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาพิจารณา แยกแยะ ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ชักถามปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่เข้าใจ ตอบสนองความต้องการของตนเองได้มาก และตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ทำนองเดียวกัน ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะดีเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาตลอดจนหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และปฏิบัติตนถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า และสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง มีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต จึงละเลย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุทรนิจ หุณจาสาร (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ จูร์รัตน์ เพชรทอง (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ จังหวัดสุพรรณบุรี ก็พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเช่นกัน

2.6.2 **รายได้** มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1982: 161-162) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่ มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า จะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และ ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา ที่อยู่อาศัย จะสนใจใน การหาเลี้ยงชีพและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนการปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพย่อมมีน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง ทำนองเดียวกัน ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้กล่าวว่า รายได้ของประชาชนมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน ถ้าประชาชนมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ด้านสุขภาพ เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่จะให้ประโยชน์แก่ร่างกาย เมื่อเจ็บป่วยไม่มีเงินที่จะรักษาพยาบาล เนื่องจากความจน บ้านที่อยู่อาศัยตลอดจนสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะก็มีผลต่อสุขภาพของ บุคคลได้ รายได้จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะแสวงหาประโยชน์ต่าง ๆ หรืออุปกรณ์ทางด้าน สุขภาพเพื่อมาดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้สูงไม่ต้องกังวลใจเกี่ยวกับ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ ความร่ำรวย และความยากจนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการ กำหนดภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว หากครอบครัวมีเศรษฐกิจดี มีรายได้เพียงพอจะไม่มีปัญหา ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยูเพยาว์ วิศพรธรรม (2548) ที่ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัด จันทบุรี พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงาน ในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำนองเดียวกัน นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ก็พบว่า รายได้มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

2.6.3 **อาชีพ** มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ซึ่งกล่าวว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เนื่องจากอาชีพ มีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่และมีโอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งอาชีพยังเกี่ยวข้องกับระดับ การศึกษา คือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีอาชีพที่ดี มั่นคง และมักเป็นผู้ที่มีความรู้และมีโอกาสหาแหล่ง ประโยชน์ที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำนองเดียวกัน ศุภชัย คุณาวรัตน์พฤษ (2544: 6-7) กล่าวว่า ความเสี่ยงของสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงและโดยอ้อม ต่ออาชีพที่แต่ละบุคคลเลือกเองหรือต้องทำโดยไม่มีทางเลือก ไม่ว่าจะอาชีพนั้น ๆ จะเสี่ยงต่อสารพิษต่าง ๆ หรือทำงานใดงานหนึ่งโดยไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ เพราะได้ค่าตอบแทนสูงบ้างหรือไม่สามารถเลือกงานได้ ล้วนแต่เป็นสาเหตุเบื้องต้นแห่งการเผชิญต่อการเกิด โรคทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ



พืงเกษม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งพบว่า อาชีพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 22.7 และทำนองเดียวกันชลดดา ไชยกุลวัฒนา (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสุรินทร์ ก็พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

**2.6.4 ลักษณะครอบครัว** มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับประภาเพ็ญสุวรรณ (2526) กล่าวว่า ลักษณะของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ทำนองเดียวกัน เลิฟแลนด์และเชอร์รี่ (Loveland and Cherry, 1996 อ้างถึงในสุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) ได้กล่าวว่า ครอบครัวมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม การผูกพันทางอารมณ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยส่งเสริมบรรยากาศที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเจริญงอกงามและพัฒนาการทางด้านความสามารถส่วนบุคคล การมีความผูกพันแน่นแฟ้นและการส่งเสริมสุขภาพซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ อัญรพร ศรีฟ้า (2540) ที่ศึกษาบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชอยพิพัฒนา 2 เขต บางรัก กรุงเทพมหานคร ก็พบว่าผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนดีกว่าผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และลักษณะครอบครัว

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและผู้นำครอบครัว

#### 3.1 ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัวแบ่งตามโครงสร้างได้ 2 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย (ชูนะ รุ่งปัจฉิม 2545: 73-74) มีรายละเอียด ดังนี้

**3.1.1 ครอบครัวเดี่ยว** หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยชายและหญิงอาศัยอยู่ร่วมกัน โดยสังคมอนุญาตให้มีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างกันได้ และอาจมีลูกที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างกันหรือจากการรับมาเลี้ยงก็ได้ ครอบครัวแบบนี้มักประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก

**3.1.2 ครอบครัวขยาย** หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกอย่างน้อยสามรุ่นอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา และลูก ๆ บางครอบครัวอาจมีสมาชิกคนอื่นอยู่ร่วมด้วย เช่น ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวกับเครือญาติอาศัยอยู่ร่วมกัน

### 3.2 ความหมายของผู้นำ

มีผู้ให้ความหมายของผู้นำไว้หลากหลาย ดังนี้

อนุกุล เยี่ยงพฤกษาวัลย์ (2534: 39) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่สามารถทำให้คนอื่นยอมตามด้วยความเต็มใจ

ประเวศ ะวสี (2542: 43) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง ผู้ที่สามารถทำให้สังคมมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน และรวมพลังกันปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

พระประยุทธ์ ปยุตโต (2542: 2) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่จะมาประสานช่วยให้คนทั้งหลายรวมกัน โดยจะเป็นการอยู่รวมกันก็ตาม หรือทำงานร่วมกันก็ตามให้พากันไปด้วยดีสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งใจ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2542: 18) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง ผู้ที่มีอิทธิพล และสามารถทำให้คนเดินตามหรือทำตามในสิ่งที่ผู้นำพยายามจะนำไปให้ทำ หรือผู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลสำเร็จด้วยดี

จุมพล หนิมพานิช (2547: 2) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่สามารถชักจูงให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ศักดิ์ชัย สุรกิจบวร (2543: 18) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลซึ่งมีบทบาทหน้าที่ มีความสำคัญ และมีอิทธิพลในฐานะเป็นผู้นำในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ประสบผลสำเร็จได้

ไฟด์เลอร์ (Fiedler, 1967 อ้างถึงในวิเชียร วิทญูคุณ 2548: 1) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่ริเริ่มหรือส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงการกระทำของกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นผู้ที่สนับสนุนส่งเสริมให้มีความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี

แสวง (Chang, 1963 อ้างถึงในสัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2536: 7) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่สามารถชวนคนอื่นให้ร่วมมือกันปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งจนเสร็จสิ้นไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่สามารถประสานงาน ชักจูงให้บุคคลอื่นเกิดแรงบันดาลใจ และรวมพลังกันในการปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยความเต็มใจเพื่อให้งานนั้นประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

### 3.3 ความหมายของผู้นำครอบครัว

มีผู้ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวไว้หลากหลาย ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530:121) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมถ่ายทอดระเบียบทางสังคมวัฒนธรรม ให้ความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

เสม พริ้งพวงแก้ว (2542: 13) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม โดยเป็นผู้ที่มีความซื่อตรง ซื่อสัตย์ มีความอดทน มีความหมั่นเพียร มีการปรับตัว และแก้ไขตน เสียสละเพื่อส่วนรวม และเป็นผู้นำชีวิตในครอบครัวสู่ความเจริญ

นิคม วรรณราชู (2544: 133) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่เป็นต้นแบบที่มีประสิทธิภาพ มีอิทธิพลต่อความประพฤติและนิสัยใจคอของเด็กมากที่สุด โดยการอบรมบ่มนิสัย สร้างนิสัยที่ดี หารายได้เพื่อเลี้ยงดู ให้การศึกษา ส่งเสริมและฝึกหัดให้ลูกเป็นผู้ที่มีความมั่นคงในอารมณ์ เสริมสร้างให้ลูกเกิดสติปัญญาเพื่อการวิเคราะห์ วินิจฉัยสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมีเหตุผล

พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2546: 15) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ในการหาเลี้ยงเลี้ยงครอบครัว ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้การศึกษา สร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัวและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกให้เป็นคนดี มีจริยธรรม สามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547: 100) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง พ่อแม่ที่เป็นแบบอย่างที่ดีโดยการสร้างภูมิคุ้มกันให้ครอบครัว ให้ความรัก ความเข้าใจ ความใกล้ชิด ความอบอุ่น อบรมสอนลูกให้รู้ว่าสิ่งใดดีสิ่งใดไม่ดี สอนให้มีเหตุผล ให้ความจริงใจและเป็นທີ່ปรึกษาในการใช้ชีวิต

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้นำครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อสมาชิกในครอบครัว โดยมีบทบาทหน้าที่ คือ หาเลี้ยงครอบครัว อบรมขัดเกลาทางสังคม ให้ความรัก ให้การศึกษา ให้เวลา เป็นที่ปรึกษา และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัวด้านพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ

### 3.4 ความสำคัญของผู้นำครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีผู้กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้  
 เสม พริ้งพวงแก้ว (2542: 13) ระบุว่าผู้นำครอบครัวจะต้องสามารถนำมาซึ่งความสุข 4 ประการ ดังนี้

1. ความสุขจากการมีทรัพย์สิน คือ ความสามารถหาทรัพย์สินมาได้ด้วยความขยันหมั่นเพียร
2. ความสุขจากการใช้จ่ายทรัพย์สิน คือ การใช้จ่ายทรัพย์สินของตนโดยชอบในการเลี้ยงตนและสมาชิกในครอบครัว และเกื้อกูลผู้อื่นที่ด้อยโอกาส

3. ความสุขจากการไม่เป็นหนี้
4. ความสุขจากการประพฤติอยู่ในศีลธรรม

นิคม วรรณราชู (2544: 169) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. เป็นผู้สร้างความรักใคร่ปรองดองกันของสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นผู้ที่สร้างความสนิทสนมกลมเกลียวกันของสมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้สร้างความสามัคคีร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกในครอบครัว
4. เป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว

จรรยา สุวรรณทัต (2545: 38) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. ดูแลให้สมาชิกครอบครัวได้มีที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และอื่น ๆ
2. ช่วยรักษากำลังใจและแรงจูงใจเพื่อเตรียมความพร้อมแก่สมาชิกครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต
3. ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวด้านเวลา สถานที่ ความสะดวกสบาย
4. สร้างความสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารและการแสดงความรักภายในครอบครัว
5. สร้างความมุ่งหวังและเป้าหมายของครอบครัว เช่น เป้าหมายที่เกี่ยวกับครอบครัวด้านสุขภาพ ความปลอดภัย การดำรงชีวิต

มัลลิกา มัติโก (2530:118-121) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. เป็นผู้มีส่วนร่วมจัดการด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นผู้ถ่ายทอดพฤติกรรม ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยไปสู่สมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้เตรียมความพร้อมหรือสร้างมาตรการป้องกันความเจ็บป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัว
4. เป็นผู้มีส่วนอำนาจในการเลือกและตัดสินใจว่าควรดูแลสุขภาพแบบใดที่จะไม่ใช่อันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2546) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. ความสำคัญต่อบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้นำทางในการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวโดยการขัดเกลาทางสังคม ให้การอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวซึ่งมีผลต่อระดับคุณภาพ บุคลิกภาพ รวมทั้งค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน นอกจากนี้วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อกันและกัน ซึ่งเป็นจุดรวมของสมาชิกในครอบครัวให้มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร และความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีและมีความสุข สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี
2. ความสำคัญต่อประเทศชาติ เป็นผู้มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา ศิลปวัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของสังคม ถ้าทุกคนในครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข ก็จะทำให้สังคมนั้น ๆ มีความเป็นอยู่ที่ดีและเป็นสังคมน่าอยู่ ประเทศชาติก็จะมีความเข้มแข็งและเป็นประเทศที่น่าอยู่ด้วยเช่นกัน

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผู้นำครอบครัวมีความสำคัญหลายประการ คือ เป็นผู้ที่นำความสุขมาสู่ครอบครัว เป็นผู้สร้างความรัก ความสามัคคี ความสัมพันธ์ การช่วยเหลือ และแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ที่มีอำนาจในการบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และความเจ็บป่วย

ของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ถ่ายทอดพฤติกรรม ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพ ไปสู่สมาชิกในครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลต่อคุณภาพของสังคม และประเทศชาติ

### 3.5 คุณสมบัติของผู้นำครอบครัว

นิคม วรรณราชู (2544: 142-145) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. ต้องมีความตั้งใจจริง เจียมขนาด รับผิดชอบ มีความอดทนสูงเพื่อให้การกระทำสิ่งต่าง ๆ บรรลุเป้าหมาย และประสบผลสำเร็จ
2. ต้องมีความเข้มแข็ง ไม่ยอมพ่ายแพ้ต่ออุปสรรคทั้งปวง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรอบรู้และศึกษาสถานการณ์ทุกสิ่งทุกอย่างโดยละเอียดรอบคอบ เสริมสร้างขวัญและพลังใจแก่สมาชิกของครอบครัว
3. ต้องเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ต้องตั้งจุดหมายปลายทางไว้อย่างชัดเจนพร้อมทั้งทำให้ทุกคนมองเห็นและเข้าใจจุดหมายปลายทางที่ตรงกัน
4. ต้องเป็นผู้ฟังที่ดียอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น รู้จักถ่อมตน ให้เกียรติและเห็นความสำคัญของความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากความคิดของตน
5. ต้องสามารถพัฒนาปรับเปลี่ยนตนเองได้ บางครั้งอาจมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับผู้อื่นแล้วรู้ว่าตนคิดผิดก็ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเห็นของตนเองเพื่อเป็นการช่วยลดความขัดแย้งได้

6. ต้องมีความรอบคอบ ไม่ด่วนสรุปความคิดเห็นและตัดสินใจโดยที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ ต้องปรับตนต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิดเห็นที่ชอบตัดสินผู้อื่นว่าดีหรือเลว โดยไม่ได้ศึกษาข้อมูลอื่น ๆ ประกอบด้วยนั้น ให้เป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดประกอบด้วย

นลินี โสรณสุทธิ (2550: 89-90) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. มีความอ่อนไหว เห็นอกเห็นใจ เข้าใจในสิ่งที่สัมผัสได้และการแสดงออกทางอารมณ์ ตลอดจนสามารถจับความความรู้สึกของคนได้
2. มีความห่วงใย เอื้ออาทร เมตตา และตอบสนองความต้องการของลูกแต่ละคนซึ่งอาจจะมีปัญหาแตกต่างกันไป เพราะว่าผู้ที่มีความห่วงใยจะสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีทุกสถานการณ์
3. มีความอบอุ่น จริงใจหรือใส่ใจต่อลูก การแสดงความอบอุ่น เช่น ยิ้ม ทักทายด้วยน้ำเสียงเป็นมิตรเมื่อเจอกัน
4. มีความอดทน ขยันหมั่นเพียร ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค
5. มีความมั่นใจ ต้องมีความมั่นใจในตนเองในทุก ๆ ด้าน
6. ไม่เห็นแก่ตัว การไม่เห็นแก่ตัวจะเป็นแรงกระตุ้นในการให้ความช่วยเหลือและอบรม

สั่งสอนลูก

ณรงค์ เสียงประชา (2538: 74) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้นำครอบครัวไว้ ดังนี้

1. การสร้างระเบียบวินัย พ่อแม่ต้องทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อที่สมาชิกในครอบครัวจะได้ปฏิบัติตามและทำงานเป็นนิสัย
2. ความซื่อสัตย์ พ่อแม่ต้องทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว ไม่พูดโกหก หลอกลวง
3. ความขยัน มานะ อดทน พ่อแม่ต้องทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว มีความขยัน มีความอดทนต่อความยากลำบาก อดทนเพื่อความสำเร็จ
4. ความรับผิดชอบ พ่อแม่อาจสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมาในครอบครัวให้ทุกคนต้องรับผิดชอบ ในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
5. ความมีน้ำใจ โดยการกระทำเป็นตัวอย่างให้เห็น เช่น การทำบุญ ให้ทาน สอนให้รู้จัก แบ่งปัน ไม่แสดงความเห็นแก่ตัว

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผู้นำครอบครัวมีคุณสมบัติหลายประการ คือ มีวิสัยทัศน์ กว้างไกล มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความรับผิดชอบ มีความยุติธรรม มีความซื่อสัตย์ มีความรอบคอบ มีความห่วงใย ไม่เห็นแก่ตัว เชื่อมมั่นในตนเอง อดทน ขยัน หมั่นเพียร มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นผู้ฟังที่ดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเห็นของตนเอง รวมทั้งยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และเป็น ที่ปรึกษาแก่ผู้อื่นได้

### 3.6 บทบาทหน้าที่ของผู้นำครอบครัว

นักวิชาการได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำครอบครัวไว้ ดังต่อไปนี้

สุวธนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2545: 251-255) ระบุบทบาทและหน้าที่ของผู้นำครอบครัว พอสรุปได้ ดังนี้

1. เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว รับผิดชอบในการหารายได้และจัดสรรรายได้ให้เกิดประโยชน์ สูงสุดกับสมาชิกครอบครัว
2. มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว แสดงความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ ห่วงใย เอาใจใส่ทุกข์สุขดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ
3. ให้การเลี้ยงดูและการอบรมขัดเกลาทางสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว ให้อิสระในการ คิดที่มีเหตุผลและอธิบายเหตุผลให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ ตลอดจนอบรมเลี้ยงดูให้สมาชิกในครอบครัว มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงและมีอารมณ์ดี มีสติปัญญาดีและมีมารยาทที่ดีงาม
4. จัดรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันภายในบ้านให้มีความเหมาะสม ปฏิบัติตนให้อยู่ใน ระเบียบวินัยอันดีในการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งแนะและแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวมี แนวคิดในการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักคุณธรรม
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของสมาชิกในครอบครัว เช่น ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด การพนัน ไม่เที่ยวโสเภณี และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

6. เป็นที่พึ่งของสมาชิกในครอบครัวได้ หรือสามารถช่วยคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้
  7. จัดสรรเวลาให้กับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่ว่างจากภารกิจประจำวัน เช่น เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำกิจกรรมร่วมกันไม่ว่าในบ้านหรือนอกบ้าน
  8. ต้องประพฤติตัวให้มีคุณธรรมและจริยธรรม ได้แก่ มีจริยธรรมในการทำงาน เช่น ความซื่อสัตย์สุจริต และจริยธรรมทางเพศ เช่น การไม่นอกใจภรรยา การไม่เที่ยวโสเภณี ฯลฯ
  9. ให้การศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ดูแลอย่างใกล้ชิดและติดตามผลการเรียนของสมาชิกในครอบครัว
  10. มีส่วนในการเปิดโลกทัศน์ทางสังคมแก่สมาชิกในครอบครัวให้รู้จักแง่มุมต่าง ๆ ของสังคม
  11. ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัวในแต่ละวงจรชีวิตให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม
- จิตรพันธ์ โพธิ์ไพโรจน์ (2548: 29) ระบุบทบาทหน้าที่ของผู้นำครอบครัวไว้ ดังนี้
1. ใช้ความรู้และทักษะทั้งด้านการครองเรือน อบรมเลี้ยงดูบุตรรวมทั้งมีคุณธรรมในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ดูแลและเสริมสร้างให้สมาชิกของครอบครัวให้มีสุขภาพกายแข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวตามภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างมั่นคงและเหมาะสม
  2. ช่วยให้สมาชิกทุกคนของครอบครัวเพิ่มความตระหนักและช่วยกันเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยเริ่มต้นฝึกให้เรียนรู้ รู้จักและมีการ “ให้” และ “รับ” ความรักความจริงใจและความปรารถนาดีต่อกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งทางใจ ทำให้สมาชิกของครอบครัวสามารถ “ให้ความรัก” และ “รับความรักที่ผู้อื่นให้” ด้วยความชื่นชมยินดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามทุกข์และสุขร่วมกัน
  3. ปลูกฝังคุณธรรม ควบคู่ไปกับการกำหนดกฎเกณฑ์ระเบียบวินัยและบทบาทหน้าที่ที่มีความเหมาะสม โดยถือเป็นข้อตกลงที่สมาชิกทุกคนต้องยึดถือและปฏิบัติร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2546:15) ระบุบทบาทหน้าที่ของผู้นำครอบครัวไว้ ดังนี้
1. เป็นผู้ให้ความรัก ความผูกพัน และความอบอุ่นแก่ครอบครัว
  2. เป็นผู้อบรมสั่งสอนลูกให้ตั้งอยู่ในความดี มีคุณธรรม สอนให้เห็นคุณค่าของเวลาเพื่อสร้างและพัฒนานิสัยของลูกให้ดี
  3. เป็นผู้ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและเลี้ยงดูลูกเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ลูก
  4. เป็นผู้ให้การศึกษาและความรู้แก่ลูกให้มีพัฒนาการที่ดีและมีความก้าวหน้าในอนาคต

5. เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ลูกเป็นคนดี มีจริยธรรม สามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้

6. เป็นผู้ปกป้องคุ้มครองและดูแลลูกให้ปลอดภัยจากภัยอันตรายต่าง ๆ ไม่ทำร้ายร่างกายและจิตใจลูก และคอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้แก่ลูก

7. เป็นผู้สร้างบรรยากาศที่ดีให้แก่ครอบครัว ด้วยการจัดสรรเวลาให้กับลูกในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสนุกสนานเพลิดเพลินเพื่อให้ลูกมีความสุข

สรุปได้ว่า บทบาทหน้าที่ของผู้นำครอบครัว ได้แก่ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เลี้ยงดูอบรมขัดเกลาทางสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว ให้การศึกษา ให้ความรัก เข้าใจ เห็นใจ ห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จัดสรรเวลา สร้างสัมพันธภาพที่ดี ช่วยคิดหาวิธีในการแก้ปัญหา ปลูกฝังคุณธรรมและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัว

#### 4. การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดจันทบุรี

##### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดจันทบุรี

จังหวัดจันทบุรี มีพื้นที่ทั้งสิ้นประมาณ 6,338,000 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 396,125 ไร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอลอง อำเภอท่าใหม่ อำเภอมะขาม อำเภอนายายอาม อำเภอแหลมสิงห์ อำเภอสอยดาว อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอแก่งหางแมว และกิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ มี 76 ตำบล 721 หมู่บ้าน 163,434 หลังคาเรือน และมีประชากรทั้งหมด 511,587 คน ชาย 254,273 คน หญิง 257,314 คน (กรมการปกครอง 2548: 152) ลักษณะทางประชากร คือ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยมีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทั้งหมด 78,068 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 47.8 (สำนักงานเกษตรจังหวัดจันทบุรี 2548) มีการทำสวนผลไม้ และเป็นแหล่งผลไม้ที่สำคัญของประเทศ ได้แก่ทุเรียน เงาะ มังคุด ลำไย ลองกอง ฯลฯ ทำสวนยางพารา การประมงเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งทะเล ธุรกิจการท่องเที่ยว ธุรกิจเกี่ยวกับอัญมณี รับจ้างทั่วไป และค้าขาย เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพสูงเหมาะสำหรับการลงทุนซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นธุรกิจขนาดกลางและขนาดเล็ก รายได้ของประชากรต่อหัว/ปี เท่ากับ 58,978 บาท เด็กอายุครบเกณฑ์ได้เข้าเรียนภาคบังคับร้อยละ 99.6 ประชากรอายุ 14-50 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 98.6 (กรมการพัฒนาชุมชน 2548)

##### 4.2 เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของจังหวัดจันทบุรี

จังหวัดจันทบุรี ดำเนินการพัฒนาสุขภาพของประชาชนภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพไว้ ดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 2548)

1. ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ และนอกระบบประกันสุขภาพได้รับการบริการที่มีคุณภาพ



2. ระบบข้อมูลข่าวสาร ได้รับการพัฒนาให้มีความรวดเร็วทันสมัย
3. องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาและบริหารจัดการ
4. ประชาชนได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง
5. ภาครักษาพยาบาลมีความเข้มแข็ง โดยมีการช่วยเหลือกันในการรักษาและนอกการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
6. องค์ความรู้ด้านแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถ่ายทอดสู่ชุมชน
7. สถานบริการด้านสุขภาพและระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับ ได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐาน
8. ประชาชนได้รับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
9. ประชาชนได้รับการคุ้มครองในการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ปลอดภัย
10. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะ
11. นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาเร่งรัด และติดตามประเมินผล
12. ประชาชน ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ได้รับการป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูจากปัญหา ยาเสพติด
13. สถานประกอบการด้านสุขภาพมีคุณภาพตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good manufacturing practice)
14. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการส่งเสริมและแข่งขันได้
15. ประชาชนได้รับบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพ

#### 4.3 พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

จากการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของจังหวัดจันทบุรี พบว่า ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรมการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ ดังนี้ (กรมการพัฒนาชุมชน 2548)

1. คราวเรือนไม่กินเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน ร้อยละ 97.6
2. คราวเรือนกินอาหารควบคุมมาตรฐาน “อย.” ร้อยละ 98.1
3. คราวเรือนมีน้ำสะอาดบริโภคเพียงพอ ร้อยละ 94.2
4. คราวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ ร้อยละ 97.4
5. คราวเรือนได้รับรู้ข่าวสารสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 99.3
6. คราวเรือนมีความอบอุ่น ร้อยละ 97.7
7. คราวเรือนปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 98.8
8. คราวเรือนปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ร้อยละ 99.4
9. คราวเรือนร่วมกิจกรรมบำรุงรักษาสาธารณสมบัติ ร้อยละ 94.8

10. คริวเรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 94.3
11. คนในคริวเรือไม่ติดสุรา ร้อยละ 97.2
12. คนในคริวเรือไม่ติดบุหรี่ ร้อยละ 91.6
13. คริวเรือร่วมอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ร้อยละ 94.2
14. คริวเรือร่วมป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 94.5

#### 4.4 สาเหตุการตายของประชากรในจังหวัดจันทบุรี

จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่มีปัญหาสุขภาพ ดังมีรายละเอียดสาเหตุการตายของประชากรตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สาเหตุการตายของประชากรในจังหวัดจันทบุรี

สาเหตุการตาย	2544		2545		2546		2547	
	จำนวน	อัตรา:แสน	จำนวน	อัตรา:แสน	จำนวน	อัตรา:แสน	จำนวน	อัตรา:แสน
มะเร็ง	270	56.53	316	67.15	403	78.98	209	40.59
อุบัติเหตุ	321	67.21	276	58.65	302	59.18	184	35.73
โรคหัวใจ	304	63.64	189	44.16	170	33.32	154	29.91
ความดันโลหิตสูง	13	2.73	109	23.16	186	36.45	63	12.24

ที่มา: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 2548

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ มีดังนี้

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

สุทธรณี หุณหวาสาร (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี จำนวน 380 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปานกลาง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นุชระพี สุทธิกุล (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด โดยมีพฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.3 และมีพฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 87.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม

สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 390 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.70 โดยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในระดับสูงมากที่สุด คือ การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.30 มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 66.1 มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และรายได้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจนครบาล จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 609 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจนครบาลระดับสัญญาบัตร ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจนครบาลระดับประทวน ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 36.3 และตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

อัญญาพร ศรีฟ้า (2540) ศึกษาบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนซอยพิพัฒน์ 2 เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร จำนวน 107 คน พบว่า การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้หญิงโดยรวมทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้หญิงในฐานะลูก ในฐานะภรรยา และในฐานะแม่ทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ ผู้หญิงที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญา และมัธยมศึกษามีการดูแลสุขภาพดีกว่าไม่มีการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนดีกว่าผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน ส่วนพฤติกรรมบริหารความเครียดอยู่ในระดับสูง ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

วิชัย เทียนถาวรและคณะ (2542) ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย โดยสัมภาษณ์ผู้นำครอบครัวในพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย จำนวน 16 จังหวัด จำนวน 4,326 ครอบครัว พบว่า ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่จบการศึกษาภาคบังคับร้อยละ 80 เป็นเกษตรกรประมาณครึ่งหนึ่ง มีฐานะค่อนข้างยากจนร้อยละ 60 รับประทานอาหารเย็นพร้อมกันทุกวันระหว่างคู่สมรสและระหว่างพ่อแม่กับลูกร้อยละ 70 ขึ้นไป มีการพักผ่อนและนันทนาการร่วมกันโดยมีการดูโทรทัศน์พร้อมกันทุกวันของสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เสพยาเสพติด และเล่นการพนันร้อยละ 20-30 ผู้นำครอบครัวที่มีอาชีพไม่มั่นคงและมีฐานะยากจนมีการสูบบุหรี่และเล่นการพนันมากกว่ากลุ่มที่มีอาชีพมั่นคงและฐานะเศรษฐกิจดีกว่า กลุ่มที่มีอาชีพและฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกันมีพฤติกรรมดื่มน้ำและสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน มีปัญหาเรื่องโรคประจำตัวร้อยละ 37 มีความวิตกกังวลและมีความเครียดกับการเจ็บป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง มีการรับรู้ว่าคุณเองมีความเครียดร้อยละ 50 โดยผู้นำครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ฐานะเศรษฐกิจดีกว่า เคยตรวจร่างกายประจำปีประมาณร้อยละ 40 ไม่เคยตรวจสุขภาพประมาณครึ่งหนึ่ง และมีการพัฒนาทักษะให้สมาชิกครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะส่งเสริมการเรียนรู้ในการใช้ชีวิตในสังคม เช่น การคบเพื่อน ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ต่อสังคม สำหรับเรื่องสุขภาพส่วนใหญ่เน้นเรื่องทั่วไป เช่น เรื่องการรักษาความสะอาด มีจำนวนน้อยที่เน้นการพัฒนาทักษะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 270 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพระดับปานกลาง

มากที่สุด ร้อยละ 66.3 มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 77.3 โดยมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=2.22$  และ 1.85 ตามลำดับ) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.7 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 83.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาชีพ และรายได้

ชัยณรงค์ สังข์ข้าง (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 240 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 57.9 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัว

วาสนา สารการ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านโภชนาการ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดการกับความเครียด มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมบัติ พึ่งเกษม (2544) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 430 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 50 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 69.8 มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 67 และมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 45.1 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และด้านการสวมหมวก

นิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 และ 43.7 ตามลำดับ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการงดสูบบุหรี่และงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.2 และ 51.2 ตามลำดับ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.9 และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.7 เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.7 ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอาชีพ ตามลำดับ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

เอกบุญ ผักไฟพวก และรักใจ บุญระดม (2545) ทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี จำนวน 302 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลดีของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด มีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด มีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ มีการปฏิบัติเพื่อการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรารอยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติพฤติกรรมผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับสูง และมีการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของบุคลากร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

พรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารองค์ความรู้ และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับครอบครัวและกลุ่มนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ พบว่า สถานการณ์และแนวโน้มของครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และครอบครัวยังมีปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัย พฤติกรรมการกระทำรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และปัญหาที่เกิดจากการแพร่ระบาดของยาเสพติด ปัญหาจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกลดลง

วรรณดี จันทศิริ (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 400 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีการตกลงถือปฏิบัติร่วมกันเพื่อสุขภาพ เครื่องครัวปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ครอบครัวมีการตกลงถือปฏิบัติเครื่องครัวมากในพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ( $\bar{X} = 3.58$ ) มีการตกลงถือปฏิบัติเครื่องครัวน้อยในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ( $\bar{X} = 2.45$ ) มีการตกลงถือปฏิบัติเครื่องครัวปานกลางในการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ( $\bar{X} = 2.79$ ) การบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่เหมาะสมตามวัย ( $\bar{X} = 3.04$ ) การไม่กระทำ

พฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว ( $\bar{X} = 3.23$ ) และการจัดการความเครียด ( $\bar{X} = 2.97$ ) มีการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อสุขภาพบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.29$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าครอบครัวมีการปฏิบัติในเรื่องการจัดข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านให้สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.34$ ) จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.27$ ) มีการแสดงความรักความห่วงใยระหว่างสมาชิกในครอบครัวบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.28$ ) มีการเอาใจใส่ความทุกข์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.31$ ) และมีการแสดงความเอื้อเพื่อช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.29$ ) ครอบครัวมีการร่วมกันแก้ไขปัญหาครอบครัวบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.14$ ) มีการร่วมกันตัดสินใจในการดำเนินชีวิตครอบครัวบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.10$ ) มีการพักผ่อนร่วมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 2.81$ ) และมีการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกันบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.39$ )

สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 61.5 มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 63 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 53 มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 57.5 และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 76.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ยุพเยาว์ วิศพรธรรม (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี จำนวน 384 คน พบว่า คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.5 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.6 เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 28.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 82.3 ครอบครัวมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 45.5 มีการระมัดระวังการรับประทานอาหารที่มีไขมันมานาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.6 มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.1 มีการละเว้นจากสารเสพติดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 44.3 มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที นาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.7 มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ปีละ 1 ครั้ง นาน ๆ ครั้ง คิดเป็น

ร้อยละ 32.6 มีการรักษาความสะอาดในบ้านและรอบบ้านเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 38.6 มีการสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 65.4 มีการหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้นาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะปกติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนจำนวน 5,445 คน โดยสอบถามความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับที่ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 51.7 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 29.8 มีการยืดเหยียดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 43.2 ออกกำลังกายน้อยกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 54.1 มีพฤติกรรมด้านอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 20.1 มีการกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกันครบ 5 หมู่ใน 1 วัน หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มันและเค็มจัด อาหารประเภททอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิเป็นประจำน้อยกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 44.3 และนิยมใช้วิธีการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียด คิดเป็นร้อยละ 83.6 มีพฤติกรรมด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.5 มีพฤติกรรมด้านอบายมุข ได้แก่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 42.06 สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 20.28 และไม่เสพสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 76.6

## 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

โคเบอร์น และ ไปป (Coburn and Pope, 1974) ศึกษาสถานภาพทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพของชายในเมืองวิกตอเรียและรัฐบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำ

ดัฟฟี่ (Duffy, 1988) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35-55 ปี ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐขนาดใหญ่ ในแถบภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 262 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามลำดับ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความหวังใยสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตน การควบคุมสุขภาพภายในตน และการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย



วอล์กเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน จำนวน 452 คน แบ่งเป็น วัยสูงอายุ (55-88 ปี) จำนวน 97 คน วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18-34 ปี) จำนวน 137 คน วัยกลางคน (35-54 ปี) จำนวน 188 คน ผลการศึกษา พบว่า วัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และสามารถใช้เป็นตัวแทนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 13.4

เพนเดอร์ และคณะ (Pender and others, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในคนงาน จำนวน 589 คน จาก 6 โรงงาน ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเริ่มเข้าโครงการคนงานให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย และเข้าใจตนเองมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบริโภค และช่วยเหลือซึ่งพวาศัยระหว่างกันและกันน้อยที่สุด คือ การจัดการความเครียดและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และเมื่อเก็บข้อมูลอีกครั้งหลังจากเข้าโครงการ 3 เดือน พบว่า คนงานให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตในทุกด้านเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การให้ความหมายต่อสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมสุขภาพ

กิลลิส (Gillis, 1993) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ ระหว่างปี ค.ศ.1983-1991 ที่มีในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ในสเปน ได้งานวิจัยจำนวน 23 เรื่อง พบว่า ปัจจัยที่มีผู้สนใจศึกษามากตามลำดับ คือ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และสิ่งขัดขวางของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ตัวแปรที่ตีรองลงไปตามลำดับ ได้แก่ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความหมายของสุขภาพ

อฮีเจวิช และเบร์นฮาร์ด (Ahijevych and Bernhard, 1994 อ้างถึงในวรรณคดี จันทศิริ 2546: 45) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีชาวอาฟริกัน-อเมริกัน จำนวน 187 คน พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมด้านการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

ไนส์ วอลแมน และคูก (Nies, Vollman and Cook, 1998) ศึกษาประโยชน์ อุปสรรค และกลยุทธ์ในการออกกำลังกายของสตรียุโรป-อเมริกันที่อาศัยอยู่ในชุมชนของสหรัฐอเมริกา จำนวน 16 คน โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย พบว่า การมีกิจกรรมทางกาย มีส่วนในการลด

ความเครียด ก่อให้เกิดความผิดปกติ นอกจากนั้น การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอาจได้รับการช่วยเหลือ ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้างเป็นกำลังใจแก่บุคคลในการดำเนินชีวิตต่อไป

Jun (Jun, 1999) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในประเทศจีน จำนวน 217 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายว่าทำให้ร่างกายแข็งแรง และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มต่าง ๆ กัน พบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ลักษณะครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันออกไป และเพื่อให้งานวิจัยมีความชัดเจนและเป็นประโยชน์มากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าวมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ดังระบุไว้ในแผนภูมิหน้า 4

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี” มีวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งได้มาจากข้อมูลครัวเรือนในจังหวัดจันทบุรีจำนวน 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอท่าใหม่ อำเภอขลุง อำเภอมะขาม อำเภอแหลมสิงห์ อำเภอสอยดาว อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอนายายอาม อำเภอแก่งหางแมว และกิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จำนวน 163,434 ครัวเรือน (สำนักงานเลขานุการกรมการปกครอง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2548: 152) ถ้าครัวเรือนใดที่สุ่มตัวอย่างได้มีครอบครัวอาศัยอยู่มากกว่า 1 ครอบครัว ให้เลือกผู้นำครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นเพียง 1 คน

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งได้มาโดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (*sample size*) คำนวณจากสูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973 อ้างถึงในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ 2535: 68) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = ขนาดของประชากร

$e$  = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (การวิจัยครั้งนี้กำหนด  $e = 0.05$ )

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{163,434}{1 + 163,434 (0.05)^2}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 400 คน

### 1.2.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอำเภอที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นอำเภอ (งานอัตรากำลัง และระบบงาน ฝ่ายวางแผนอัตรากำลัง กองการเจ้าหน้าที่ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ม.ป.ป. และฝ่ายประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขานุการกรมการปกครอง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2548: 152) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) อำเภอชั้นที่ 1 เป็นอำเภอที่มีความเจริญมาก มีความหนาแน่นของประชากรมาก มีสาธารณูปโภคทันสมัยหลาย ๆ ด้าน มีความเจริญทางด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมมาก มี 2 อำเภอ คือ อำเภอเมือง และอำเภอขลุง สุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งของอำเภอทั้งหมด โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ได้อำเภอขลุง

2) อำเภอชั้นที่ 2 เป็นอำเภอที่มีความเจริญปานกลาง มีความหนาแน่นของประชากรปานกลาง มีสาธารณูปโภคทันสมัยบางด้าน มีความเจริญทางด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมปานกลางมี 2 อำเภอ คือ อำเภอท่าใหม่และอำเภอนายายอาม สุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งของจำนวนอำเภอทั้งหมด โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ได้อำเภอท่าใหม่

3) อำเภอชั้นที่ 3 เป็นอำเภอที่มีความเจริญน้อย มีความหนาแน่นของประชากรน้อย มีสาธารณูปโภคทันสมัยน้อย มีความเจริญทางด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมน้อย มี 4 อำเภอ คือ อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอสอยดาว อำเภอมะขาม และอำเภอแหลมสิงห์ สุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งของจำนวนอำเภอทั้งหมด โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ได้อำเภอโป่งน้ำร้อน และอำเภอสอยดาว

4) อำเภอชั้นที่ 4 เป็นอำเภอที่มีความเจริญน้อยมาก มีความหนาแน่นของประชากรน้อยมาก มีสาธารณูปโภคทันสมัยน้อยมาก มีความเจริญด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยมาก มี 2 อำเภอ คือ อำเภอแก่งหางแมว และกิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ สุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งของจำนวนอำเภอทั้งหมด โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ได้กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นอำเภอตามสัดส่วนของครัวเรือน จากสูตร ดังนี้

$$n_i = \frac{N_i \times n}{N}$$

เมื่อ  $n_i$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นอำเภอ

$n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

$N_i$  = ขนาดของประชากรในแต่ละชั้นอำเภอ

$N$  = ขนาดประชากรทั้งหมด

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นอำเภอ ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ระดับชั้นอำเภอ อำเภอ จำนวนผู้นำครอบครัวและขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัด  
จันทบุรี

ระดับชั้น อำเภอ	อำเภอ	จำนวนผู้นำ ครอบครัว	ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง
อำเภอชั้น 1 (เมือง ขลุง)	ขลุง	63,917	156
อำเภอชั้น 2 (ท่าใหม่ นายอายุอาม)	ท่าใหม่	30,154	74
อำเภอชั้น 3 (สอยดาว แหลมสิงห์ โป่งน้ำร้อน มะขาม)	สอยดาว โป่งน้ำร้อน	48,284	118
อำเภอชั้น 4 (แก่งหางแมว เขาคิชฌกูฏ)	เขาคิชฌกูฏ	21,079	52
รวม		163,434	400

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตำบลที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง อำเภอละ 1 ตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากได้ 5 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหมู่บ้านที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากได้ 15 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อเป็นตัวแทนครอบครัว หากครัวเรือนใดมีมากกว่า 1 ครอบครัว ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากเพื่อสุ่มเลือกผู้นำครอบครัวเพียง 1 คน ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ระดับชั้นอำเภอ อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัดจันทบุรี

ระดับชั้น อำเภอ	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง
อำเภอชั้น 1	ขลุง	วันยาว	เกาะขวาง	52
			วันยาวล่าง	52
			ท่ามะขาม	52
อำเภอชั้น 2	ท่าใหม่	บ่อพุ	ไร่ไธ	24
			ตลาด	25
			บ่อเตา	25
อำเภอชั้น 3	สอยดาว	ปะตง	ปะตง	19
			ตาเรือ	20
			ท่าใหม่	20
	โป่งน้ำร้อน	ทับไทร	ทับไทร	19
			ทุ่งม่วง	20
			มาบคล้า	20
อำเภอชั้น 4	เขาคิชฌกูฏ	พลวง	ดินแดง	17
			พลวง	18
			กระทิง	18
รวม	5 อำเภอ	5 ตำบล	15 หมู่บ้าน	400 คน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวของผู้นำครอบครัว แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้

อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ระดับการรับรู้ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมด้าน การออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคยา และด้าน อบายมุข แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด น้อย มากและมากที่สุด จำนวน 30 ข้อ

## 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีดังต่อไปนี้

2.2.1 ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและผู้นำ ครอบครัว

2.2.2 สร้างแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.2.3 นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และ ความเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

2.2.4 วิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไป ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหา 3 ท่าน และด้านสถิติและการวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

2) การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข แล้วตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้นำครอบครัวบ้านงิ้วไร่ หมู่ที่ 5 ตำบลซึ้ง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา โดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .867

2.2.5 ปรับปรุงแก้ไขและจัดทำแบบสอบถามการวิจัยฉบับสมบูรณ์

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

3.1 ขอนหนังสือจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราชเพื่อขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล นัดวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดผู้นำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาพบกันที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

3.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย โดยชี้แจงแบบสอบถามแต่ละตอนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างละเอียดก่อนตอบแบบสอบถาม

3.4 ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ปกครองครัวที่ไม่สามารถจะเดินทางมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ให้ช่วยตอบแบบสอบถามที่บ้านในเวลาที่เหมาะสม และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งให้ผู้วิจัย

3.5 รวบรวมแบบสอบถามให้ครบถ้วนพร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยค่าสถิติร้อยละ

4.2 วิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลงการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับคะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ระดับคะแนน	4
มาก	ระดับคะแนน	3
น้อย	ระดับคะแนน	2
น้อยที่สุด	ระดับคะแนน	1

การแปลผลความหมายค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินของบุญชม ศรีสะอาด (2535: 100) ได้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3.3



ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวจังหวัดจันทบุรี

ค่าเฉลี่ย	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ
3.50 – 4.00	มากที่สุด
2.50 – 3.49	มาก
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

4.3 วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลงการปฏิบัติตนเป็นระดับคะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ระดับคะแนน	4
มาก	ระดับคะแนน	3
น้อย	ระดับคะแนน	2
น้อยที่สุด	ระดับคะแนน	1

การแปลความหมายค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนเป็นระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินของบุญชม ศรีสะอาด (2535: 100) โดยแปลผลตามเกณฑ์การประเมิน ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3.50 – 4.00	มากที่สุด
2.50 – 3.49	มาก
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

4.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี” แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	223	55.8
มัธยมศึกษา	116	29.0
ปวส./อนุปริญญา	18	4.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	43	10.7
<b>อาชีพ</b>		
แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	13	3.3
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	47	11.8
เกษตรกรกรรม	166	41.5
รับจ้าง	133	33.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	41	10.3
<b>รายได้</b>		
น้อยกว่า 5,001 บาท	92	23.0
5,001-10,000 บาท	175	43.7
10,001-15,000 บาท	55	13.8
มากกว่า 15,000 บาท	78	19.5
<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	287	71.8
ครอบครัวขยาย	113	28.2
รวม	400	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.5 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.7 และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.8

## ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

### 2.1 ภาพรวมของการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

จากการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ภาพรวมของการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	3.42	.45	มาก
2. ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ	2.93	.49	มาก
3. อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	1.99	.52	น้อย
4. โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	3.41	.49	มาก
5. ความรุนแรงของโรค	3.50	.49	มากที่สุด
รวม	3.05	.31	มาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.05$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50$ ) มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความสามารถของตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.42, 3.41$  และ  $2.93$  ตามลำดับ) ส่วนด้านอุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.99$ )

## 2.2 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

เรื่อง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกาย	3.55	.63	มากที่สุด
2. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง	3.55	.59	มากที่สุด
3. การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ สามารถป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ได้	3.35	.62	มาก
4. การค้นหาปัญหาและแก้ไขที่สาเหตุจะทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ	3.18	.67	มาก
5. การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความรักและความมั่นคงด้านจิตใจของครอบครัว	3.46	.64	มาก
6. การเสพสิ่งเสพติดทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม	3.46	.81	มาก
รวม	3.42	.45	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.42$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ( $\bar{X} = 3.55$  และ 3.55 ตามลำดับ) ส่วนข้ออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ

### 2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ

จากการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ

เรื่อง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. สามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที	2.65	.92	มาก
2. สามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ได้	2.83	.70	มาก
3. สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้	2.80	.78	มาก
4. สามารถผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยตนเองได้	2.97	.87	มาก
5. สามารถเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นได้	3.10	.65	มาก
6. สามารถหลีกเลี่ยงการเสพติดได้	3.23	.84	มาก
รวม	2.93	.49	มาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.93$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ

#### 2.4 การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

เรื่อง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. อุปสรรคของการไม่ออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเวลา ไม่ชอบ ไม่มีสถานที่/อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย	2.21	.84	น้อย
2. อุปสรรคที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ เช่น ไม่ชอบอาหารบางชนิด ไม่มีเงินซื้อ ไม่ได้ประกอบอาหารเอง	2.06	.86	น้อย
3. อุปสรรคกรณีมีปัญหาแล้วไม่ปรึกษาใคร เช่น ไม่มีคนน่าไว้วางใจ ชอบแก้ปัญหาคด้วยตนเอง รู้สึกอายไม่ยากบอกใคร	2.06	.84	น้อย
4. อุปสรรคที่ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น เวลาว่างไม่ตรงกัน ภาระงานมากเกินไป	2.02	.78	น้อย
5. การที่ไม่สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย เพราะรู้สึกอึดอัด รำคาญ ไม่สะดวกในการขับขี่ ขับขี่ระยะใกล้	1.81	.88	น้อย
6. การที่ไม่สามารถงดสิ่งเสพติดได้เพราะต้องเข้าสังคม ชอบดื่ม มีปัญหาครอบครัว คิดว่าการเสพติดช่วยแก้ปัญหาได้	1.79	.90	น้อย
รวม	1.99	.52	น้อย

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=1.99$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับน้อยทุกข้อ

## 2.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

จากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค พบว่า มีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

เรื่อง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้	3.31	.76	มาก
2. บุคคลที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ	3.27	.73	มาก
3. ความเครียด ความวิตกกังวล อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคความดันโลหิตสูงได้	3.30	.71	มาก
4. ความรัก ความเข้าใจกัน และการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาครอบครัวได้	3.46	.66	มาก
5. การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ยานพาหนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตได้	3.56	.65	มากที่สุด
6. การเสพสิ่งเสพติดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ	3.57	.58	มากที่สุด
รวม	3.39	.49	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.39$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ยานพาหนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตได้ และมีการรับรู้ว่าการเสพสิ่งเสพติดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.56$  และ 3.57 ตามลำดับ) ส่วนข้ออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ



## 2.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่ามีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

เรื่อง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. โรคเบาหวานถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนกับหลอดเลือดและอวัยวะต่าง ๆ และอาจรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตได้	3.50	.64	มากที่สุด
2. บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอาจทำให้เกิดเส้นโลหิตในสมองแตก เป็นอัมพาต และเสียชีวิตได้	3.55	.62	มากที่สุด
3. บุคคลที่มีความเครียดสะสมเป็นเวลานาน ๆ อาจทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้	3.36	.69	มาก
4. อุบัติเหตุที่เกิดจากการขับขี่ยานพาหนะทำให้บาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิตได้	3.55	.59	มากที่สุด
5. การมีไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน เป็นผลให้หัวใจขาดเลือดได้ และเสียชีวิตอย่างฉับพลันได้	3.42	.67	มาก
6. การดื่มสุร่าเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทำให้บาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตได้	3.61	.61	มากที่สุด
รวม	3.50	.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทุกข้อ ยกเว้นมีการรับรู้ว่าคุณค่าความเครียดสะสมเป็นเวลานาน ๆ อาจทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้และรับรู้ว่าการมีไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน เป็นผลให้หัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตอย่างฉับพลันได้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.36$  และ  $3.42$  ตามลำดับ)

### ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

#### 3.1 ภาพรวมของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและพฤติกรรมด้านลบ สำหรับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวด้านบวก ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและด้านโรครยา พบว่ามีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ภาพรวมของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
ด้านการออกกำลังกาย	2.39	.64	น้อย
ด้านอาหารปลอดภัย	2.78	.59	มาก
ด้านอารมณ์	3.08	.62	มาก
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.37	.51	มาก
ด้านโรครยา	2.86	.61	มาก
รวม	2.89	.41	มาก

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านบวกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.89$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านโรครยา และด้านอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.37, 3.08, 2.86$  และ  $2.78$  ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ยกเว้นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$ )

ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านลบ ได้แก่ ด้านอบายมุข กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.59, S.D.=.54$ )

### 3.2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	2.21	.92	น้อย
2. ยึดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น ก้มลงเอามือแตะที่พื้นหรือปลายเท้า เอามือประสานกันและดันขึ้นเหนือศีรษะ เอียงตัว เอียงคอ และหยุดค้างไว้	2.17	.86	น้อย
3. เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อออกแรงในการทำงานบ้าน งานอาชีพ งานอดิเรก หรือในการเดินทาง จนทำให้รู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก	3.15	.81	มาก
4. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออกทุกครั้ง	2.41	.96	น้อย
5. ปฏิบัติตามหลักในการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	2.04	.91	น้อย
รวม	2.39	.64	น้อย

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกันเกือบทุกข้อ ยกเว้นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อออกแรงในการทำงานบ้าน งานอาชีพ งานอดิเรก หรือในการเดินทางจนทำให้รู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.15$ )

### 3.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย

การสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน	2.83	.87	มาก
2. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสี สารเจือปน หรือใส่สารกันบูด	2.56	.91	มาก
3. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ ลวกหรือปิ้งย่างจนไหม้เกรียม	2.73	.97	มาก
4. เลือกซื้ออาหารสด โดยดูป้ายสัญลักษณ์ “อาหารปลอดภัย”	2.78	.99	มาก
5. เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ โดยดูป้ายสัญลักษณ์ “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย”	2.56	.99	มาก
6. เลือกซื้ออาหารแปรรูปบรรจุ โดยดูเครื่องหมาย “อย. ที่มีเลขทะเบียน” วันผลิต /วันหมดอายุ	3.21	.96	มาก
รวม	2.78	.59	มาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.78$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ

### 3.4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ พบว่ามีค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์

การสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ	2.80	.87	มาก
2. ฟ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง	3.22	.81	มาก
3. บอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	3.24	.80	มาก
4. รู้สึกมีคุณค่าที่ได้อุทิศตนช่วยเหลือบุคคลอื่น หมู่บ้านหรือชุมชน	3.10	.79	มาก
5. พุดคุยหรือปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีปัญหา	3.02	.89	มาก
รวม	3.08	.62	มาก

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.08$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ

### 3.5 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า มีค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย	3.20	.76	มาก
2. จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย	3.32	.68	มาก
3. แสดงความรัก ห่วงใย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน	3.47	.68	มาก
4. เอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	3.53	.61	มาก
5. ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ทำงานบ้านร่วมกัน	3.33	.78	มาก
รวม	3.37	.52	มาก

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.37$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ

### 3.6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรควา

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรควา พบว่ามีค่าเฉลี่ย และค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรควา

การสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรควา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ควบคุมน้ำหนักตัว โดยการออกกำลังกายและ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	2.65	.96	มาก
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย	2.73	.85	มาก
3. มองโลกในแง่ดีและทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ	3.30	.76	มาก
4. สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ	3.26	.84	มาก
5. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง	2.37	1.24	น้อย
รวม	2.86	.61	มาก

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรควาโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.86$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ยกเว้นการปฏิบัติกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.37$ )

### 3.7 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุข

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุข ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านลบ พบว่า มีค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุข

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุข	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ ยาคุมหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.81	.81	น้อย
2. ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม100	1.75	.82	น้อย
3. สูบบุหรี่หรือยาเส้น	1.72	1.04	น้อย
4. เสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า ผีน กัญชา	1.02	.19	น้อยที่สุด
รวม	1.59	.54	น้อย

จากตารางที่ 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุขโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.59$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยเกือบทุกกิจกรรม ยกเว้นการเสพยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 1.02$ )

### ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมและรายด้าน มีข้อค้นพบดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวม มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.15



ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม				$\chi^2$ รวม
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>ระดับการศึกษา</b>					<b>16.76*</b>
ประถมศึกษา	0	30	182	11	223
มัธยมศึกษา	0	12	97	7	116
ปวส./อนุปริญญา	0	2	13	3	18
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	1	35	7	43
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>327</b>	<b>28</b>	<b>400</b>
<b>อาชีพ</b>					<b>12.08</b>
แม่บ้าน/ทอผ้า	0	2	10	1	13
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	0	3	41	3	47
เกษตรกร	0	20	134	12	166
รับจ้าง	0	17	109	7	133
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	3	32	5	41
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>327</b>	<b>28</b>	<b>400</b>
<b>รายได้</b>					<b>11.91</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	0	16	72	4	92
5,001-10,000 บาท	0	20	141	14	175
10,001-15,000 บาท	0	6	47	2	55
มากกว่า 15,000 บาท	0	3	67	8	78
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>327</b>	<b>28</b>	<b>400</b>
<b>ลักษณะครอบครัว</b>					<b>4.93</b>
ครอบครัวเดี่ยว	0	26	239	22	287
ครอบครัวขยาย	0	19	88	6	113
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>327</b>	<b>28</b>	<b>400</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>ระดับการศึกษา</b>					<b>46.04*</b>
ประถมศึกษา	17	145	54	7	223
มัธยมศึกษา	4	51	50	11	116
ปวส./อนุปริญญา	0	6	8	4	18
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	20	15	6	43
<b>รวม</b>	<b>23</b>	<b>222</b>	<b>127</b>	<b>28</b>	<b>400</b>
<b>อาชีพ</b>					<b>36.31*</b>
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	4	5	4	0	13
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	3	25	15	4	47
เกษตรกร	8	102	46	10	166
รับจ้าง	7	75	45	6	133
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	15	17	8	41
<b>รวม</b>	<b>23</b>	<b>222</b>	<b>127</b>	<b>28</b>	<b>400</b>
<b>รายได้</b>					<b>35.77*</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	8	51	30	3	92
5,001-10,000 บาท	10	107	49	9	175
10,001-15,000 บาท	0	33	20	2	55
มากกว่า 15,000 บาท	5	31	28	14	78
<b>รวม</b>	<b>23</b>	<b>222</b>	<b>127</b>	<b>28</b>	<b>400</b>
<b>ลักษณะครอบครัว</b>					<b>8.34*</b>
ครอบครัวเดี่ยว	11	163	90	23	287
ครอบครัวขยาย	12	59	37	5	113
<b>รวม</b>	<b>23</b>	<b>222</b>	<b>127</b>	<b>28</b>	<b>400</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว อาชีพของผู้นำครอบครัว รายได้ของผู้นำครอบครัว และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>ระดับการศึกษา</b>						<b>13.96</b>
ประถมศึกษา	3	67	119	34	223	
มัธยมศึกษา	2	29	70	15	116	
ปวส./อนุปริญญา	0	2	12	4	18	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	5	31	7	43	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>103</b>	<b>232</b>	<b>60</b>	<b>400</b>	
<b>อาชีพ</b>						<b>22.70</b>
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0	6	6	1	13	
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	0	7	29	11	47	
เกษตรกร	3	51	90	22	166	
รับจ้าง	2	32	78	21	133	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	7	28	5	41	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>103</b>	<b>232</b>	<b>60</b>	<b>400</b>	
<b>รายได้</b>						<b>28.37*</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	1	38	43	10	92	
5,001-10,000 บาท	4	42	100	29	175	
10,001-15,000 บาท	0	14	35	6	55	
มากกว่า 15,000 บาท	0	9	54	15	78	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>103</b>	<b>232</b>	<b>60</b>	<b>400</b>	
<b>ลักษณะครอบครัว</b>						<b>6.52</b>
ครอบครัวเดี่ยว	3	70	163	51	287	
ครอบครัวขยาย	2	33	69	9	113	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>103</b>	<b>232</b>	<b>60</b>	<b>400</b>	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.17 พบว่า รายได้ของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์ มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>ระดับการศึกษา</b>						<b>13.74</b>
ประถมศึกษา	2	47	114	60	223	
มัธยมศึกษา	1	22	63	30	116	
ปวส./อนุปริญญา	0	1	11	6	18	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	4	22	16	43	
<b>รวม</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>210</b>	<b>112</b>	<b>400</b>	
<b>อาชีพ</b>						<b>20.25</b>
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0	5	6	2	13	
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	1	8	22	16	47	
เกษตรกร	1	32	87	46	166	
รับจ้าง	2	25	77	29	133	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	4	18	18	41	
<b>รวม</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>210</b>	<b>112</b>	<b>400</b>	
<b>รายได้</b>						<b>20.51</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	1	25	46	20	92	
5,001-10,000 บาท	2	29	94	50	175	
10,001-15,000 บาท	0	15	25	15	55	
มากกว่า 15,000 บาท	1	5	45	27	78	
<b>รวม</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>210</b>	<b>112</b>	<b>400</b>	
<b>ลักษณะครอบครัว</b>						<b>12.21*</b>
ครอบครัวเดี่ยว	1	44	155	87	287	
ครอบครัวขยาย	3	30	55	25	113	
<b>รวม</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>210</b>	<b>112</b>	<b>400</b>	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.19



ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>ระดับการศึกษา</b>						<b>8.55</b>
ประถมศึกษา	0	14	109	100	223	
มัธยมศึกษา	0	6	56	54	116	
ปวส./อนุปริญญา	0	0	7	11	18	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	1	19	23	43	
รวม	0	21	191	188	400	
<b>อาชีพ</b>						<b>11.64</b>
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0	1	8	4	13	
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	0	3	19	25	47	
เกษตรกรรม	0	9	83	74	166	
รับจ้าง	0	7	66	60	133	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	1	15	25	41	
รวม	0	21	191	188	400	
<b>รายได้</b>						<b>7.56</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	0	6	42	44	92	
5,001-10,000 บาท	0	8	81	86	175	
10,001-15,000 บาท	0	5	31	19	55	
มากกว่า 15,000 บาท	0	2	37	39	78	
รวม	0	21	191	188	400	
<b>ลักษณะครอบครัว</b>						<b>3.28</b>
ครอบครัวเดี่ยว	0	14	130	143	287	
ครอบครัวขยาย	0	7	61	45	113	
รวม	0	21	191	188	400	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว อาชีพของผู้นำครอบครัว รายได้ของผู้นำครอบครัว และลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

#### 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคยา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคยา มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคลยา

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรคลยา				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>ระดับการศึกษา</b>					<b>31.82*</b>
ประถมศึกษา	2	75	124	22	223
มัธยมศึกษา	0	29	62	25	116
ปวส./อนุปริญญา	0	5	7	7	18
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	4	24	15	43
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>217</b>	<b>68</b>	<b>400</b>
<b>อาชีพ</b>					<b>30.72*</b>
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0	5	7	1	13
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	0	14	27	6	47
เกษตรกร	2	55	84	25	166
รับจ้าง	0	35	78	20	133
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	4	21	16	41
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>217</b>	<b>68</b>	<b>400</b>
<b>รายได้</b>					<b>17.89</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	0	35	49	8	92
5,001-10,000 บาท	2	49	96	28	175
10,001-15,000 บาท	0	14	29	12	55
มากกว่า 15,000 บาท	0	15	43	20	78
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>217</b>	<b>68</b>	<b>400</b>
<b>ลักษณะครอบครัว</b>					<b>8.87*</b>
ครอบครัวเดี่ยว	1	74	154	58	287
ครอบครัวขยาย	1	39	63	10	113
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>217</b>	<b>68</b>	<b>400</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว อาชีพของผู้นำครอบครัว และ ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคลยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอบายมุข

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอบายมุข มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอบายมุข

ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้นำครอบครัว	พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอบายมุข				$\chi^2$ รวม
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>ระดับการศึกษา</b>					<b>28.73*</b>
ประถมศึกษา	91	111	20	1	223
มัธยมศึกษา	38	68	10	0	116
ปวส./อนุปริญญา	8	8	2	0	18
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	31	11	1	0	43
<b>รวม</b>	<b>168</b>	<b>198</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>400</b>
<b>อาชีพ</b>					<b>28.54</b>
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	9	4	0	0	13
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	29	15	3	0	47
เกษตรกรรม	72	81	12	1	166
รับจ้าง	42	74	14	0	133
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	24	4	0	41
<b>รวม</b>	<b>168</b>	<b>198</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>400</b>
<b>รายได้</b>					<b>10.11</b>
น้อยกว่า 5,001 บาท	33	47	12	0	92
5,001-10,000 บาท	72	91	11	1	175
10,001-15,000 บาท	22	29	4	0	55
มากกว่า 15,000 บาท	41	31	6	0	78
<b>รวม</b>	<b>168</b>	<b>198</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>400</b>
<b>ลักษณะครอบครัว</b>					<b>4.05</b>
ครอบครัวเดี่ยว	121	146	19	1	287
ครอบครัวขยาย	47	52	14	0	113
<b>รวม</b>	<b>168</b>	<b>198</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>400</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอบายมุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## **ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมและรายด้าน มีข้อค้นพบดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### **5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ  
ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม

การรับรู้ ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม				$\chi^2$ รวม
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>22.89<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	1	6	0	7
มาก	0	34	133	8	175
มากที่สุด	0	10	188	20	218
รวม	0	45	327	28	400
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>					<b>95.86<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	18	42	0	60
มาก	0	26	244	13	283
มากที่สุด	0	1	41	15	57
รวม	0	45	327	28	400
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>21.42<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	4	44	8	56
น้อย	0	30	227	16	273
มาก	0	11	53	3	67
มากที่สุด	0	0	3	1	4
รวม	0	45	327	28	400
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>					<b>33.85<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	4	0	4
น้อย	0	4	3	1	8
มาก	0	22	151	5	178
มากที่สุด	0	19	169	22	210
รวม	0	45	327	28	400

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					16.05*
น้อยที่สุด	0	0	1	0	1
น้อย	0	3	9	0	12
มาก	0	22	114	5	141
มากที่สุด	0	20	203	23	246
รวม	0	45	327	28	400
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม					71.86*
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	7	8	0	15
มาก	0	37	304	20	361
มากที่สุด	0	1	15	8	24
รวม	0	45	327	28	400

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 4.22 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.23



ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>14.80<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	1	4	2	0	7
มาก	13	104	54	4	175
มากที่สุด	9	114	71	24	218
รวม	23	222	127	28	400
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>					<b>43.37<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	8	39	13	0	60
มาก	12	159	95	17	283
มากที่สุด	3	24	19	11	57
รวม	23	222	127	28	400
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>18.91<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	2	30	19	5	56
น้อย	16	159	81	17	273
มาก	4	33	26	4	67
มากที่สุด	1	0	1	2	4
รวม	23	222	127	28	400
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>					<b>19.02</b>
น้อยที่สุด	1	3	0	0	4
น้อย	2	5	1	0	8
มาก	9	102	61	6	178
มากที่สุด	11	112	65	22	210
รวม	23	222	127	28	400

ตารางที่ 4.23 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						6.71
น้อยที่สุด	0	1	0	0	1	
น้อย	1	5	6	0	12	
มาก	8	83	44	6	141	
มากที่สุด	14	133	77	22	246	
รวม	23	222	127	28	400	
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						23.81*
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0	
น้อย	2	8	5	0	15	
มาก	19	207	114	21	361	
มากที่สุด	2	7	8	7	24	
รวม	23	222	127	28	400	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.23 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ  
ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย

การรับรู้ ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>						<b>27.95*</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0	
น้อย	0	1	6	0	7	
มาก	2	66	90	17	175	
มากที่สุด	3	36	136	43	218	
รวม	5	103	232	60	400	
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>						<b>141.44*</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0	
น้อย	1	34	24	1	60	
มาก	4	67	173	39	283	
มากที่สุด	0	2	35	20	57	
รวม	5	103	232	60	400	
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>						<b>21.03*</b>
น้อยที่สุด	0	8	32	16	56	
น้อย	5	69	161	38	273	
มาก	0	26	36	5	67	
มากที่สุด	0	0	3	1	4	
รวม	5	103	232	60	400	
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>						<b>37.27*</b>
น้อยที่สุด	0	1	3	0	4	
น้อย	1	4	1	2	8	
มาก	3	61	100	14	178	
มากที่สุด	1	37	128	44	210	
รวม	5	103	232	60	400	

ตารางที่ 4.24 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัย				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>						<b>26.37*</b>
น้อยที่สุด	0	0	1	0	1	
น้อย	0	7	5	0	12	
มาก	1	50	78	12	141	
มากที่สุด	4	46	148	48	246	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>103</b>	<b>232</b>	<b>60</b>	<b>400</b>	
<b>การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>						<b>22.63*</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0	
น้อย	1	8	6	0	15	
มาก	4	93	213	51	361	
มากที่สุด	0	2	13	9	24	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>103</b>	<b>232</b>	<b>60</b>	<b>400</b>	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.24 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์ มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>36.91<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	2	3	2	7
มาก	3	47	100	25	175
มากที่สุด	1	25	107	85	218
รวม	4	74	210	112	400
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>					<b>58.21<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	1	22	33	4	60
มาก	3	50	157	73	283
มากที่สุด	0	1	41	15	57
รวม	4	74	210	112	400
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>23.07<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	4	24	28	56
น้อย	4	51	149	69	273
มาก	0	18	36	13	67
มากที่สุด	0	1	1	2	4
รวม	4	74	210	112	400
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>					<b>39.14<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	1	2	2	4
น้อย	1	4	1	1	8
มาก	2	45	98	33	178
มากที่สุด	1	24	109	76	210
รวม	4	74	210	112	400

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					41.52 <sup>*</sup>
น้อยที่สุด	0	0	1	0	1
น้อย	0	4	8	0	12
มาก	2	40	79	20	141
มากที่สุด	2	29	123	92	246
รวม	4	74	210	112	400
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม					31.48 <sup>*</sup>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	1	7	6	0	15
มาก	3	63	198	97	361
มากที่สุด	0	4	5	15	24
รวม	4	74	210	112	400

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 4.25 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>17.74<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	1	4	2	7
มาก	0	16	91	68	175
มากที่สุด	0	4	96	118	218
รวม	0	21	191	188	400
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>					<b>42.82</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	9	30	20	60
มาก	0	10	143	130	283
มากที่สุด	0	1	18	38	57
รวม	0	21	191	188	400
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>18.13</b>
น้อยที่สุด	0	1	15	40	56
น้อย	0	17	138	118	273
มาก	0	3	37	27	67
มากที่สุด	0	0	3	1	4
รวม	0	21	191	188	400
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>					<b>25.44</b>
น้อยที่สุด	0	0	3	1	4
น้อย	0	3	0	5	8
มาก	0	11	92	75	178
มากที่สุด	0	19	169	22	210
รวม	0	21	191	188	400

ตารางที่ 4.26 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>					<b>16.84</b>
น้อยที่สุด	0	0	1	0	1
น้อย	0	2	9	1	12
มาก	0	9	76	56	141
มากที่สุด	0	10	105	131	246
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>191</b>	<b>188</b>	<b>400</b>
<b>การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>					<b>25.49</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	4	9	2	15
มาก	0	16	177	168	361
มากที่สุด	0	1	5	18	24
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>191</b>	<b>188</b>	<b>400</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.26 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ  
ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคลยา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคลยา มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ  
ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคลยา

การรับรู้ ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรคลยา				$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>45.22<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	0	3	4	0	7
มาก	1	78	75	21	175
มากที่สุด	1	32	138	47	218
รวม	2	113	217	68	400
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>					<b>63.15<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	1	35	22	2	60
มาก	1	77	161	44	283
มากที่สุด	0	1	34	22	57
รวม	2	113	217	68	400
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>36.72<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	9	26	21	56
น้อย	0	81	152	40	273
มาก	2	23	37	5	67
มากที่สุด	0	0	2	2	4
รวม	2	113	217	68	400
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>					<b>37.77<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	1	3	0	4
น้อย	0	5	2	1	8
มาก	1	71	90	16	178
มากที่สุด	1	36	122	51	210
รวม	2	113	217	68	400

ตารางที่ 4.27 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอโรคยา				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>						<b>31.56<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	1	0	1	
น้อย	0	7	5	0	12	
มาก	1	58	68	14	141	
มากที่สุด	1	48	143	54	246	
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>217</b>	<b>68</b>	<b>400</b>	
<b>การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>						<b>34.81<sup>*</sup></b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0	
น้อย	0	10	5	0	15	
มาก	1	101	202	57	361	
มากที่สุด	1	2	10	11	24	
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>217</b>	<b>68</b>	<b>400</b>	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 4.27 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอโรคยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของผู้นำครอบครัวในจังหวัด  
จันทบุรีด้านอบายมุข

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริม  
สุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอบายมุข มีข้อค้นพบดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำ  
ครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอบายมุข

การรับรู้ ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุข				$\chi^2$ รวม
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	
<b>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>11.34</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	2	3	2	0	7
มาก	62	99	14	0	175
มากที่สุด	104	96	17	1	218
รวม	168	198	33	1	400
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</b>					<b>22.15</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
น้อย	17	30	12	0	60
มาก	117	146	19	1	283
มากที่สุด	33	22	2	0	57
รวม	168	198	33	1	400
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>					<b>30.95</b>
น้อยที่สุด	39	17	0	0	56
น้อย	107	142	24	0	273
มาก	20	38	8	1	67
มากที่สุด	2	1	1	0	4
รวม	168	198	33	1	400
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>					<b>16.04</b>
น้อยที่สุด	4	0	0	0	4
น้อย	3	4	1	0	8
มาก	62	94	21	0	178
มากที่สุด	99	100	11	1	210
รวม	168	198	33	1	400

ตารางที่ 4.28 (ต่อ)

การรับรู้ด้าน ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัย				รวม	$\chi^2$
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>						<b>12.97</b>
น้อยที่สุด	1	0	0	0	1	
น้อย	3	8	1	0	12	
มาก	51	71	19	0	141	
มากที่สุด	113	119	13	1	246	
รวม	168	198	33	1	400	
<b>การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>						<b>3.57</b>
น้อยที่สุด	0	0	0	0	0	
น้อย	5	9	1	0	15	
มาก	149	180	31	1	361	
มากที่สุด	14	9	1	0	24	
รวม	168	198	33	1	400	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.28 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

1.1.2 ศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

1.1.3 ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

1.1.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

1.1.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

###### 1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 164,434 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้มาโดยการคำนวณจากสูตรของทาโร ยามานะ (Yamane) การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

###### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัว จำนวน 30 ข้อ และตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว จำนวน 30 ข้อ

###### 1.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวด้วยค่าร้อยละ วิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

### 1.3 ผลการวิจัย มีดังต่อไปนี้

**1.3.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.5 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.7 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.8

**1.3.2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.05$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50$ ) มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และความสามารถของตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.42, 3.41$  และ  $2.93$  ตามลำดับ) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.99$ )

**1.3.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านบวกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.89$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านโรคภัย และด้านอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 3.37, 3.08, 2.86$  และ  $2.78$  ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านลบ คือ ด้านอบายมุข กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$  และ  $1.59$  ตามลำดับ)

**1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านโรคภัย และด้านอบายมุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า อาชีพของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย และด้าน



สร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านโรคยา และด้านอบายมุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมี่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมี่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ และด้านอโรคยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอโรคยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

### 2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 **ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.8 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสถิติการศึกษาของประชากรในจังหวัดจันทบุรีที่มีงานทำ ซึ่งระบุว่าประชากรในจังหวัดจันทบุรีจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดจันทบุรีมีรายได้น้อย หลังจากจบการศึกษากลับบ้านแล้ว ไม่สามารถที่จะศึกษาต่อระดับสูงขึ้นไปได้

2.1.2 **อาชีพของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.2 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานเกษตรจังหวัดจันทบุรี (2548) ซึ่งระบุว่า คราวเรือนในจังหวัดจันทบุรี ประกอบอาชีพเกษตรกร ได้แก่ ทำสวน ทำไร่ ทำนา ทำประมงเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ และเลี้ยง



สัตว์มีจำนวนทั้งหมด 78,068 คราวเรือน คิดเป็นร้อยละ 47.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจังหวัดจันทบุรีมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มน้ำและชายฝั่งทะเล มีความชื้นสัมพัทธ์สูง มีฝนตกเกือบตลอดปี จึงเหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม

**2.1.3 รายได้ของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดจันทบุรีที่ระบุว่า รายได้ของประชากรต่อหัวต่อปีเท่ากับ 58,978 บาท (กรมพัฒนาชุมชน 2548) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีกับเส้นแบ่งความยากจนในปี 2545 เท่ากับ 1,000 บาท/เดือน/คน (สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2545) พบว่า ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรียังมีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งความยากจนมาก

**2.1.4 ลักษณะครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.8 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 68.7 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการสรุปสถานการณ์สังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) ที่พบว่า โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนมีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรเพื่อประกอบอาชีพ มีผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีการสร้างครอบครัวใหม่จึงต้องการความเป็นอิสระในการอบรมเลี้ยงดูขัดเกลาบุตร ความอิสระในด้านเศรษฐกิจและในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้โครงสร้างลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

## 2.2 การรับรู้ด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.42$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด คือ การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ( $\bar{X} = 3.55$  และ 3.55

ตามลำดับ) ส่วนข้ออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับมากทุกข้อ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การรวมพลังสร้างสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างกระแสสังคมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ครอบครัว และชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารด้านสุขภาพ ผ่านสื่อในรูปแบบต่าง ๆ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2545) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรณรงค์สร้างกระแสทาง สังคมที่ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรณรงค์เรื่องอาหารสะอาด รสชาติอร่อย รณรงค์เรื่องเมาไม่ขับจึงอาจเป็นผลให้ประชาชน ตระหนักถึงความสำคัญ เกิดจิตสำนึกและเห็นประโยชน์ ของการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

**2.2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ รับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.93$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงที่มี เป้าหมายให้ประชาชนทุกหมู่เหล่า ทุกท้องที่ ทุกเพศ ทุกวัย มีสุขภาพดีมีชีวิตอยู่เย็นเป็นสุข (ลือชา วนรัตน์ 2549: 8) โดยการรณรงค์การสร้างสุขภาพอย่างพร้อมเพียง การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน รับรู้และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองให้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2545: 4) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.99$ ) จึงอาจเป็นผลให้ประชาชนเกิดจิตสำนึกและตระหนักถึงความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในความสามารถและ ทักษะของตนเองจึงมีความมอดทน มีความมุ่งมั่น และไม่ทอดทิ้งที่จะปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

**2.2.3 การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.99$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับน้อยทุกข้อ ข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับนโยบายการสร้างกระแสทางสังคมเพื่อการสร้างสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ครอบครัว ประชาชน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพอันเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและเกิดจิตสำนึก เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2545) และสอดคล้อง กับเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ว่าการ กระทำนั้นไม่มีอุปสรรคขัดขวางหรือมีอุปสรรคขัดขวางน้อย ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพย่อมมีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้าน สุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.93$ ) จึงมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูง

**2.2.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.39$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้ว่าการ ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ยานพาหนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุมี โอกาส

เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตได้ และมีการรับรู้ว่าการเสพสิ่งเสพติดมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.56$  และ  $3.57$  ตามลำดับ) ส่วนข้ออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายการสร้างสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมกันสร้างกระแสสังคมที่มีจิตสำนึกและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย หรือลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือตายโดยไม่จำเป็น รวมทั้งช่วยให้ประชาชนมีความสามารถและมีโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถรับรู้ข้อมูล และข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ฯลฯ

**2.2.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทุกข้อ ยกเว้นมีการรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความเครียดสะสมเป็นเวลานาน ๆ อาจทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ และรับรู้ว่าการมีไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน เป็นผลให้หัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตอย่างฉับพลันได้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.36$  และ  $3.42$  ตามลำดับ) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายการสร้างสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วน ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ให้เกิดจิตสำนึกในการสร้างสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย และลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2545) โดยรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และสอดคล้องกับเบคเกอร์และคณะ (Becker and others, 1975: 12-20 อ้างถึงในสุนีย์ พลภานุมาศ 2546: 38) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือเจ็บป่วยแล้วก็จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

**2.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.3.1 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านโรคยาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.89$ ) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (สุคาร์ตัน เกษราพันธ์ 2545) โดยมุ่งการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนเข้ามาร่วมกันสร้างและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจและเลือกแนวทางอันจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2545) โดยในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายอย่างกว้างขวางเพื่อส่งเสริมและสร้างกระแสให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น และในปี พ.ศ.

2546 ได้เพิ่มการรณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งกวัดขันและควบคุมอาหารที่จำหน่ายในท้องตลาดให้มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ นอกจากนี้ ในวันที่ 18 ธันวาคม 2547 รัฐบาลพินดำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” เป็นวาระแห่งชาติ โดยการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ซึ่งได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก

### 2.3.2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการ

ออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยเกือบทุกข้อ ยกเว้นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อออกแรงในการทำงานบ้าน งานอาชีพ งานอดิเรก หรือในการเดินทางจนทำให้รู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.15$ ) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง แต่ขัดแย้งกับเป้าหมายการสร้างสุขภาพทั่วไทยปี พ.ศ. 2545-2547 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชน ได้รับรู้ ตระหนักและดูแลเอาใจใส่สุขภาพร่วมกันเพื่อการมีสุขภาพดีโดยการส่งเสริมให้ประชาชนหันมาสนใจในการออกกำลังกายอย่างยั่งยืน เป็นวิถีชีวิต ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น รณรงค์ให้ประชาชนออกกำลังกายพร้อมกันทั่วประเทศ ดังนี้ ได้แก่ ครั้งแรกภายใต้โครงการ “ขยับกาย สบายชีวี” เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2545 ครั้งที่ 2 โครงการ “วันรวมพลคนเลื้อยเหลือง” เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2546 ครั้งที่ 3 โครงการ “วันรวมพลคนเลื้อยฟ้า” เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2547 และครั้งที่ 4 โครงการ “รวมพลคนเลื้อยฟ้า ออกกำลังกายห่างไกลบุรี” เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2548 ตลอดจนสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกาย แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในปี 2545-2548 ได้มีการจัดสรรงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพียงร้อยละ 7-11 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อพิจารณางบประมาณการดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พบว่า รายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.4-0.8 ของงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.03-0.07 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (ป้าณบดี เอกะจัมปะกะและคณะ 2548) และอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 41.5 ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำอยู่แล้วจากการประกอบอาชีพ คือ การทำไร่ ทำสวน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำครอบครัวมีหน้าที่ในการทำงานหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว ทำให้

เหนื่อยล้าจากการทำงาน เมื่อเสร็จจากการทำงานแล้วจึงต้องการพักผ่อน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย รวมทั้งขาดแรงจูงใจและไม่มีการรวมกลุ่มกันเพื่อออกกำลังกาย นอกจากนี้ ในชุมชนที่อาศัยมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายไม่ทั่วถึง เช่น สวนสาธารณะหรือสถานบริการสำหรับออกกำลังกาย อุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย ฯลฯ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้นำครอบครัวมีการออกกำลังกายน้อย รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนการออกกำลังกายสำหรับประชาชนไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้นำครอบครัวขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย

**2.3.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.78$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของจังหวัดจันทบุรี (กรมพัฒนาชุมชน 2548) ซึ่งพบว่า คริวเรือนในจังหวัดจันทบุรีไม่รับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน ร้อยละ 97.6 และรับประทานอาหารควบคุมมาตรฐาน “อย.” ร้อยละ 98.1 และยังคงสอดคล้องกับนโยบายการสร้างสุขภาพโดยเฉพาะปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งกวดขันและควบคุมอาหารที่จำหน่ายในท้องตลาดให้มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ รวมทั้งกำหนดให้ปี 2547 เป็น “ปีแห่งความปลอดภัยด้านอาหาร” โดยกำหนดมาตรฐานอาหารบริโภคที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ และกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบการ รวมทั้งการใช้กฎหมายลงโทษผู้ประกอบการและพ่อค้าแม่ค้าที่จำหน่ายอาหารที่มีการปนเปื้อนสารอันตราย (สุดารัตน์ เกตุราพันธ์ 2547: 48) เป็นผลให้คนไทยตระหนักถึงความสำคัญในการเลือกซื้อ เลือกหา เลือกบริโภคอาหาร เรียนรู้ถึงคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร การเลือกเครื่องปรุง การปรุง การประกอบอาหาร ความสะอาดและอันตรายจากการปนเปื้อนเชื้อโรคต่าง ๆ ไปจนถึงอันตรายจากการปนเปื้อนด้วยสารเคมี จากยาฆ่าแมลงและสารเคมีอื่น ๆ ที่ใช้ในกระบวนการผลิต การเก็บรักษา และการถนอมอาหาร (ลีอชา วรรัตน์ 2549: 7) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงอยู่ในระดับมากที่สุด

**2.3.4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอารมณ์** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.08$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรธน์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองบ่อยครั้ง และสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพภายใต้แผนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (สุดารัตน์ เกตุราพันธ์ 2545: 2) ที่มีเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพในครอบครัว เช่น การมีพฤติกรรมการ

ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด เป็นต้น โดยการรณรงค์สร้างกระแสทางสังคมตามแผนการสร้างสุขภาพทั่วไทย อาจเป็นผลให้ประชาชน ครอบครัว มีความตระหนักถึงความสำคัญของการทำให้ครอบครัวมีความรัก ความอบอุ่น เข้าใจกันและการที่สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกัน มีการดูแลเอาใจใส่ทุกข์สุข รับฟังปัญหาและช่วยกันแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกันมากขึ้น และยังสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งกล่าวว่า การจัดการความเครียดเป็นการจัดการที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการลดปฏิกิริยาจากความตึงเครียด โดยความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามอาจมีสาเหตุจากทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคม โดยความเครียดส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดและสมอง เป็นต้น ซึ่งการที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถจัดการกับความเครียดได้ นอกจากนี้ วิถีชีวิตในชนบทมักมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พุดคุยหรือปรับทุกข์กับบุคคลใกล้ชิด เพื่อนสนิท ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงความรัก เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวอยู่ในระดับมากด้วย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยอยู่ในระดับมาก

**2.3.5 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.37$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของจังหวัดจันทบุรี (กรมพัฒนาชุมชน 2548) ซึ่งพบว่า คริวเรือนในจังหวัดจันทบุรีมีความอบอุ่น ร้อยละ 97.7 ไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ ร้อยละ 97.4 ร่วมกันป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 94.5 และมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 98.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมในครอบครัวให้เอื้อต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวบ่อยครั้งทุกกิจกรรม และยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” ที่รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตรได้ประกาศเป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 โดยมีเป้าหมาย เพื่อเตรียมประชาชนให้มีความพร้อมในการสร้างครอบครัวใหม่ให้เป็นครอบครัวแข็งแรง และพัฒนาครอบครัวที่มีอยู่แล้วทุกครอบครัวให้เป็นครอบครัวแข็งแรง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันสภาพปัญหาทางสังคมทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการแสดงความรัก ความอบอุ่น มีการดูแลเอาใจใส่ทุกข์สุข รับฟังปัญหา ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหาในครอบครัว และอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ย่อมส่งผลให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น

### 2.3.6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านโรคยา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโรคยาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.86$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากเกือบทุกกิจกรรมเช่นเดียวกัน ยกเว้นการปฏิบัติกิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.37$ ) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรธน์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีนาน ๆ ครั้ง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวภาคตะวันออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตกลงถือปฏิบัติเคร่งครัดน้อยในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม ต้องทำงานหารายได้เลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการตรวจสุขภาพ หรืออาจไม่มีเวลาไปตรวจสุขภาพ และอาจเป็นเพราะว่ารัฐบาลมีการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองโรคในระยะแรกให้ประชาชนน้อยไปเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการตรวจสุขภาพของข้าราชการ จึงอาจเป็นผลให้ผู้นำครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ และยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคในระยะแรก

### 2.3.7 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้าน

**อบายมุข** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอบายมุขอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.59$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยเกือบทุกกิจกรรม ยกเว้นการเสพยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 1.02$ ) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของเอกบุญ ฝึกไฟพวก และรักใจ บุญระดม (2545) ที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุร่าอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรธน์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการละเว้นสารเสพติดเป็นประจำ และยังคงสอดคล้องกับผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานในจังหวัดจันทบุรี (กรมการพัฒนาชุมชน 2548) ซึ่งพบว่า ครว้เรือนในจังหวัดจันทบุรีไม่ติดสุร่าและบุหรี ร้อยละ 97.2 และร้อยละ 91.6 ตามลำดับ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งมีเป้าหมายให้คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี การลดละเลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด (ลีชา วรรัตน์ 2549: 10) และยังคงสอดคล้องกับนโยบายการทำสงครามต่อต้านยาเสพติดเพื่อขจัดยาเสพติดให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย รวมทั้งมีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี พ.ศ. 2535 และในวันที่ 19

มกราคม 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8/2547 โดยกำหนดให้ บุหรี่ที่ผลิตหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องพิมพ์ฉลากรูปภาพคำเตือนพิษภัยบนของบุหรี่ (สุครัตน์ เกตุราพันธ์ 2547: 71) และมีการควบคุมการโฆษณาเครื่องเค็มแอลกอฮอล์และการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่างเข้าพรรษา ประชาชนจึงมีการปฏิบัติ ตามการณรงค์ทางสื่อต่าง ๆ เช่น โครงการณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา เลิกเหล้าเลิกจน และกระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกวันอาทิตย์เป็นวันครอบครัวแข็งแรง ให้สมาชิกครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้า และไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุข ซึ่งเป็นการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว (สุครัตน์ เกตุราพันธ์ 2547: 60) จึงอาจส่งผลให้ผู้นำครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญ เกิดกระแสในการดูแลสุขภาพและมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอบายมุขมากขึ้น

#### **2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี**

ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร คือ ระดับการ ศึกษาของผู้นำครอบครัว อาชีพของผู้นำครอบครัว รายได้ของผู้นำครอบครัว และลักษณะครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงบางตัวแปรเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำ ครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งสามารถอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

##### **2.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี**

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำ ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านโรคยาและด้านอบายมุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับ สมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งกล่าวว่า การศึกษาช่วยพัฒนา ความสามารถด้านสติปัญญา ทักษะและเจตคติของบุคคลให้สามารถใช้แหล่งประ โยชน์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้มีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ดี และมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่าการศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย กล่าวคือ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยและทำให้เกิด แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ

##### **2.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี**

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพของผู้นำครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบดังกล่าว



ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อาชีพของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย และด้านอโรคาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสุภัททา ปิณฑะแพทย์ (2537) ซึ่งกล่าวว่า อาชีพมีส่วนในการกำหนดรายได้ โดยผู้ประกอบการอาชีพที่มีรายได้มากย่อมสามารถแสวงหาสิ่งที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้มาก นอกจากนี้ อาชีพยังมีผลต่อโอกาสในการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น การแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อความสนใจทัศนคติ รวมถึงพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้างเมื่อเสร็จจากการทำงานประจำวันแล้ว ทำให้รู้สึกเหนื่อย ไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย หรือ ขวนขวายหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรค

#### 2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ของผู้นำครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า รายได้ของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย และด้านอาหารปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ซึ่งกล่าวว่า รายได้ของประชาชนมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ถ้าประชาชนมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องด้านสุขภาพ เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่จะให้ประโยชน์แก่ร่างกาย รายได้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีโอกาที่จะแสวงหาประโยชน์ต่าง ๆ หรืออุปกรณ์ทางด้านสุขภาพเพื่อมาดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ผู้นำครอบครัวที่มีรายได้สูงไม่ต้องวิตกกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับเพนเคอร์ (1987) ซึ่งกล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีรายได้สูงทำให้สามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการ สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.7

แต่อาจมีรายจ่ายด้านต่างๆ มากด้วยจึงทำให้รายได้ไม่เพียงพอที่จะเอื้อประโยชน์ให้ตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารปลอดภัยและด้านการออกกำลังกายได้

**2.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าว ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และด้านอโรควาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรธน์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรีในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าลักษณะครอบครัวขยายจะมีพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และเครือญาติให้ความรู้ คำแนะนำในสิ่งที่เป็ประโยชน์ ดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการเผชิญกับปัญหา ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลจากปัญหาต่างๆ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมทั้งดูแลช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงินให้สมาชิกในครอบครัวมีกรปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และด้านอโรควาได้ดีกว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยว

**2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี**

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

**2.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอโรควาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (สุदारตน์ เกยุราพันธ์ 2545) โดยมุ่งสร้างสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการ-

การพัฒนาสุขภาพ การพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนตระหนัก ตัดสินใจ และเลือกแนวทางที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี นอกจากนี้ ในวันที่ 18 ธันวาคม 2547 รัฐบาลพม่าตรวจโททักนิธ ซินวัตร ได้ประกาศยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” เป็นวาระแห่งชาติ และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดี จึงอาจส่งผลให้ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก

**2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านอโรคยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1996: 66) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อคำนึงถึงประโยชน์และคาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์นั้น ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากระแสสังคมในปัจจุบันให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับรัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยให้การดูแลแบบองค์รวมและมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางสื่อต่าง ๆ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

**2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านอโรคยาและด้านอบายมุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับบันดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ นั้น และการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติหรือความสามารถสูงก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมี

อิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะทำให้มีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=2.93$ ) จึงมีความคาดหวังถึงผลของการกระทำนั้นสูง เป็นผลให้มีการกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

**2.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ ด้านโรคยาและด้านอบายมุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีประโยชน์จึงลงมือกระทำ และเมื่อกระทำแล้วได้ประโยชน์คุ้มค่ากับการลงทุนหรือคุ้มค่าที่จะขจัดสิ่งขัดขวางหรืออุปสรรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพน้อยมีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=2.93$ ) และมีการรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=1.99$ ) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรม กำหนดความพยายามหรือความจริงจังที่จะปฏิบัติสิ่งที่ตนเองได้เลือก และยังมีความมุ่งมั่นยืนหยัดที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่ท้าทายหรือเป็นอุปสรรคในขณะที่ปฏิบัติสิ่งที่ต้องการอยู่ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.42$ ) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลริเริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

**2.5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ และด้านโรคยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอกบุญ ฝักไฝ่พวก และรักใจ บุญระดม (2545) ที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับเบคเกอร์และคณะ (Becker and others, 1974: 204-216) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคก็จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.39$ ) จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค

**2.5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี โดยรวม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีด้านอาหารปลอดภัย ด้านอารมณ์ และด้านอโรคาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอกบุญ ฝักไฝ่พวง และรักใจ บุญระดม (2545) ที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโดยรวม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และยังสอดคล้องกับเบคเกอร์และคณะ (Becker and others, 1974: 216) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือเกิดการเจ็บป่วยแล้วย่อมจะมีผลทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=3.50$ ) จึงมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบของการเกิดโรคซึ่งทำให้ร่างกายเกิดความพิการหรือเสียชีวิต ส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวดังต่อไปนี้

### 3.1.1 ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชน

1) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ดังนั้น ผู้นำครอบครัวควรมีการรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมและสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งกันและกันเพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนให้ตระหนักถึงความสำคัญและพัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัวให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและยั่งยืนตลอดไป

2) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้น ผู้ครอบครัว ครอบครัว และชุมชนควรร่วมกันพัฒนาทักษะการสร้างเสริมสุขภาพให้สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การร่วมกิจกรรมชมรมสร้างสุขภาพ การอบรมให้ความรู้โดยครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ตลอดจนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจนเป็นวิถีชีวิต

3) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวควรให้ความสำคัญเรื่องการออกกำลังกายและมีการออกกำลังกายร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที และเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ของหน่วยงานของรัฐบาล นอกจากนี้ ชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนของตนเองมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการรวมตัวกันจัดตั้ง “ชมรมสร้างสุขภาพ” ในชุมชนและสร้างเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้ครอบครัวและเข้าถึงทุกสถาบันของสังคมตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน โดยร่วมกันจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพสำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งสามารถช่วยลดงบประมาณในการรักษาพยาบาลของประเทศและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

### 3.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1) จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกสถาบันในสังคม ไม่ว่าจะเป็นในสถานที่ทำงาน ในชุมชน ฯลฯ เพื่อให้ผู้นำครอบครัวมีความรู้ มีการรับรู้ และมีทักษะต่าง ๆ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นและสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบรรลุลัทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”

2) จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน ควรให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนโดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับการศึกษา การจัดโปรแกรมความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายโดยคำนึงถึงความสนใจ ความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ ความแตกต่างของบุคคล และแรงจูงใจให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและปฏิบัติจนเป็นวิถีชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ ว่าผู้นำครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวไทยอันจะส่งผลถึงการบรรลุลัทธศาสตร์รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงต่อไป

3) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดทำสื่อสำหรับประชาสัมพันธ์ สนับสนุนวิชาการ รณรงค์ สนับสนุนให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายแก่ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว และมีการรณรงค์การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีการอบรมและสนับสนุนสื่อได้แก่ คู่มือ เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ซีดี ฯลฯ เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างจิตสำนึกและตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายและมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจนเป็นวิถีชีวิต นอกจากนี้ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขมากขึ้นเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายให้ประชาชนอย่างเพียงพอ รวมทั้งต้องมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวง

ศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข องค์การเอกชนต่าง ๆ ฯลฯ มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดตั้งสวนสุขภาพหรือสถานที่ออกกำลังกาย รวมถึงอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายที่เหมาะสมเพียงพอครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ มีการรณรงค์การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ สื่อบุคคล หอกระจายข่าว ฯลฯ เพื่อสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ และเกิดกระแสในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ ส่งผลให้ประเทศได้ทรัพยากรบุคคลที่แข็งแรง และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

3.2.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ดังนั้น เพื่อให้ได้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวครอบคลุมยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โรคติดต่อด้วย

3.2.2 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณอาจทำให้ไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกในการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

3.2.3 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มอื่น ๆ และพื้นที่อื่น ๆ จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษาต่อไป



## บรรณานุกรม

### บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง (2540) *จิตวิทยาทั่วไป* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร อักษรพิทยา
- เกษม ดันติพลลาชีวะ และกุลยา ดันติพลลาชีวะ (2528) *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ* กรุงเทพมหานคร  
 อรุณการพิมพ์
- \_\_\_\_\_ (2546) *การพัฒนาครอบครัว* กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
- เกษม นครเขตต์ (2537) “การส่งเสริมสุขภาพ: สภาวะปัจจุบันของประชากร” *จดหมายข่าวสำนัก  
 ประชากร* 11, 3 (กรกฎาคม - กันยายน): 18-20
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี (2548) *ผลการพัฒนางาน  
 ด้านสุขภาพจังหวัดจันทบุรี* จันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
- คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) *แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข  
 ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9  
 (2545-2549)* ม.ป.ท.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) *ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 สถานะสุขภาพคนไทย*  
 กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- จารุวรรณ ต. สกุล *จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการพยาบาลจิตเวช* กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- จินตนา युनिพันธ์ (2532) “การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการพยาบาล”  
*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 1, 3 (กันยายน-ธันวาคม): 44-45
- \_\_\_\_\_ (2545) “การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการพยาบาล”  
*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 11, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 42-58
- จิตรพันธ์ โพธิ์โพโรจน์ (2545) “พฤติกรรมมนุษย์ในครอบครัว” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการบริการ  
 และช่วยเหลือครอบครัว* หน่วยที่ 6 หน้า 29 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- จินดา บุญช่วยเกื้อกูล (2542) *การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพในสุขภาพเพื่อชีวิต* กรุงเทพมหานคร  
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ (2543) *จิตวิทยาทั่วไป* กรุงเทพมหานคร ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- จุมพล หนิมพานิช (2547) *ผู้นำ อำนวยการ และการเมืองในองค์กร* นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- จำนง อควิวัฒนสิทธิ์ และคณะ (2542) *สังคมวิทยา* พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย  
 ธรรมศาสตร์

- จรรยา สุวรรณทัต (2545) “คุณภาพชีวิตครอบครัวกับการสร้างระบบครอบครัว” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัว และครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 5 หน้า 5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ (2528) *จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้* กรุงเทพมหานคร กิ่งจันทร์การพิมพ์
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) *บรรณาธิการ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี ยุทธรินทร์การพิมพ์
- ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม (2544) *จิตวิทยาการเรียนการสอน* กรุงเทพมหานคร ภาควิชาประวัติธรรมชาติและจริยศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา (2542) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ชัยณรงค์ สังข์ข้าง (2543) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร” *การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- ชัชณะ รุ่งปัจฉิม (2545) “วิวัฒนาการและลักษณะครอบครัว” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 3 หน้า 71 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- ชูதிய ปานปรีชา (2541) “อารมณ์และสุขภาพ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาทั่วไป* หน่วยที่ 9 หน้า 529 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- ชินุทัตย์ กาญจนะจิตรรา และคณะ (2546) *สุขภาพคนไทย 2546* กรุงเทพมหานคร อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง
- ณรงค์ เล็งประชา (2538) *มนุษย์กับสังคม* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โอ.เอส. พรินต์ติ้งเฮาส์
- ดำรง บุญยสิน (2544) “เมื่อนำอยู่กับการพัฒนาสาธารณสุข” ใน *หลักการ แนวคิด และแนวทางดำเนินงานโครงการพัฒนาอาชีพอนามัยตามพื้นที่โครงการเมืองนำอยู่* หน้า 1-4 นนทบุรี กองอาชีพอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2549) *พฤติกรรมองค์กรการ* กรุงเทพมหานคร ไทโยพัฒนาพานิช
- นลินี โสธณสุทธิ (2550) *50 คุณแม่ผู้นำสร้างองค์กรดี* กรุงเทพมหานคร นำอักษรการพิมพ์
- นิคม วรรณราชู (2544) *ครอบครัว: พ่อแม่คือผู้นำ* กรุงเทพมหานคร ส.เอเชียเพรส
- นุชระพี สุทธิกุล (2540) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*

- บุญชม ศรีสะอาด (2535) *การวิจัยเบื้องต้น* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สุวีริยาสาส์น
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2535) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร  
สามเจริญพาณิชย์
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) *บรรณาธิการ ผู้ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง*  
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ
- ประเวศ วะสี (2536) *องค์รวมแห่งสุขภาพ: ทิศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชาติและการบำบัดรักษา*  
กรุงเทพมหานคร มูลนิธิโกมลคีมทอง
- \_\_\_\_\_ . (2541) *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพพอภิวัฒน์ชีวิตและสังคม* พิมพ์ครั้งที่ 2  
กรุงเทพมหานคร โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
- \_\_\_\_\_ . (2541) “ภาวะผู้นำ พยาธิสภาพในสังคมไทย และวิถีแก้ไข” ในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ  
สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ บรรณาธิการ *ผู้นำ* หน้า 42 พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร  
พิจเนศ พรินดิ่ง เซ็นเตอร์
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) *การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย* พิมพ์ครั้งที่ 2  
กรุงเทพมหานคร วังบูรพา
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณภา (2532) *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา*  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปานบดี และคณะ (2548) “การลงทุนด้านสุขภาพกับผลสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมการ  
ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” *วารสารสถานการณสุขภาพไทย* 2, 3 (มิถุนายน): 1-4
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2539) *จิตวิทยาการศึกษา* กรุงเทพมหานคร ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ
- พระประยูรย์ ปยุตโต (2542) “ภาวะผู้นำ” ในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และสุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ  
บรรณาธิการ *ผู้นำ* หน้า 42 พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร พิจเนศ พรินดิ่ง เซ็นเตอร์
- \_\_\_\_\_ . (2546) *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม* พิมพ์ครั้งที่ 12 กรุงเทพมหานคร  
การศาสนา
- พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2546) “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัย*  
*ครอบครัวในงานสาธารณสุข* หน่วยที่ 1 หน้า 8-15 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2547) “มุมมองเกี่ยวกับสุขภาพและระบบสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา*  
*ประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารสาธารณสุข* หน่วยที่ 1 หน้า 34-38 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

- พิสมัย จันทวิมล (2541) *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541* กรุงเทพมหานคร  
 โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานโรงงาน  
 อุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
 (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- มหาดไทย, กระทรวง กรมการปกครอง สำนักงานเลขาธิการกรมการปกครอง ฝ่ายประชาสัมพันธ์  
 (2548) *บันทึกนักปกครอง 2548* กรุงเทพมหานคร สำนักงานเลขาธิการกรมการปกครอง  
 \_\_\_\_\_ กรมการพัฒนาชุมชน ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท (2548) “รากฐานไทย ฐานข้อมูลเพื่อ  
 การพัฒนาชนบท” ค้นคืนวันที่ 21 พฤศจิกายน 2549 จาก  
[http://www.rakbankerd.com/01\\_jam/index.html](http://www.rakbankerd.com/01_jam/index.html).
- \_\_\_\_\_ กรมการปกครอง กองการเจ้าหน้าที่ ฝ่ายวางแผนอัตรากำลัง งานอัตรากำลังและระบบงาน  
 (ม.ป.ป.) *เกณฑ์การจัดชั้นอัตรากำลัง* กรุงเทพมหานคร งานอัตรากำลังและระบบงาน
- มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และคณะ (2542) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัด  
 ปัตตานี” *วารสารสุขภาพศึกษา* 22, 1 (มกราคม- เมษายน): 66 - 80
- มัลลิกา มดีโก (2530) “ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ” ในพิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ  
 บรรณาธิการ *การดูแลสุขภาพของตนเอง ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม* กรุงเทพมหานคร  
 ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- เมธี จันทจากรุณ (2547) “การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและ  
 แนวโน้มทางการบริหารสาธารณสุข* หน้าที่ 5 หน้า 195-199 นนทบุรี มหาวิทยาลัย  
 สุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตรสุขภาพ
- เยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และคณะ (2543) *กระบวนการสุขภาพกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*  
 กรุงเทพมหานคร ชิกม่าดีไซน์กราฟฟิค
- รังนี นพเกตุ (2540) *จิตวิทยาการรับรู้* กรุงเทพมหานคร ประกายพรีก
- รุจา ภูไพบูลย์ (2534) *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎี และการนำไปใช้* ขอนแก่น  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ลักขณา เตมศิริกุลชัย (2539) “กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย”  
*วารสารสุขภาพศึกษา* 19, 73 (พฤษภาคม - สิงหาคม): 25-35
- \_\_\_\_\_ (2544) “แนวคิดและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ” ใน *สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม*  
 หน้า 1 กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ลือชา วนรัตน์ (2549) “เมืองไทยแข็งแรง: ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพแห่งทศวรรษ” *เอกสารการ*

- ประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาผู้บริหาร: การประเมินคุณภาพบริการ** วันที่ 24-26 เมษายน 2549 โรงแรมสตาร์ ระยอง สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ หน้า 2-10
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542) **การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ** กรุงเทพมหานคร เจริญดีการพิมพ์
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) “พฤติกรรมศาสตร์: พฤติกรรมการใช้บริการ” **เอกสารประกอบการสัมมนา สุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 4 เรื่อง การพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อชีวิต** วันที่ 14-17 มีนาคม 2532 โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ เชียงใหม่
- วรรณดี จันทร์ศิริ (2546) “การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” **วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ วิชาเอกการพัฒนารอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**
- วาสนา สารการ (2544) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงาน อุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป” **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
- วิจิตร อากัปกรณ์ (2546) **สร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย: จากนโยบายสู่การปฏิบัติ** นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
- วิชัย เทียนถาวร และคณะ (2542) **การศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของ ประเทศไทย** นนทบุรี สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- วิเชียร วิทยอุดม (2548) **ภาวะผู้นำ** กรุงเทพมหานคร ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์
- วินัย ตะเกาพงศ์ (2530) **ธรรมมีอุปการะมาก อคติ 4 อบายมุข 4** กรุงเทพมหานคร การศาสนา
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539) **ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย** กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2541) **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2** กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2542) **จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและปฏิบัติการ** กรุงเทพมหานคร สุวีริยาสาสน์
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2542) **หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว** กรุงเทพมหานคร เจริญดีการพิมพ์
- ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ (2540) “ครอบครัวไทยในปัจจุบันและความต้องการความช่วยเหลือและ แทรกแซง” ใน **สถาบันครอบครัว มุมมองของนักสวัสดิการสังคม ศศิพัฒน์ ยอดเพชร บรรณาธิการ** กรุงเทพมหานคร สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ศาสตร์แห่งประเทศไทย
- ศรีวงศ์ หะวานนท์ (2533) **โครงการควบคุมการดื่มสุราเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจร สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข** กรุงเทพมหานคร อาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2544) “แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบ  
สาธารณสุข และการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาสาธารณสุข* หน่วยที่ 1 หน้า 6-7 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536) *การเปลี่ยนแปลงทางสังคม* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2542) “ภาวะผู้นำกับวิกฤตระบบราชการไทย” ในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ  
สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ บรรณาธิการ *ผู้นำ* หน้า 42 พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร พิมพ์แฉ  
พริ้นติ้ง เซ็นเตอร์
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2540) *คู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*  
กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก  
\_\_\_\_\_. (2545) *รายงานประจำปี 2545* นนทบุรี สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- \_\_\_\_\_. (2547) *คู่มือการอบรมแกนนำชมรมสร้างสุขภาพ เรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*  
*อาหารมีคุณค่าปลอดภัยและการมีสุขภาพจิตที่ดีสำหรับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข* นนทบุรี  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- \_\_\_\_\_. (2547) *การส่งเสริมสุขภาพสำหรับชมรมสร้างสุขภาพ* นนทบุรี สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2547) *รายงานประจำปี 2546* กรุงเทพมหานคร  
ราไทยเพรส  
\_\_\_\_\_. (2549) *รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการสุขภาพ พ.ศ. 2549* กรุงเทพมหานคร ชุมชุม  
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย  
\_\_\_\_\_. (2550) *คลังข้อมูลเพื่อสุขภาพ* ค้นคืนวันที่ 23 เมษายน 2550 จาก [http://www.  
healthmanual.com/bad.asp?content\\_id=#2](http://www.healthmanual.com/bad.asp?content_id=#2)
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมสุขภาพจิต (2539) *คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง* กรุงเทพมหานคร การศาสนา
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมอนามัย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 (2545) *รายงานการประเมินผลงาน*  
*ส่งเสริมสุขภาพของเขต 3 ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8* ชลบุรี  
ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ *สถิติ*  
*สาธารณสุข* ค้นคืนวันที่ 19 กันยายน 2549 จาก [http://www.//203.157.19.191/47%20table%  
202.3.4%20cause.xls](http://www.//203.157.19.191/47%20table%202.3.4%20cause.xls).
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมอนามัย สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข (2544) *เครื่องชี้วัดการประเมินผล*  
*การพัฒนาสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง*  
*แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9* กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์

- สมชาย สุขศิริเสรีกุล (2539) ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข  
4, 4 (ตุลาคม - ธันวาคม): 322-27
- สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ (2544) โครงการวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- สมโภช รติโอพาร (2547) “สถานะสุขภาพและดัชนีชี้วัด” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและ  
แนวโน้มทางการบริหารสาธารณสุข* หน่วยที่ 7 หน้า 66-68 นนทบุรี มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สมบัติ พึ่งเกษม (2544) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สรชัย พิศาลบุตร (2535) “การทดสอบโคสแควร์” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยทาง  
คหกรรมศาสตร์* หน่วยที่ 8 หน้า 421-439 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) “พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุดารัตน์ เกษราพันธุ์ (2545) *นโยบายสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*  
หน้า 1-2 นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
- \_\_\_\_\_ (2547) “ยุทธศาสตร์ 6 อ. ปูทางสร้างสุขภาพดีให้คนไทย” *สรุปผลการดำเนินงานตาม  
นโยบายรัฐบาล 4 ปี มิติสุขภาพคนไทย ก้าวสู่เมืองไทยแข็งแรง* หน้า 46-71 กรุงเทพมหานคร  
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย (2543) *ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ* พิมพ์ครั้งที่ 12 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- สุภาวดี นวลมณี (2541) *คู่มือคลายเครียด* กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สุภัททา ปิณฑะแพทย์ (2537) *จิตวิทยาพัฒนาการ* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร หอรัศนชัยการพิมพ์
- สุนีย์ พลภาณูมาศ (2546) “การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัย  
ก่อนเรียน (4-5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทคหกรรมศาสตร์  
มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช
- สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับ  
บริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์





- องค์การอนามัยโลก (2542) **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ** แปลจากนิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก โดยพิสมัย จันทวิมล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- อำพล จินดาวัฒนะ (2545) “การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ: การปฏิรูปสังคมและชีวิต” ใน **30 ประเด็นสุขภาพสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9** หน้า 232 กรุงเทพมหานคร โครงการตำราสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข
- \_\_\_\_\_. (2546) “ส่งเสริม-สร้างเสริมสุขภาพ” **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** 26, 2 (เมษายน - มิถุนายน): 11-17
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2536) “ความเครียดและคลายเครียด” **เอกสารการประชุมสัมมนาในระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง การประสานแผนการบริการผู้สูงอายุ** วันที่ 26-27 เมษายน 2536 ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพมหานคร
- อุไรวัฒน์ คชาชีวะ (2531) “บุหรี่ปริมาณต่อการทำงานของปอดอย่างไร” **วารสารใกล้หมอ** 12, 9 (กันยายน): 23
- อนูวัฒน์ สุภชติกุล และคณะ (2541) **บทบาทประชาชนส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข
- Ahijevych, K. and Bernhard, L. (1994). *Health Promoting Behaviors of African-American Women*. London: Nurs Rec.
- Bandura, A. (1997). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-hall.
- Becker, M.H. and others (1974). “The Health Belief Model and Sick- Role Behaviors.” *Health Education* 2: 409-417.
- Bomar, P.J. (1996). *Nursing and Family Health Promotion: Concepts, Assessment and Interventions*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders.
- Coburn, D. and Pope, C.R. (1974). “Socioeconomic Status and Preventive Health Behaviors.” *Journal of Health and Social Behavior*. 15: 67-78.
- Duffy, M.E. (1988). “Determinants of Health- Promotion in Midlife Women.” *Nursing Research*. 37: 358-362.
- Evan, M.S. and Nies, M.A. (1997). “The Effects of Daily Hassles on Exercise Participation in Perimenopause Women.” *Public Health Nursing* 14: 129-133.
- Garrison, K.C. and Magoon, R. (1972). *Education Psychology*. Columbus Ohio: Cheries E. Merrill Publishing.

- Gillis, A.J. (1993) "Determinants of Health- Promoting Lifestyles: An Integrative Review." *Journal of Advanced Nursing*. 18: 345-353.
- Green, L.W. and Kreuter, M.W. (1991). *Health Promotion Planning: An Education and Environment Approach*. 2<sup>nd</sup> ed. London: May-Frield Publishing.
- Hanson, S.M. and Boyd, S.T. (1996). *Family Health Care Nursing: Theory Pracetice, and Research*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E. and Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing Caring in Action*. Washington: Delmar Publisher.
- Jone, M. and Nies, M.A. (1996). "The Relationship of Perceived Benefits and Barriers to Reported Exercises in Older African Women." *Public Health Nursing* 13: 151-158.
- Jun, Y., (1999) "Perceived Benefits of and Barriers to Exercise and Exercise Activitiy among Female Undergraduate Students." Master Thesis of Nursing Science in Maternal and Child Nursing Chiang Mai University.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1993). *Nursing Assessment and Health Promotion: Strategies Through the Life Span*. 5<sup>th</sup> ed. Connecticut: Appleton and Lange.
- Nies, M.A., Vollman, M. and Cook, T. (1998). "Facilitators, Barriers and Strategies for Exercises in European American Woman in the Community." *Public Health Nursing*. 15: 263.
- Orem, D.E. (1985) *Nursing Concepts of Practices*. New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- Palank, C.L. (1991). "Determinants of Health- Promoting Behaviors." *Nursing Clinics of North America*. 30: 818.
- Pender, N.J. (1982) *Health Promotion in Nursing Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Appleton Century-Crofts.
- \_\_\_\_\_. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Appleton and Lange.
- \_\_\_\_\_ and others (1990). *Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace*. London: Nurs Res.
- \_\_\_\_\_. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3<sup>rd</sup> ed. London: Appleton and Lange.
- Stuibergen, A.K., Becker, H.A. (1994). Predictors of Health - Promoting Lifestyles in Person with Disability. *Research in Nursing and Health* 17: 3-13.
- Walker, S.N. and others (1987). *Health Promoting Lifestyles of Profile: Development and Psychomatic Characteristics*. Nurs Res.

## ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**  
**ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)**

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ชื่อ ดร. อมรรัตน์ ภิญโญอนันตพงษ์  
 วุฒิการศึกษา การศึกษาคุณวุฒิปริญญาตรี (การอุดมศึกษา)  
 ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
 สถานที่ทำงาน ศูนย์วิชาการประเมินผล สำนักทะเบียนและวัดผล  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
  
2. ชื่อ ดร. ยวดี รอดจากภัย  
 วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
 ตำแหน่ง ศาสตราจารย์พิเศษคุณวุฒิปริญญาตรี (สุขศึกษาและพลศึกษา)  
 สถานที่ทำงาน รองคณบดีฝ่ายวิจัยและประกันคุณภาพ / อาจารย์  
ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
  
3. ชื่อ ดร. มุกดา สำนวนกลาง  
 วุฒิการศึกษา ศึกษาศาสตรคุณวุฒิปริญญาตรี (ประชากรศาสตร์)  
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว  
 สถานที่ทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 1 กรมอนามัย
  
4. ชื่อ นางวรรณดี จันทร์ศิริ  
 วุฒิการศึกษา คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาคอปรครัวและสังคม)  
 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว  
 สถานที่ทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย

**แบบสอบถาม****เรื่อง****ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ  
ของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี****คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม**

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
3. แบบสอบถามนี้มี 3 ตอน คือ
  - ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว
  - ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัว
  - ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ.

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

นางสาวรัตนะ สะอาด นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา  
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ  
ของผู้นำครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

## ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย  ลงใน ( ) หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับ  
สภาพความเป็นจริงมากที่สุด

1. ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. ปวส. หรืออนุปริญญา	<input type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
2. อาชีพของผู้นำครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. แม่บ้าน / พ่อบ้าน	<input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> 3. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง/ พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> 5. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	
3. รายได้ของผู้นำครอบครัวต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 5,001 บาท	<input type="checkbox"/> 2. 5,001 – 10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 10,001 – 15,000 บาท	<input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 15,000 บาท
4. ลักษณะครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก พ่อและลูก หรือแม่และลูก
<input type="checkbox"/> 2. ครอบครัวขยาย ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก และญาติของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่าย



## ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมาก

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
<u>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</u>				
1. การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกาย	.....	.....	.....	.....
2. การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง	.....	.....	.....	.....
3. การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำสามารถป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ได้	.....	.....	.....	.....
4. เมื่อมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ การค้นหาปัญหาและแก้ไขที่สาเหตุจะทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ	.....	.....	.....	.....
5. การทำกิจกรรมร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความรักและความมั่นคงด้านจิตใจของครอบครัว	.....	.....	.....	.....
6. การเสพสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ยาเสพติด ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม	.....	.....	.....	.....
<u>การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ</u>				
7. ท่านสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที	.....	.....	.....	.....
8. ในแต่ละวันท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ได้	.....	.....	.....	.....
9. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดโทษต่อร่างกายได้ เช่น อาหารรสเค็มจัด อาหารรสหวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
10. ท่านสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยตนเองได้	.....	.....	.....	.....
11. ท่านสามารถเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นได้	.....	.....	.....	.....
12. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเสพสิ่งเสพติดได้	.....	.....	.....	.....

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
<b>การรับรู้อุปสรรคของตนเองด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</b>				
13. การที่ท่านไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพราะมีอุปสรรคบางประการ เช่น ไม่มีเวลา ไม่ชอบ ไม่มีสถานที่/อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
14. การที่ท่านไม่สามารถรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่เพราะมีอุปสรรคบางประการ เช่น ไม่ชอบอาหารบางชนิด ไม่มีเงินซื้อ ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
15. กรณีที่มีปัญหาไม่เคยปรึกษาใครเพราะมีอุปสรรคบางประการ เช่น ไม่มีคนที่นำไปปรึกษา ชอบแก้ปัญหาด้วยตนเอง รู้สึกอายไม่อยากบอกใคร ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
16. การที่ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพราะมีอุปสรรคบางประการ เช่น ภาระงานมากเกินไป เวลาว่างไม่ตรงกัน สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
17. การที่ท่านไม่สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยเพราะรู้สึกอึดอัด รำคาญ ไม่สะดวกในการขับขี่ ขับขี่ระยะใกล้ ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
18. การที่ท่านไม่สามารถงดสิ่งเสพติดได้เพราะต้องเข้าสังคม ชอบดื่ม มีปัญหาครอบครัว คิดว่าการเสพติดช่วยแก้ปัญหาได้ ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</b>				
19. บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
20. บุคคลที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
21. ความเครียด ความวิตกกังวล อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคความดันโลหิตสูงได้	.....	.....	.....	.....
22. ความรัก ความเข้าใจกัน และการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาครอบครัวได้	.....	.....	.....	.....
23. การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ขับขี่ยานพาหนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิตได้	.....	.....	.....	.....
24. การเสพติดสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ฯลฯ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้	.....	.....	.....	.....

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้			
	น้อย ที่สุด	น้อย	มาก	มาก ที่สุด
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>				
25. โรคเบาหวานถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน กับหลอดเลือดและอวัยวะต่าง ๆ และอาจรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตได้	.....	.....	.....	.....
26. บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจทำให้ เกิดเส้นโลหิตในสมองแตก เป็นอัมพาต และเสียชีวิตได้	.....	.....	.....	.....
27. บุคคลที่มีความเครียดสะสมเป็นเวลานาน ๆ อาจทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้	.....	.....	.....	.....
28. อุบัติเหตุที่เกิดจากการขับขี่ยานพาหนะทำให้บาดเจ็บ อาจพิการหรือเสียชีวิตได้	.....	.....	.....	.....
29. การมีไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ หรือตัน เป็นผลให้หัวใจขาดเลือดได้และเสียชีวิตอย่างฉับพลันได้	.....	.....	.....	.....
30. การดื่มสุราเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทำให้บาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตได้	.....	.....	.....	.....

### ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับท่านปฏิบัติตามความเป็นจริงมากที่สุด  
 มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบได้กระทำสิ่งนั้นเป็นประจำ/สม่ำเสมอ  
 มาก หมายถึง ผู้ตอบได้กระทำสิ่งนั้นบ่อยครั้ง  
 น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้กระทำสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง/ไม่สม่ำเสมอ  
 น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบได้กระทำสิ่งนั้นนาน ๆ ครั้ง/ไม่เคยกระทำสิ่งนั้นเลย

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
<b>ออกกำลังกาย</b>				
1. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	.....	.....	.....	.....
2. ท่านมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น การก้มลงเอามือแตะที่พื้นหรือปลายเท้า การเอามือประสานกันและดันขึ้นเหนือศีรษะ การเอียงตัว เอียงคอและหยุดค้างไว้ ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
3. ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อออกแรงในการทำงานบ้าน งานอาชีพ งานอดิเรกหรือในการเดินทาง จนทำให้รู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก	.....	.....	.....	.....
4. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออกทุกครั้ง	.....	.....	.....	.....
5. ท่านปฏิบัติตามหลักในการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน คือ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	.....	.....	.....	.....
<b>อาหารปลอดภัย</b>				
6. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่	.....	.....	.....	.....
7. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสี สารเจือปน เช่น ผงชูรส สีผสมอาหาร สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
8. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ ลวก หรือปิ้งย่างจนไหม้เกรียม	.....	.....	.....	.....
9. ท่านตัดสินใจเลือกซื้ออาหารสด (เช่น เนื้อ ปลา กุ้ง ผัก ผลไม้) โดยดูป้ายสัญลักษณ์ “อาหารปลอดภัย” ประกอบการตัดสินใจ	.....	.....	.....	.....
10. ท่านตัดสินใจเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ โดยดูป้ายสัญลักษณ์ “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย” ประกอบการตัดสินใจ	.....	.....	.....	.....
11. ท่านเลือกซื้ออาหารแปรรูปบรรจุ (เช่น อาหารกระป๋อง) โดยดูเครื่องหมาย “อย. ที่มีเลขทะเบียน” วันผลิต /วันหมดอายุ ประกอบการตัดสินใจ	.....	.....	.....	.....

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม			
	น้อย ที่สุด	น้อย	มาก	มาก ที่สุด
<u>อารมณ์</u>				
12. ท่านค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ	.....	.....	.....	.....
13. ท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ดูละคร ชมภาพยนตร์ ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
14. ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	.....	.....	.....	.....
15. ท่านรู้สึกมีคุณค่าที่ได้อุทิศตนช่วยเหลือบุคคลอื่น หมู่บ้านหรือชุมชน	.....	.....	.....	.....
16. เมื่อท่านมีปัญหา ไม่สบายใจท่านพูดคุยหรือปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด <u>อนามัยสิ่งแวดล้อม</u>	.....	.....	.....	.....
17. ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย	.....	.....	.....	.....
18. ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย	.....	.....	.....	.....
19. สมาชิกในครอบครัวของท่านรักใคร่ ห่วงใย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน	.....	.....	.....	.....
20. สมาชิกในครอบครัวของท่านเอื้อเพื่อ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	.....	.....	.....	.....
21. สมาชิกในครอบครัวของท่านทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร ร่วมกัน ทำงานบ้านร่วมกัน ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
<u>อโรคนยา</u>				
22. ท่านควบคุมน้ำหนักตัว โดยการออกกำลังกายและหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	.....	.....	.....	.....
23. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย เช่น อาหารรส เค็มจัด อาหารรสหวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
24. ท่านมองโลกในแง่ดีและทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ	.....	.....	.....	.....
25. ท่านสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ	.....	.....	.....	.....
26. ท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง	.....	.....	.....	.....
<u>อบายมุข</u>				
27. ท่านดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	.....	.....	.....	.....
28. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม100 ฯลฯ	.....	.....	.....	.....
29. ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้น	.....	.....	.....	.....
30. ท่านเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ฯลฯ	.....	.....	.....	.....

**ภาคผนวก ข**  
**หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย**

ที่ ศธ. 0522.21 /

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 กันยายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัตนะ สะอาด นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัว และสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวใน จังหวัดจันทบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวนักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ชั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องตามหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิตตินันท์ เคนหะคุปต์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ที่ ทม 1312/

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

มิถุนายน 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

เนื่องด้วย นางสาวรัตนะ สะอาด นักศึกษาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนา  
ครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้นำครอบครัวใน  
จังหวัดจันทบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้นำครอบครัวในตำบล.....  
อำเภอ.....จำนวน..... คน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูล  
เพื่อการวิจัยในพื้นที่ดังกล่าวตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน  
และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิตตินันท์ เคะหะคุปต์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639



**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวรัตนะ สะอาด
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	23 มีนาคม 2503
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี
<b>ประวัติการศึกษา</b>	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2533 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2535
<b>สถานที่ทำงาน</b>	โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
<b>ตำแหน่ง</b>	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7