

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

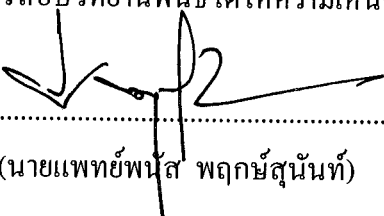
ชื่อและนามสกุล นางสาวพัชรา ชุ่มชูจันทร์

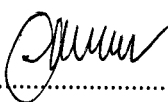
วิชาเอก การพัฒนาครอบครัวและสังคม

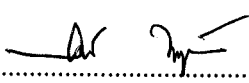
สาขาวิชา มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา โพร้น้อย
2. รองศาสตราจารย์สุจิตรา หังสพฤกษ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว


.....ประธานกรรมการ
(นายแพทย์พนัส พฤกษ์สุนันท์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา โพร้น้อย)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุจิตรา หังสพฤกษ์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอก
การพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

วันที่13..... เดือน.....กันยายน..... พ.ศ. 2550...

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผู้วิจัย นางสาวพัชรา ชุ่มชูจันทร์ ปริญญา คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาคครอบครัวและสังคม)
 อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา โพธิ์น้อย (2) รองศาสตราจารย์สุจิตรา หังสพฤกษ์
 ปีการศึกษา 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2) ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (3) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 42.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา / ต่ำกว่า ร้อยละ 38.2 มีอาชีพค้าขาย / บริการ ร้อยละ 40.0 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.0 เคยไปใช้บริการจากโรงพยาบาล / สถานีอนามัย ร้อยละ 86.8 เคยไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ / สวนสุขภาพ / สถานที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ ร้อยละ 75.5 (2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ร้อยละ 59.0 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.8 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 (3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.07$) (4) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล / สถานีอนามัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ / สวนสุขภาพ / สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ (5) ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

คำสำคัญ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำครอบครัว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

Thesis title: Factors Related to Health-Promoting Behaviors of Family Leaders in the Eastern Region of Thailand

Researcher: Miss Patchara Chumchugan; **Degree:** Master of Home Economic (Family and Social Development); **Thesis advisors** (1) Dr.Wannapa Ponoy, Associate Professor; (2) Sujitra Hungspruke, Associate Professor; **Academic year:** 2006

ABSTRACT

The purposes of this research were (1) to study personal factors of family leaders in the eastern region of Thailand, (2) to study family factors of family leaders in the eastern region of Thailand, (3) to study health-promoting behaviors of family leaders in the eastern region of Thailand, (4) to analyze personal factors related to health-promoting behaviors of family leaders in the eastern region of Thailand, (5) to analyze family factors related to health-promoting behaviors of family leaders in the eastern region of Thailand.

The research samples were 400 family leaders in the eastern region of Thailand who were randomly selected by the multi-stage random sampling and simple random sampling techniques. Questionnaires constructed by researchers were used for data collection. Data were analyzed by the computer program. Statistics used for data analysis were percentage, means, standard deviation, and the Chi-square test.

The research results were as follows: (1) the majority of the samples were male (93.8%), aged between 31- 40 years (42.0%), had primary education or lower (38.2%), most occupations were merchants and services (40.0%), their incomes ranged between 5,000 -10,000 bath a month (70%), used services in the hospitals /public health centers (86.8%), used public parks /health parks /exercise places, (57.5%) and never used services in health clubs (75.5%); (2) the majority of the samples had insufficient income for their cost of living (59.0%), were from the nuclear family (64.8%), and the family relationships were moderate (48.0%), (3) the health-promoting behaviors of the samples were at the moderate level ($\bar{X}=1.07$), (4) the personal factors related to health-promoting behaviors of family leaders in the eastern region of Thailand at the .001 level of statistical significance were: age, education level, occupation, income, services received from hospitals /public health centers, public parks /health parks /exercise places, health clubs; (5) family factors related to health-promoting behaviors at the .001 level of statistical significance were income insufficient and family relationships.

Keywords : Health-promoting behaviors, Family leaders, Eastern region of Thailand

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา โปธิน้อย และ รองศาสตราจารย์สุจิตรา หังสพฤกษ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้แนวคิด และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตลอดจนปรับปรุง แก้ไข ข้อบกพร่อง พร้อมทั้งให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจ นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบ แก้ไข และให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่วิจัยทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง ผู้นำครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน

ขอขอบพระคุณอาจารย์ทฤณฑ์ บุญทับ คุณวรรณดี จันทศิริ คุณรัตนะ สะอาด คุณสุพรรณิ สุกันวานิต และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของบิดามารดา และครูอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ความรู้ เป็นผลให้ผู้วิจัยประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

พัชรา ชุ่มชูจันทร์

พฤษภาคม 2550

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological transition) กล่าวคือ ปัญหาสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อ (Communication disease) เป็นโรคไม่ติดต่อ (Non - communication disease) ที่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต (Health - related behavior) ที่ไม่ถูกต้อง โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน อุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา 2542) ซึ่งจากข้อมูลและสถิติที่รายงานในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุการตายของประชาชนไทยเป็นโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เช่น จากรายงานข้อมูล ปี 2539 - 2543 พบว่าอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน มีสาเหตุที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2545) ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเอง ตั้งแต่การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย และไม่รู้จักผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ซึ่งสาเหตุการตายเหล่านี้สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้หากประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน (สมบัติ พึ่งเกษม 2544)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น เกิดศักยภาพที่ถูกต้องและมีความผาสุกของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Murray and Zentner 1993: 659) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ใช้การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อให้ประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้โรคไม่ติดต่อหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีแนวโน้มลดลง และเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการมีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพที่ดี รัฐบาลโดย ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร จึงประกาศ
วาระแห่งชาติให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพโดยน่านโยบายสร้างนำซ่อมสุขภาพ
โดยใช้ 6 อ. เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จและเป็นกลยุทธ์ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของคนไทยทุกระดับตั้งแต่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย
มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายสร้างนำซ่อมให้ครอบคลุมตามตัวชี้วัด
สุขภาพ 6 อ. ดังนี้ อ. ที่ 1 อาหาร เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัย
ถูกสุขลักษณะและมีคุณค่าทางโภชนาการ อ. ที่ 2 ออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ประชาชน
มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม
อ. ที่ 3 อารมณ์ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี รู้จักจัดการความเครียดและสามารถเผชิญกับ
ปัญหา รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่
การมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี อ. ที่ 4 อโรคยา เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรค
และลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหลอดเลือด
และหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง อ. ที่ 5 อนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้
ประชาชนอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อ. ที่ 6 อบายมุข เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรม
ที่หลีกเลี่ยง ลด ละ เลิกสิ่งเสพติดที่ให้โทษแก่ร่างกายทุกชนิด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2549) โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เช่น การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
สุขภาพ เช่น การสร้างสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย การส่งเสริมให้สถาน
บริการของรัฐจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้เข้าถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน การณรงค์สร้าง
กระแสในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและถูกต้องเหมาะสม
ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด มีบทบาทหน้าที่ให้
ความรัก ความอบอุ่น อบรมเลี้ยงดู จัดการทรัพยากรเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งบทบาท
ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่เกิดจนสิ้นอายุขัย ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพ จึงกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็น
สถาบันเบื้องต้นทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการด้านสุขภาพของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้นำ
ครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดำเนินชีวิตครอบครัวและมีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการโน้มน้าว
ชักจูง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้
เพราะพฤติกรรมของผู้นำครอบครัวมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ ทัศนคติ ค่านิยมของสมาชิกใน
ครอบครัว ซึ่งหมายรวมถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแบบแผนการบริโภคอาหาร
การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การป้องกันโรค การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ

และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดใจให้โทษแก่ร่างกาย ดังนั้น ครอบครัวที่บิดามารดาซึ่งเป็นผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะเป็นแบบอย่างที่ดีทำให้สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย (รุจา ภูไพบูลย์ 2537)

อย่างไรก็ตาม นโยบายการพัฒนาของประเทศไทยที่ผ่านมา จากประเทศเกษตรกรรมสู่ประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออก มีการขยายตัวด้านอุตสาหกรรม มีการอพยพย้ายถิ่นของผู้นำครอบครัวจากภูมิภาคอื่น ๆ เข้ามาประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออก ต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบเพื่อทำงาน หรือใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน ทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่เร่งรีบขาดความตระหนักถึงคุณค่าและความปลอดภัยของอาหาร รวมทั้งการอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สูญเสียสมรรถภาพการทำงาน เสียเวลาในการประกอบอาชีพ ครอบครัวขาดรายได้ เสี่ยงค่ารักษาพยาบาลและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (วรรณดี จันทศิริ 2546)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวให้มีสุขภาพดีและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 2.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย
- 2.2 ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย
- 2.3 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของ

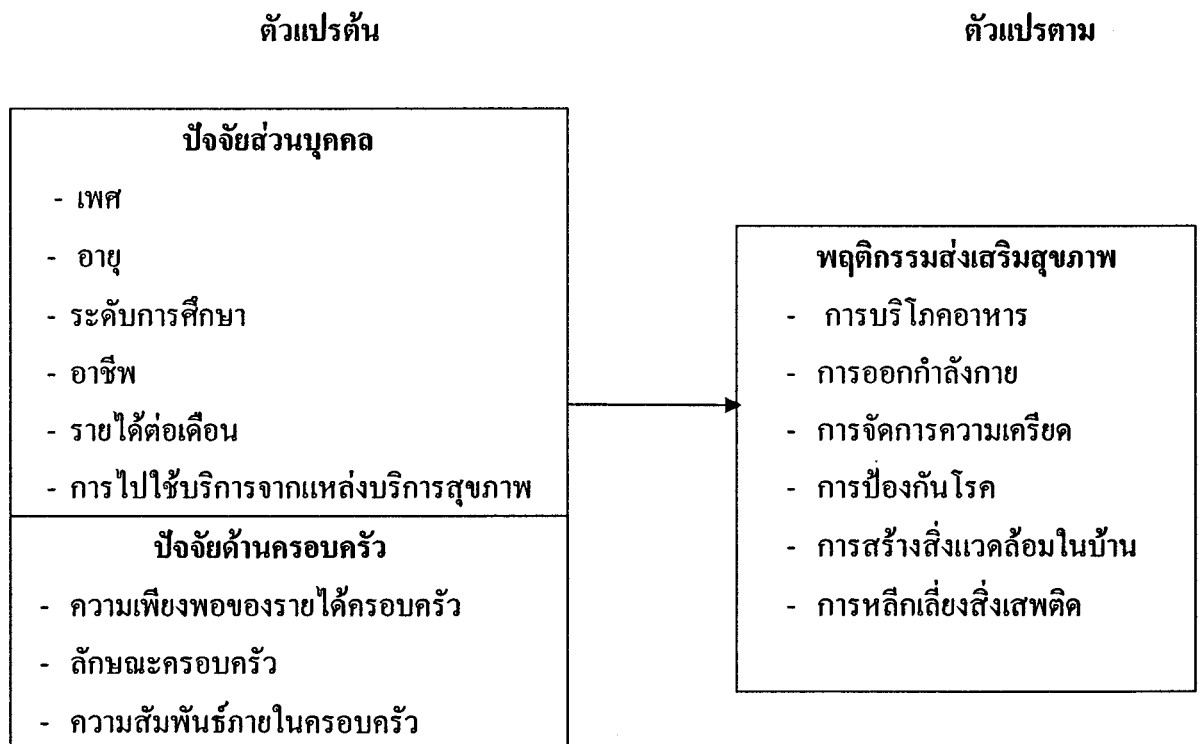
ประเทศไทย

2.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

2.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

5. ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตของการวิจัย ดังต่อไปนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ และนครนายก จำนวน 2,061,254 คน

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัว ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร แบ่งออกเป็น

5.3.1 ตัวแปรต้น คือ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

5.3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด

5.4 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2549

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะเพื่อการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

6.1 ผู้นำครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวให้การยอมรับ และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

6.2 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของผู้นำครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ

6.3 การไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ หมายถึง การเคยไปใช้บริการด้านสุขภาพของผู้นำครอบครัวจากแหล่งบริการสุขภาพต่อไปนี้ โรงพยาบาล/สถานีนอนมัย สวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และชมรมสร้างสุขภาพ

6.4 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว หมายถึง สภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

6.5 ลักษณะครอบครัว หมายถึง การอยู่ร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร บิดาและบุตร มารดาและบุตร หรือครอบครัวที่ไม่มีบุตร

ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และเครือญาติของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาศัยอยู่ด้วยกัน

6.6 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำครอบครัวกับสมาชิกในครอบครัวในด้านความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือเกื้อกูล การดูแลความเป็นอยู่ การมีเวลาให้แก่กัน

6.7 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด

6.7.1 การบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มันและเค็มจัด การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสีหรือสารกันบูด การเลือกซื้ออาหารสด อาหารปรุงสำเร็จหรือ

อาหารที่ถูกสุขลักษณะ การเลือกซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย ออ. ที่มีเลขทะเบียน วันผลิต/วันหมดอายุ

6.7.2 การออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 20 - 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ รวมทั้งมีการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

6.7.3 การจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำเพื่อผ่อนคลายความเครียดและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม คือ การค้นหาสาเหตุของความเครียดและแก้ไขที่สาเหตุเมื่อมีความเครียด การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ชมภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ การยอมรับสภาพปัญหาและคิดในแง่บวก การอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น หมู่บ้านหรือชุมชน การพูดคุย หรือปรึกษาหารือกับบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีปัญหา

6.7.4 การป้องกันโรค หมายถึง การดูแล เอาใจใส่ สุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อการมีสุขภาพดี โดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย การมองโลกในแง่ดีและทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ การสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ และการหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี

6.7.5 การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ คือ การจัดบ้านให้สะอาด ปราศจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การกำจัดแหล่งน้ำขังและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณบ้าน การหมั่นตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุในบ้าน การแสดงความรักความห่วงใยแก่สมาชิกในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

6.7.6 การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด หมายถึง การปฏิเสธหรือการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธการดื่มสุรา เบียร์ ไวท์ ยาแดงเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทั่งแดง ลิโพ เอ็ม 100 การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธการสูบบุหรี่หรือยาเส้น และการปฏิเสธการเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน ฯลฯ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้

7.1 บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องในด้านการพัฒนาสังคม สามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้เป็นต้นแบบที่ดีของครอบครัวและสังคมต่อไป

7.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

7.3 เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้นำครอบครัวและครอบครัวต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

กอชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2532: 44-45) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ รวมถึงพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง ค่านิยม แรงจูงใจ ความรู้ ซึ่งครอบคลุมภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และลักษณะเฉพาะตน

สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger and Lipson, 1985: 14) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลต้องกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น เพนเดอร์ (Pender, 1987: 4) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของครอบครัว ชุมชน และสังคม

วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1991: 76) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำทางบวกของชีวิตซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและ

สมปรารถนาของบุคคล

กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991: 4) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 2 ลักษณะคือ

ลักษณะที่หนึ่ง มองที่ตัวบุคคลซึ่งจะเน้นที่การปฏิบัติตนเองเพื่อให้สุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด

ลักษณะที่สอง มองที่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของการมีสุขภาพดี ซึ่งอธิบายได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการจัดสุขภาพ (การศึกษาด้านสุขภาพ) การสนับสนุนด้านองค์กร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

พาแลง (Palank, 1991: 818) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being) พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่ดี การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

เมอร์เรย์และเซนท์เนอร์ (Murray and Zentner, 1993: 659) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น เกิดศักยภาพที่ถูกต้องและมีความผาสุกของบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อยกระดับให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอันนำไปสู่ความผาสุก มีศักยภาพสูงสุดของบุคคลอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของครอบครัว ชุมชนและสังคม

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

เลวี และคณะ (Levey and others, 1984 อ้างถึงใน วาสนา ปุณณณิรัตน์ 2532) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีวิถีชีวิตที่ดี ดังนี้

1. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา รับประทานอาหารเข้าทุกวัน ไม่รับประทานอาหารรสจัด ไม่รับประทานอาหารจุกจิก นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2. สนใจความต้องการของร่างกาย เช่น ถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ หมั่นตรวจร่างกายประจำปี

3. สุขภาพทางสังคม ได้แก่ การมีบทบาทที่ดีต่อคนในครอบครัว เพื่อน สังคม และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

4. สุขภาพทางอารมณ์ ประกอบด้วยความสามารถในการทำงาน การเรียน มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง รู้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ไม่ใช่สารเสพติดหรือ การหลีกเลี่ยงหนีปัญหา

5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ คือ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกบนพื้นฐานคุณค่าแห่งชีวิต เป็นความรู้สึกถึงสิ่งดี ๆ และเคารพต่อธรรมชาติ

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 138) ได้ศึกษาแบบแผนแนวความคิดการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyles and Health Habit Assessment : LHHA) ของบุคคลทั่วไปแล้วสร้างเป็น เครื่องมือวัดพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (General competence in self-care) เป็น พฤติกรรมการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสนใจในการหาความรู้ การสังเกตความผิดปกติ ของร่างกายที่เกิดขึ้น

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition practices) เป็นรูปแบบการรับประทาน อาหาร ลักษณะนิสัย ลักษณะอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นวิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์ การสนใจและ เข้าร่วมกิจกรรม ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย รวมถึงการรักษาสมดุลของร่างกายเมื่อนั่งหรือยืน

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นระยะเวลาในการนอนหลับ ความพอใจในการนอนหลับ สภาพการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ อุปกรณ์ เครื่องนอน วิธีจัดสาเหตุการนอนไม่หลับ เทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มี ประสิทธิภาพเพื่อให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพสูงสุด

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อ ผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักและการยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน (Self actualization) เป็นความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มี คุณค่าในตนเอง

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการตระหนักถึงในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว และเชื่อว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้จะต้องเป็นจริง

8. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationship with others) เป็นการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและมีประโยชน์ต่อบุคคลนั้น เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การช่วยให้ลดความตึงเครียด และการช่วยแก้ไขปัญหาคืออื่น ๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment control) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อกันไม่ให้ตนเองได้รับอันตรายทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น การดูแลความเรียบร้อย และถูกสุขลักษณะของที่อยู่อาศัย การหลีกเลี่ยงจากมลพิษต่าง ๆ เช่น อากาศเป็นพิษ และสารพิษต่าง ๆ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการไปใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการสุขภาพทั้งเมื่อปกติและเจ็บป่วย เช่น การหาข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพของตนเอง การตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายจากบุคลากรด้านสุขภาพ

วอล์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1991: 76-81) ได้นำคำถามจากแบบประเมินการดำเนินชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์มาปรับปรุงให้ได้รูปแบบการวัดการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านได้แก่

1. การบรรลุเป้าหมายในชีวิต หมายถึงการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต มีการกระทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น

2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การตรวจร่างกายสม่ำเสมอ การแสวงหาความรู้และปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ

3. การออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

4. การรับประทานอาหาร เป็นกิจกรรมที่กระทำการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและมีคุณค่าทางโภชนาการ

5. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน เป็นความรู้สึกลึกซึ้งสนิทสนม มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อน

6. การจัดการกับความเครียด เป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 22) ได้กล่าวถึงหลักในการรักษาสุขภาพสำหรับคนทุกวัยว่าประกอบด้วยพฤติกรรม ดังนี้

1. การกินเป็น หมายถึง การกินอาหารที่ถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันมาก และงดเว้นอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น สุรา ชา และกาแฟ เป็นต้น

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ ทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคุณภาพของการนอนขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจ สิ่งแวดล้อม หากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่เคร่งเครียดจะทำให้หลับได้ดี

3. อยู่เป็น การอยู่เป็นนอกจากจะรู้จักรักษาสุขภาพที่ดีแล้ว ยังรวมถึงการรู้จักออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เกิดการตื่นตัวและคงความสดชื่น การมองโลกในแง่ดี หลีกเลี่ยงการเป็นโรค ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม ทำความเข้าใจและยอมรับสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผล จะช่วยให้ปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น และอย่าคาดหวังจากสังคมมากเกินไป

นิคม มูลเมือง (2541: 51) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรม 8 ประการ คือ

1. ลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้น้อยที่สุด
2. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเครื่องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสารเสพติด
3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัยมีการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน
4. ลักษณะนิสัยการกินที่ดีมีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ
5. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
6. การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ
7. หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด
8. การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์ (2550) กล่าวว่า สุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนเรามีอิทธิพลมาจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้

1. การบริโภคอาหาร
2. การจัดการความเครียด

3. การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย
4. การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสพติดให้โทษแก่ร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดของเมืองไทยแข็งแรง ที่ได้ตั้งเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จด้านสุขภาพไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร สุขภาพ ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านโอโรคยา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอบายมุข ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

นักวิชาการด้านสุขภาพได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ ดังนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เนื่องจากการศึกษาและอาชีพ มีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่ และโอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้ง การศึกษา อาชีพและรายได้มีความเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีอาชีพที่ดี มั่นคง และผู้ที่มีความรู้ก็มีโอกาสหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งลักษณะครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear family) สามารถให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวได้อย่างทั่วถึง แต่อาจมีข้อจำกัดเมื่อพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน ครอบครัวขยาย (Extended family) ซึ่งประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก และเครือญาติ เช่น ปู่ย่า ตายาย พี่ ป้า น้า อา เป็นต้น โดยจะทำหน้าที่ช่วยดูแล ชี้แนะ แนะนำ ดักเตือน อบรม สั่งสอน ให้การสนับสนุนที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

โอเร็ม (Orem, 1985: 120, 175) กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา โดยทั่วไป บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาพิจารณา ตัดสินการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูง ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยไม่เข้าใจ สนองตอบความต้องการของตนเองได้มาก

ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรียม (Orem, 1991: 136-138) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ประกอบด้วย อายุ เพศ ระบบครอบครัว และแหล่งบริการสุขภาพ

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคม มีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้และความรู้สึกร่างกายที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถใช้นำมาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

2. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างมาก เช่น การให้ข้อมูล การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม

3. ปัจจัยด้านสถานการณ์สิ่งแวดล้อม มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในปัจจุบันและเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คาร์ลและคอบบ์ (Karl and Cobb, 1996: 250) กล่าวว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

จาโรวิกและเพาเวอร์ (Jarovic and Powers, 1981) กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1982: 161-162) กล่าวว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรค มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า จะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ แสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา ที่อยู่อาศัย จะสนใจในการหาเลี้ยงชีพและแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพ

เลิฟแลนด์ และเชอร์รี่ (Loveland and Cherry, 1996 อ้างถึงใน สุภาพรณี เกื้อสุวรรณ 2546: 53) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยส่งเสริมบรรยากาศที่ดีระหว่างสมาชิก ซึ่งก่อให้เกิดความเจริญงอกงามและพัฒนาการทางด้านความสามารถส่วนบุคคล การที่มีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น และการส่งเสริมซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพที่ดีของสมาชิก

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง มีปัญหาในการทำความเข้าใจ

เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตจึงละเลยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ
วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการ
สุขภาพของประชาชน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส
และขนาดครอบครัว เป็นต้น
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย อาชีพ เชื้อชาติ การศึกษาและ
ศาสนา
3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่านิยม ทักษะคติ และความเชื่อของประชาชน
ในเรื่องสุขภาพและบริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลและแรงจูงใจด้าน
สุขภาพของบุคคล
4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคล
หรือครอบครัวสามารถเข้าถึงหรือใช้บริการสุขภาพได้
5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ในชุมชน จะมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญกับสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์
ของสถานบริการ ตลอดจนคมนาคมและความสะดวกในด้านต่าง ๆ
6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพ การจัดรูปแบบและ
กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม
7. ปัจจัยด้านระบบสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ นโยบายสาธารณสุขด้าน
การเมือง งบประมาณหรือทรัพยากรที่จัดสรรมาเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ
ประชาชน

สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (2542: 73-74) กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม
ทางกายภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น องค์การทั้งภาครัฐและท้องถิ่นจึงมีส่วนร่วม
ในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในบ้าน และสถานที่
สาธารณะทุกแห่ง โดยพยายามขจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพให้หมดไป และพยายามสร้าง
สิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยเพื่อให้ประชาชนได้รับการตอบสนองสิ่งที่เป็นพื้นฐานในการ
ดำรงชีวิตที่เหมาะสม เช่น การจัดสถานที่ให้คนออกกำลังกาย การมีกฎหมายห้ามการสูบบุหรี่
ในที่สาธารณะ เป็นต้น

สิริพรรณ มิ่งวานิช (2537 อ้างถึงใน สุณีย์ พลภาณุมาศ 2546: 25-26) กล่าวว่า
ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะดีมาน้อยเพียงใดนั้นควรคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ และการปรับตัว
เข้าหากันของสมาชิกในครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็น

ความสัมพันธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน
2. มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
3. มีการยอมรับซึ่งกันและกัน
4. ไม่มีความขัดแย้งบาดหมางกัน
5. มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน
6. มีความผูกพัน รักใคร่ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ดีต่อกัน

จำนง อควิฒนสิทธิ์ (2542) กล่าวว่า ครอบครัวจะต้องมีความรักความอบอุ่นระหว่างกัน ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรักและความผูกพันในลักษณะต่อไปนี้

1. ความไว้วางใจในครอบครัว หมายถึง ความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจจะช่วยให้คนในครอบครัวมีความสบายใจ ไร้ความกลัว เป็นที่พึ่งซึ่งกันและกันได้
2. ความเอื้ออาทรกันในครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพของกันและกัน ในด้านอาหารการกิน การเล่าเรียนของบุตร การรักษาความสะอาด การใช้จ่ายเงินทอง ความทุกข์สุข ที่ต้องการระบายให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้
3. ความเข้าใจกันในครอบครัว หมายถึง การรู้จักและเข้าใจกันดีระหว่างสามีและภรรยา และในเรื่องของบุตร บิดามารดาต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับบุตร อุปนิสัยของบุตร ทุกคนในครอบครัวจะต้องรู้จักปรับความเข้าใจซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดีต่อกัน
4. การให้กำลังใจกันในครอบครัว หมายถึง การทำให้เกิดพลังแก่สมาชิกในครอบครัว ให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นการให้กำลังใจ อาจเป็นคำพูดหรือท่าทาง ที่ให้การสนับสนุน ชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้อง การแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ไม่คว่ำหรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด

การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องรู้จักเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์ 2545: 139- 145)

1. การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสามีและภรรยา สามีและภรรยาเป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพที่สำคัญที่สุดในครอบครัว เพราะถ้าคู่สามีและภรรยามีความรักใคร่เข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ย่อมทำให้ครอบครัวราบรื่น มั่นคง สมาชิกอื่น ๆ

ในครอบครัวก็มีความสุขไปด้วย

2. การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดา มารดา และบุตร ในด้านสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และบุตรนั้น มีพื้นฐานมาจากสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ถ้าบิดามารดาร์ักใคร่ผูกพันกันดี จะมีผลสะท้อนไปถึงความผูกพันที่มีต่อบุตรให้มีความแน่นแฟ้นโดยปริยาย

3. การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพี่น้อง บิดามารดาควรส่งเสริมให้บุตรมีความสามัคคี กลมเกลียวกัน ร่วมปรึกษาหารือกัน มีกิจกรรมร่วมกัน มีเวลาให้แก่กัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างพี่น้องในครอบครัว

4. การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติถือเป็นข่ายใยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสังคมมนุษย์ โดยเฉพาะในสังคมไทยสมาชิกของครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัวอื่น ๆ ในระบบเครือญาติ คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว จึงมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อเครือญาติทั้งสองฝ่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจัยด้านสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ได้แก่ แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน การบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระบบสาธารณสุขของประเทศ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.

รัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอเพียง พอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพ มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว ดังนั้น ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร

จึงได้ประกาศนโยบาย “คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” เป็นวาระแห่งชาติ และมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน โดยใช้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. เป็นเป้าหมายตัวชี้วัดความสำเร็จด้านสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2549) ดังนี้

1. อ. อาหาร เน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัยถูกสุขลักษณะและมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งกวดขันและควบคุมอาหารที่จำหน่ายในตลาด ให้มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพและผลิตภัณท์สุขภาพของชุมชน
2. อ. ออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี ทำให้ร่างกายแข็งแรง ร่างกายทำงานเต็มสมรรถนะ มีการหลั่งสารแอนดอร์ฟิน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และประเทศชาติได้ทรัพยากรบุคคลที่แข็งแรง เป็นกำลังในการพัฒนาประเทศ
3. อ. อารมณ์ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี รู้จักจัดการความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหา รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี
4. อ. อโรควา เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการโรค และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง เพื่อที่จะไม่ป่วยหรือตายก่อนวัยอันควร
5. อ. อนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยส่งเสริมการสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อหรือเหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนเสริมสร้างให้ประชาชนมีจิตสำนึกที่จะช่วยกันดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านของตนเอง และลดอุบัติเหตุหรือโรคต่าง ๆ เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อลดการเกิดโรคไข้เลือดออก
6. อ. อบายมุข เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ลด ละ เลิกสิ่งเสพติดให้โทษแก่ร่างกายทุกชนิด ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาเสพติดทุกชนิด

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.

2.1.1. การบริโภคอาหาร

1) ความหมายของอาหาร

อาหาร หมายถึง วัตถุที่มนุษย์รับเข้าร่างกายโดยวิธีใด ๆ ก็ตาม แล้วก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายในการสร้างเสริมความเจริญเติบโต ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพ ตลอดจนดำรงรักษาส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพดี สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ การที่อาหารจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายดังที่กล่าวมาแล้วนั้นก็ต่อเมื่อ

อาหารที่รับประทานเข้าไปถูกย่อยผ่านกระบวนการ (Oxidation) และเปลี่ยนเป็นพลังงานเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้ตามลักษณะและปริมาณของกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำในแต่ละช่วงวัย (จินดา บุญช่วยเกื้อกูล 2542)

2) ประโยชน์ของอาหาร

อาหารมีผลต่อสุขภาพ (สุภาพรณี เกื้อสุวรรณ 2546; จินดา บุญช่วยเกื้อ 2542) ดังนี้

1. ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต บุคคลที่ได้รับสารอาหารครบส่วนจะทำให้โครงสร้างร่างกายสมบูรณ์ ผิวพรรณผ่องใส กล้ามเนื้อสมบูรณ์
2. ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีความต้านทานโรคสูง
3. ทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพในการทำงาน
4. ทำให้ไม่แก่ก่อนวัย และมีอายุยืน ผู้ที่ได้รับอาหารครบถ้วนเหมาะสมจะทำให้การสร้างเซลล์ใหม่เป็นไปด้วยดี ดูสดชื่นกระฉับกระเฉง
5. ทำให้บุคคลมีความมั่นคงในอารมณ์ กระตือรือร้น สดชื่นแจ่มใส มีสมาธิ อาหารนับว่ามีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตโดยตรง

3) หลักการปฏิบัติในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

อาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของคนเรา การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการที่มีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและปราศจากความเป็นพิษ จะช่วยให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตเต็มวัย และอวัยวะต่างๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ ในทางตรงข้ามหากบริโภคอาหารไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการ (Malnutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น การบริโภคอาหารควรปฏิบัติตามข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยหรือโภชนบัญญัติ 9 ประการ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547: 45-48; กองโภชนาการ กรมอนามัย 2545)

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีหลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักและรอบเอว
2. กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ควรเลือกกินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาว ซึ่งจะทำให้ร่างกายได้รับวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารมากกว่า

3. กินผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ ผัก ผลไม้จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและต้านมะเร็งได้ ทั้งนี้เพราะผักและผลไม้ เป็นแหล่งรวมของวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ซึ่งใยอาหารจะช่วยในการขับถ่าย และนำโคเลสเตอรอลและสารพิษที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกายได้ ผักผลไม้ยังให้พลังงานต่ำ กินแล้วไม่ให้อ้วน ยกเว้นผลไม้หวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ละมุด องุ่น มะขามหวาน ไม่ควรกินในปริมาณที่มาก

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ปลา เนื้อสัตว์ ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง ถือเป็นแหล่งโปรตีนที่ดีซึ่งช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายเจริญเติบโตในเด็ก และช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในผู้ใหญ่

5. คีมนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นแหล่งแคลเซียม และฟอสฟอรัส ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ ยังมีโปรตีนและกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย รวมทั้งวิตามินเอ ซึ่งช่วยในการมองเห็นในที่แสงสลัว และเพิ่มความต้านทานโรค วิตามินบี 2 ช่วยในการป้องกันโรคปากนกกระบอก การคีมนมควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง และช่วยชะลอการเสื่อมสลายของกระดูกในผู้ใหญ่ ซึ่งอาจมีปัญหากระดูกพรุน กระดูกหักง่าย ดังนั้น เด็กควรคีมนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่ควรคีมนมพร่องมันเนยวันละ 1 แก้ว

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกาย อาหารที่ปรุงแล้วส่วนใหญ่มีไขมันเป็นส่วนประกอบมากน้อยต่างกันไป การกินไขมันมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน และโรคอื่น ๆ ตามมา

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารหวานจัดและเค็มจัด เพราะอาหารหวานจัดส่วนใหญ่มีน้ำตาลมากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากจะทำให้อ้วนแล้ว ยังส่งผลต่อโรคเบาหวาน ส่วนการกินอาหารรสเค็มจัดบ่อย ๆ ที่เกิดจากการเค็มเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง ปลาร้า ขนมหขี้เี่ยว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

8. กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ควรเลือกกินอาหารที่สดสะอาด ปรุงสุกใหม่ มีการปกปิดให้พ้นจากฝุ่นละอองและแมลงวัน ใส่ภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีเครื่องหมายรับรอง ถ้าเป็นอาหารปรุงสำเร็จ ต้องมีเครื่องหมายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย แต่ถ้าเป็นอาหารแปรรูปให้ดูเครื่องหมาย อย. ถ้าเป็นอาหารสด ดูจากเครื่องหมายอาหารปลอดภัย มีกลิ่น รส และสีตามธรรมชาติ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ต้องปรุงสุกโดยใช้ความร้อน ผัก ผลไม้ ต้องล้างให้สะอาดและต้องล้างมือก่อนกินอาหาร และควรใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารหลายคน

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร ถ้าใส่ และมะเร็ง

หลดอาหาร นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดอุบัติเหตุหากขับซึ่รถ สร้างความเดือดร้อนให้กับตนเอง และคนรอบข้าง การงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงมีผลดีในหลาย ๆ ด้าน

สรุปได้ว่า หลักการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การกินอาหาร ให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน หลีกเลียงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด หลีกเลียงอาหารที่ ใ้สารปรุ่รสร สารแต่งสี เลือ่กซื้ออาหารที่มีสีหรือลักษณะใ้ลึ่เคียงคล้ายธรรมชาติ อาหารอุ่ที่ ปรุ่รสุ่กใ้ใหม่ สะอาด มีภาชนะปกปิดกันฝุ่นละออง และเลือ่กซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย อย.

2.2.2 การออกกำลังกาย

1) ความหมายของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกายซึ่งเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลายและทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ ขณะพัก (Willis and Campbell, 1992: 110; กรมอนามัย 2540)

2) ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย สามารถจัดหมวดหมู่ได้เป็น 4 ประเภท ตามบริบท ที่กระทำ (สมชาย ลีทองอิน 2546: 1-2) ได้แก่

1. งานอาชีพ (Occupational activity) เช่น หาบขนมขาย ขนของขึ้นลง ถีบสามล้อ เกี่ยวข้าว ฯลฯ
2. งานบ้าน (Household activity) เช่น การเช็ดถูกระจก ล้างขัดพื้น ถูบ้าน ซักดิน คายหญ้า เป็นต้น
3. การเดินทาง (Transportation activity) เช่น ถีบจักรยานไปทำงาน เดินขึ้นบันได เป็นต้น
4. งานอดิเรก (Leisure activity) เช่น เดิน วิ่ง/วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ รำมวยจีน ลีลาศ เต้นแอโรบิค และการเล่นกีฬา เป็นต้น ทั้งนี้งานอดิเรกยังแบ่งย่อยได้อีก 3 ประเภท ได้แก่ การนันทนาการ (Recreation activity) เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น การเล่น/แข่งกีฬา (Competitive sport) และการออกกำลังกายหรือ การฝึกฝนร่างกาย (Exercise or Exercise training) ซึ่งหมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายตาม รูปแบบที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมด เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก เช่น เดินจ้ำ วิ่ง/วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ กระโดดเชือก กระเชียงเรือ เล่นกีฬาประเภทฝึกความอดทน เป็นต้น

3) เป้าหมายของการออกกำลังกาย

กรมอนามัย (2540) ได้กำหนดเป้าหมายของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงหรือทนทานของหัวใจและปอด หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำ ๆ กัน เป็นเวลานานพอสมควร โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ บริเวณแขนขา เช่น การเดิน เดินทางไกล การว่ายน้ำ ว่ายน้ำกระดาน เดินรำ กระโดดเชือก หรือเล่นกีฬา หรือเรียกว่าการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน การเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายด้วยความเหนื่อยระดับปานกลาง คือ หายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ วันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ไม่ว่าจะที่บ้าน/งานอาชีพ/งานสวน ก็พอเพียงที่จะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ
2. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญรองลงมา ซึ่งถ้าขาดหายไป หรือไม่ค่อยมีความแข็งแรง หรือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่าที่ควร สำหรับการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อที่เป็นแบบแผนนั้น ได้แก่ การยกน้ำหนัก การทำกายบริหารเพื่อฝึกความแข็งแรงโดยใช้น้ำหนักของร่างกาย เช่น การวิดพื้น คันข้อ และการบริหารกล้ามเนื้อท้อง เป็นต้น
3. การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นสิ่งที่สำคัญรองลงมาเช่นเดียวกับการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ ถ้าขาดหายไป ทำให้กล้ามเนื้อไม่มีความยืดหยุ่น หรือทำให้การใช้ชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ มึนงง การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบนั่งค้างไว้ ได้แก่ กายบริหาร โยคะ กายบริหารใช้ไม้แบบปัญญาญมี กายบริหาร รำมวยจีน เป็นต้น

4) ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ (วิจิต คณะนึ่งสุขเกษม 2538; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547) ดังนี้

1. ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพให้ร่างกาย กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ทำให้มีพลังดีขึ้น จะทำงานสิ่งใดก็ทำได้อย่างสะดวกสบาย
2. ทำให้การทรงตัวดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ประสานงานกันดี
3. ช่วยควบคุมน้ำหนัก
4. ทำให้ผ่อนคลายความเครียด และลดความซึมเศร้า

5. ลดความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคเบาหวาน มะเร็งในลำไส้ใหญ่

6. ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงในผู้สูงอายุ

7. ช่วยให้ระบบย่อยอาหารดีขึ้น ทำให้ท้องไม่ผูก

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การออกแรงเคลื่อนไหว ร่างกายวันละ 20 - 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ 3 - 5 วัน ด้วยความแรงระดับปานกลาง คือ เหนื่อยและหายใจเร็วมากขึ้นกว่าปกติ และมีการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จะทำให้ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

2.2.3 การจัดการความเครียด

1) ความหมายของความเครียด

ความเครียด เป็นสภาวะของร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้น กดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ (สุภาวดี นวลมณี 2541; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547)

2) สาเหตุของความเครียด

ความเครียดมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ จำแนกได้ 3 ปัจจัยใหญ่ ๆ (อัมพร โอตระกูล 2540; สุภาวดี นวลมณี 2541; กรมสุขภาพจิต 2539) ดังนี้

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าตนเองจะไม่สมหวัง กลัวว่าจะไม่ประสบความสำเร็จ หนักใจในการทำงาน หรือภาระต่าง ๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณต้องทำสิ่งที่เกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นต้น

2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การตั้งครรรภ์ การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก และการประสบอุบัติเหตุอย่างรุนแรง

3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือความพิการที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น

ปาหนัน บุญหลง (2528) กล่าวว่า คนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อความเครียด ได้แก่ บุคคลต่อไปนี้

1. ผู้ที่ทำงานแห่งเดียวติดต่อกันนาน ทำให้เกิดสภาพจำเจกับสภาพแวดล้อม

2. ผู้ที่ทุ่มเทให้กับงาน มุ่งงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน
3. ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบใจร้อน วู่วาม เขาเป็นเอาตายและจริงจัง

กับชีวิต

4. ผู้ที่เคร่งเครียดในการทำงานบ่อยครั้งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา
5. ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะ ออกกำลังกายน้อย หรือขาดการเคลื่อนไหวใน

ชีวิตประจำวัน

6. ผู้ที่ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก
7. ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานขนาดใหญ่ และมีความรับผิดชอบสูง
8. ผู้ที่ต้องเดินทางไปสำนักงานบ่อย ๆ ต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก

ต้องรอคอยการนัดพบครั้งสำคัญเป็นประจำ

9. ผู้ที่ต้องอุทิศเวลา ความคิด และสติปัญญาในการสู้งาน

3) ผลกระทบเมื่อเกิดความเครียด

บุคคลที่มีความเครียดจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว การทำงานและเพื่อนร่วมงานดังต่อไปนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547)

1. ผลกระทบต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือเท้าเย็น ท้องอืด คลื่นไส้ หงุดหงิด วิตกกังวล ผวาง่าย เศร้า และหวาดกลัว หุ่นไหว่ง่าย ไม่มีสมาธิ มีความคิดเชิงลบ ตัดสินใจยาก หลงลืมง่าย ความอยากอาหารลดลง ความสามารถในการทำงานลดลง

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบปัญหาได้ง่าย เช่น ขาดการสื่อสารที่ดี เกิดความขัดแย้งและทะเลาะวิวาท เกิดการหย่าร้าง และแยกกันอยู่ระหว่างสามีภรรยา

3. ผลกระทบต่อการทำงานและเพื่อนร่วมงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีปัญหาด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเพื่อนในสังคมทั่วไป

4) หลักการผ่อนคลายและขจัดความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดควรหาทางผ่อนคลายความเครียดเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ ซึ่งวิธีการคลายเครียดมีหลายวิธี และสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม (อัมพร โอตระกูล 2540; สุภาวดี นวลมณี 2541) ดังนี้

1. สสำรวจตนเองว่าเครียดหรือไม่ โดยสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม หงุดหงิดง่าย สับสน เบื่อหน่าย เป็นต้น

2. ขอมรับความเป็นจริงและคิดเชิงบวก เมื่อมีปัญหาอย่าเพิ่มความกดดันให้ตนเองโดยการมองโลกในแง่ร้าย ให้พยายามคิดในเชิงบวกและมองโลกในหลาย ๆ แง่มุม เช่น ขอมรับว่าทุกคนมีโอกาสผิดพลาดได้ทั้งนั้น และควรหาทางแก้ไขข้อผิดพลาดนั้น มากกว่าโทษตนเอง

3. วางแผนแก้ไขปัญหา พยายามค้นหาสาเหตุของความเครียดแล้วแก้ไขให้ตรงจุด ซึ่งการค้นหาสาเหตุอาจทำได้โดยสำรวจตนเอง วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอรับคำปรึกษาและช่วยค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขความเครียดนั้น วิธีการแก้ไขควรมองหาหลาย ๆ วิธี และเลือกวิธีที่ดีที่สุด

4. รู้จักการผ่อนคลายความเครียด เช่น พักผ่อน ร้องเพลง ปลูกต้นไม้ ท่องเที่ยว ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมทางศาสนา

อนันท์ บริณายกานนท์ (2549) กล่าวว่า วิธีการจัดการกับความเครียดสามารถทำได้ดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกายจะช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้น เพราะเมื่อออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนแห่งความสุข และขณะออกกำลังกายสมองจะหยุดคิดเรื่องที่ทำให้เครียด

2. การพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การดูภาพยนตร์ ฟังเพลง ดูทีวี ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสืออ่านเล่น เป็นต้น

3. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และครอบครัว

4. การแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม ไม่โกรธง่าย และรู้จักให้อภัย

5. การแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยการหาสาเหตุของปัญหา และเริ่ม

แก้ปัญหาที่ตัวเองก่อน

6. การปรับเปลี่ยนแนวคิดในแง่บวก

7. สร้างความเข้มแข็งให้จิตใจ มีสติ มีสมาธิ

สรุปได้ว่า วิธีจัดการความเครียดทำได้หลายวิธี คือ สังเกตตนเอง ขอมรับความเป็นจริงและคิดเชิงบวก วางแผนแก้ไขปัญหา พูดคุยกับคนใกล้ชิด และหาวิธีผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ พักผ่อน ร้องเพลง ปลูกต้นไม้ ท่องเที่ยว ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมทางศาสนา

2.2.4 การป้องกันโรค

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดการพฤติกรรมกำหนัดดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้ ได้แก่ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายในอันดับต้น ๆ ที่ประชาชนควรให้

ความสำคัญที่จะลดความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ เหล่านี้ รวมทั้งสร้างเสริมปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547: 89) ดังนี้

1. ควรบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะและหลากหลาย
2. ลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคอาหาร เช่น อาหารรสเค็มจัด หวานจัด เฝื่อนจัด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และหลีกเลี่ยงสารเสพติด เป็นต้น
3. ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันสูง และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมากซึ่งจะช่วยให้ในการดูดซึมไขมันสู่ร่างกายน้อยลง
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเลือกให้เหมาะสมตามวัยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งต่อสัปดาห์
5. ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน บริโภคอาหารให้สมดุลกับสุขภาพ
6. การดูแลเอาใจใส่สุขภาพ หมั่นตรวจร่างกายประจำปีเพื่อคัดกรองโรค
7. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่
8. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุจากการจราจร โดยการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ และคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ ไม่ทำผิดกฎจราจรและปฏิบัติตามระเบียบวินัย

กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการสุขภาพ ได้ประกาศให้ “สุขบัญญัติแห่งชาติ” เป็นแนวทางในการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับประชาชน โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญ 2542: 91)

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
 2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
 3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
 4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด
- สีนูดฉลาด
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
 6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
 7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
 8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
 9. ทำจิตใจให้ร่าเริงอยู่เสมอ
 10. มีสำนึกต่อส่วนรวม และสร้างสรรค์สังคม

สรุปได้ว่า การป้องกันโรคของบุคคลนั้น ควรดูแลสุขภาพร่างกาย โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษแก่ร่างกาย ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ และหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี

2.2.5 การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน

ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่โดยเฉพาะสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพราะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว ข้อปฏิบัติในการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ควรปฏิบัติ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547: 79)

1. ควรมีความสะอาดสบาย มีการระบายอากาศ แสงสว่างเหมาะสม ไม่มีเหตุรำคาญหรือเสียงรบกวนบริเวณบ้าน
 2. ควรมีความรัก ความอบอุ่นให้ผู้ที่อยู่อาศัยสบายใจ และมีความสุขที่ได้อยู่ในบ้าน โดยสมาชิกในบ้านแสดงความรัก ความห่วงใย และมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว
 3. ควรหมั่นตรวจตราข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ เพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุในบ้าน
 4. บ้านจะต้องป้องกันโรคติดต่อได้ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม มีน้ำดื่มที่สะอาดและน้ำใช้เพียงพอ มีส่วนถูกสุขลักษณะ มีการกำจัดสิ่งปฏิกูล น้ำเน่าเสีย และขยะมูลฝอย มีการป้องกันและกำจัดแมลงกัดแทะ พาหะนำโรค เช่น แมลงวัน หนู แมลงสาบ ที่สำคัญคือ ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคใช้เลือดออกที่ทำให้สมาชิกในบ้านต้องเจ็บป่วย
- อมร นนทสุด (2539: 497-500) กล่าวถึงลักษณะของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมในบ้านที่ดี มีดังนี้

1. ความสะอาดของที่อยู่อาศัย โดยรักษาความสะอาดในบ้านและบริเวณบ้านอยู่เสมอ มีการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและสวยงาม ควรจัดบ้านให้สวยงาม น่าอยู่และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย
3. ความเป็นสัดส่วนและความเป็นอิสระ ควรจัดพื้นที่ใช้สอยในบ้านออกเป็นห้องนอน ห้องรับแขก และห้องครัว เป็นต้น
4. การจัดให้มีเครื่องอำนวยความสะดวก บ้านควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็น เช่น มีไฟฟ้า และมีน้ำประปา เป็นต้น

5. การจัดที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะและป้องกันการเกิดและการแพร่กระจายของโรคติดต่อ เช่น การกำจัดขยะมูลฝอยและน้ำโสโครก การเก็บและถนอมอาหารเพื่อการบริโภค เป็นต้น

6. การจัดที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภัยอันตราย เช่น มีการป้องกันอัคคีภัยในบ้าน การสร้างบ้านให้มั่นคงแข็งแรง เป็นต้น

7. การจัดที่อยู่อาศัยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อยู่อาศัย เช่น มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีแสงสว่างมากพอ และมีอุณหภูมิเหมาะสม เป็นต้น

สรุปได้ว่า การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพ คือ การจัดบ้านให้สะอาดปราศจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การกำจัดแหล่งน้ำขังและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดสิ่งของเครื่องใช้ให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การแสดงความรักความห่วงใย และการมีกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว

2.2.6 การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด

1) ความหมายของสิ่งเสพติด

องค์การอนามัยโลก (1990 อ้างถึงใน สุภาพรณี เกื้อสุวรรณ 2546: 44) ให้ความหมายของสิ่งเสพติดว่า หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจมากขึ้น

ปัจจุบันประชาชนไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง บุหรี่ และยาบ้า ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขจึงรณรงค์ให้คนไทยลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดทุกชนิด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2546)

2) ผลกระทบที่เกิดจากสิ่งเสพติด

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2547) ระบุว่า ผลกระทบที่เกิดจากการเสพสิ่งเสพติดมีหลายประการ คือ

1. ผลต่อสุขภาพของผู้เสพ ทำให้สุขภาพทรุดโทรม ขาดสมาธิในการทำงาน และมีความแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม
2. ผลเสียต่อสังคม ทำให้เสียบุคลิกภาพ ขาดความน่าเชื่อถือ สร้างปัญหาในครอบครัว และเกิดการทะเลาะวิวาท
3. ผลเสียต่อเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวและเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม

3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด

การป้องกันเพื่อให้คนไทยห่างไกลจากสิ่งเสพติดและเกิดพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดให้โทษแก่ร่างกายควรปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547: 99; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2549 จาก <http://www.healthymaterial.com/bad.asp>)

1. การป้องกันตนเอง โดยการไม่ทดลองยาเสพติดทุกชนิด ถ้ามีปัญหา หรือไม่สบายใจ อย่าเก็บไว้คนเดียว ควรหาที่ปรึกษา และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น อ่านหนังสือ เล่นกีฬา หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ ตามความสนใจ เป็นต้น

2. การป้องกันโดยครอบครัว ครอบครัวควรสอดส่องบุคคลในครอบครัว อย่าให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด พ่อแม่ควรเป็นแบบอย่างที่ดีของลูกและคนในครอบครัว ไม่หมกมุ่นกับยาเสพติด รวมทั้งสร้างความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว โดยสร้างบรรยากาศ ในบ้านให้น่าอยู่ มีความอบอุ่น มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว มีเวลาให้แก่ครอบครัว และทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อสร้างความใกล้ชิดสนิทสนม

3. การป้องกันโดยชุมชน ชุมชนควรสอดส่องดูแลคนในชุมชน หากพบผู้ที่ ติดยาเสพติดควรช่วยเหลือแนะนำให้นำบำบัดรักษา จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย รวมทั้ง รมรงค์ส่งเสริมในคนในชุมชนใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์โดยการออกกำลังกาย ช่วยเหลือ กิจกรรมของชุมชนในวันสำคัญ ๆ เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

สรุปได้ว่า การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดควรป้องกันที่ตนเองก่อนเป็นอันดับแรก โดยการหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่ หรือยาเส้น และการเสพยาเสพติดให้โทษแก่ร่างกายทุกชนิด และการป้องกันโดยครอบครัวและ ชุมชน เพื่อเสริมสร้างรัก ความสามัคคีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและประชาชนในชุมชน

3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

3.1 ความหมายของครอบครัว

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลากหลายมุมมอง แตกต่างกันไป ดังนี้

กาญจนา ภู่อ่าง (2533) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปอยู่ร่วมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีความผูกพันฉันท์สามีภรรยาหรือเครือญาติ

หรือมีความสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันต่อสมาชิกในครัวเรือน และต่อสังคม

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วย พื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่าง บุคคลภายในครอบครัว และระหว่างบุคคลภายนอกครอบครัว

อัจฉรา นวจินดา และกาญจนา ลุคนันทน์ (2542: 225) กล่าวว่า ครอบครัวเป็น หน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม เป็นสถาบันพื้นฐานที่ทำหน้าที่วางรากฐานให้แก่สถาบันอื่น ๆ ในสังคม ครอบครัวจึงเป็นแหล่งกำเนิด เป็นแหล่งสร้างสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ให้แก่มนุษย์และเป็นแหล่งที่พัฒนาคุณภาพมนุษย์ ซึ่งคุณภาพชีวิตของประชากรแต่ละครอบครัว จะเป็นพื้นฐานของชุมชนและประเทศชาติ

จรรยา สุวรรณทัต (2545: 5-5) กล่าวว่า ครอบครัวจัดเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุดของสังคมมนุษย์ หน่วยของสังคมที่เรียกว่าครอบครัวนี้มีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด หน้าที่พื้นฐานทางชีววิทยาของครอบครัว คือ การให้กำเนิดบุตรและเลี้ยงดูบุตร เพื่อสร้างสมาชิกใหม่ในการสืบตระกูลต่อไป นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่สำคัญทางสังคม วัฒนธรรม การศึกษาและเศรษฐกิจ ในการถ่ายทอดคุณค่าวิธีปฏิบัติและมาตรฐานความประพฤติต่าง ๆ ทางสังคมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ของสังคม และจัดเป็นหน่วยสังคมแห่งแรกที่ทำหน้าที่เชื่อมโยง ความผูกพันของสังคมและหล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลแต่ละคนในครอบครัวให้เป็นไปตาม ลักษณะที่สังคมวัฒนธรรมกำหนดไว้ ซึ่งเป็นผลให้มนุษย์ส่วนใหญ่ในสังคมสามารถดำรงชีวิต ทางสังคมสอดคล้องกับผู้อื่นภายในสังคมเดียวกันได้อย่างราบรื่น

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2540: 1) กล่าวว่า ครอบครัวเป็น สถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุดประกอบด้วยคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน โดยมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดทางสายเลือด ทางการทำงาน ทางอารมณ์และการเอื้ออาทรเลี้ยงดูกัน ความสัมพันธ์ของครอบครัวคือ ตัวบ่งชี้สุขภาพจิตและชีวิตของคน

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง สถาบันทางสังคม ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน และมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือกฎหมายในฐานะสามีภรรยา พ่อแม่ ลูก หลาน พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ลูกเขยลูกสะใภ้ เป็นต้น

3.2 โครงสร้างของครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ สมาชิกในครอบครัว และระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์ 2537: 6-7; อุมาพร ตรังคสมบัติ 2540: 7-8) ดังนี้

3.2.1 สมาชิกในครอบครัว

โดยทั่วไปประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก เรียกว่าครอบครัวเดี่ยว บางครอบครัวอาจมีสมาชิกอื่นที่กล่าวมานี้อาศัยอยู่ด้วย เช่น ปู่ย่า ตายาย น้าอา เป็นต้น เรียกว่าครอบครัวขยาย

รุจา ภูไพบูลย์ (2537: 3-4) จำแนกครอบครัวออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. จำแนกตามโครงสร้างของครอบครัวโดยพิจารณาประเภทของสมาชิก ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยาและบุตร และครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวรวมญาติ ทั้งด้านสามีหรือภรรยาที่ร่วมอยู่ในครอบครัวด้วย
2. จำแนกตามที่อยู่อาศัยของกลุ่มสมรส ได้แก่ ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายชาย ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายหญิง และครอบครัวที่คู่สมรสใหม่แยกออกไปอยู่ต่างหาก
3. จำแนกตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวที่บิดาหรือสามี เป็นใหญ่ในครอบครัว ครอบครัวที่มารดาหรือภรรยาเป็นใหญ่ในครอบครัว ครอบครัวที่สามีและภรรยามีความใหญ่เท่าเทียมกัน
4. จำแนกตามความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่ การสืบสายโลหิตทางฝ่ายบิดา การสืบสายโลหิตทางฝ่ายมารดา

3.2.2 ระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว

สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันทุกคนมีบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น บทบาทหน้าที่ของสามีภรรยา บทบาทหน้าที่ของภรรยาต่อสามี บทบาทหน้าที่ของบิดามารดาต่อบุตร และบทบาทหน้าที่ของบุตรต่อบิดามารดา ระบบความสัมพันธ์นี้ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม การที่ทุกคนในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ต่อกันและกัน ช่อมแสดงว่าสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ช่อมมีแนวทางในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ตามที่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว รวมทั้งสังคม คาดหวัง ทำให้ครอบครัวมีความสุขและครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้ตลอดไป สมาชิกครอบครัวที่ดี ต้องทำบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ถูกต้อง พ่อต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว

เอาใจใส่ดูแลความทุกข์สุขที่เกิดขึ้นในครอบครัว นำทางครอบครัวสู่ความรุ่งโรจน์และเป็นปึกแผ่น เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูก และสร้างความมั่นคงในด้านจิตใจแก่ลูก ส่วนแม่ต้องเป็นผู้ช่วยพ่อ และช่วยเสริมสร้างครอบครัวให้มีความสุข ดูแลลูกให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ถูกต้อง หรืออาจทำหน้าที่แทนพ่อ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ 2540)

3.3 ความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวมีความสำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ ความสำคัญต่อบุคคล และความสำคัญต่อสังคม ดังนี้

1. ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อบุคคล ครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลในฐานะที่เป็นกลุ่มทางสังคมกลุ่มแรกที่บุคคลแต่ละคนมีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างใกล้ชิดและยั่งยืน ครอบครัวเป็นสื่อกลางที่เชื่อมบุคคลเข้ากับสังคม นับตั้งแต่เกิดมาจนกระทั่งตาย และทำหน้าที่ถ่ายทอดแบบแผนทางวัฒนธรรมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ ครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งสถาบันอื่น ๆ ไม่อาจทำหน้าที่เหล่านี้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางเพศ ความต้องการทางด้านอารมณ์ และความต้องการการยอมรับและการผูกพันซึ่งกันและกัน (วิรัตน์ ศรีนพคุณ 2526: 8; ชูชนะ รุ่งปัจฉิม 2545: 69)

2. ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อสังคม (Swanson and Hurley, 1983: 27) ครอบครัวมีความสำคัญต่อสังคมในฐานะตัวกลางที่เชื่อมสังคมเข้ากับบุคคล ครอบครัวจะสนับสนุนให้บุคคลตอบสนองความต้องการของสังคม ซึ่งหมายถึงชุมชนและสังคมโดยรวม สรุปได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลและสังคม มีหน้าที่ถ่ายทอดแบบแผนทางวัฒนธรรมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ เชื่อมบุคคลเข้ากับสังคมและตอบสนองความต้องการของชุมชนและสังคมโดยรวม

3.4 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

เมื่อชายหญิงตกลงที่จะสร้างครอบครัวร่วมกัน ภาระหน้าที่ของครอบครัวก็เกิดขึ้นเพื่อแสดงภารกิจของครอบครัว (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ 2542: 213-214) ซึ่งอาจจำแนกหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ภารกิจพื้นฐาน (Basic tasks) หมายถึง งานพื้นฐานที่ครอบครัวต้องกระทำ เพื่อให้สมาชิกดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ การผลิตสมาชิกใหม่ให้สังคมเพื่อให้สังคมดำรงชีวิตอยู่สืบไป และจัดหาปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้การเลี้ยงดูปกป้องความปลอดภัยให้แก่สมาชิกของครอบครัว

2. ภารกิจด้านการพัฒนาการ (Developmental tasks) หมายถึง การพัฒนาไปอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนต่าง ๆ ของวงจรชีวิต หน้าที่ดังกล่าวมีความสำคัญในการส่งเสริม

พัฒนาการให้สมาชิกในครอบครัวมีพัฒนาการสมวัยทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดจนพัฒนาการทางสังคม ซึ่งไม่มีสถาบันใดสามารถทำหน้าที่ได้ดีเท่าสถาบันครอบครัว อีกทั้งครอบครัวยังมีหน้าที่ในการอบรม สั่งสอนให้เด็กรู้จักระเบียบสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมให้สมาชิกออกไปเผชิญกับโลกภายนอก (จิตตินันท์ เฉชะคุปต์ 2544: 2-18-20)

3. ภารกิจในยามวิกฤต (Crisis tasks) หมายถึง เมื่อเกิดยามวิกฤตครอบครัวต้องสามารถปรับตัวและจัดการแก้ไขวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม หน้าที่ดังกล่าวมีความสำคัญต่อความสงบสุขของสมาชิกในครอบครัว เป็นหน้าที่ในการแก้ปัญหาให้แก่สมาชิกในครอบครัว

นักวิชาการที่สนใจเกี่ยวกับครอบครัวได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ (ณรงค์ เส็งประชา 2538: 89-90; อัจฉรา นวจินดา และกาญจนา ลูกนันท์ 2542: 231-233; จิตตินันท์ เฉชะคุปต์ 2544: 18-20)

1. หน้าที่การผลิตสมาชิกใหม่ให้สังคม เพื่อช่วยให้สังคมยังคงมีสืบไป
 2. หน้าที่ในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นแก่ชีวิตสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัว
 3. หน้าที่เลี้ยงดูและป้องกันอันตรายให้เด็ก เพื่อให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ
 4. หน้าที่อบรมและเรียนรู้ระเบียบแบบแผนของสังคมเพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกับผู้อื่น
 5. หน้าที่กำหนดสถานภาพตำแหน่งหน้าที่ให้กับสมาชิกใหม่ตั้งแต่แรกเกิด
 6. หน้าที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
 7. หน้าที่ทางเศรษฐกิจเพื่อการกินอยู่ของสมาชิก
 8. หน้าที่ให้การศึกษา
 9. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ
 10. หน้าที่ทางเศรษฐกิจ จัดหาทรัพยากร และการสร้างฐานะ
 11. หน้าที่ในการแก้ไขปัญหาครอบครัว
 12. หน้าที่ในการสันตนาการ
- ฟรายด์แมน (Friedman, 1992) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวไว้ ดังนี้

1. หน้าที่ในการให้ความรักความเอาใจใส่ (Affective function) เป็นการประเมินการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ การตอบสนอง การยอมรับ และการช่วยเหลือของสมาชิก

ในครอบครัว ซึ่งแสดงถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของครอบครัว ที่จะตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีบุคลิกลักษณะและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมมั่นคง มีความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการมีสุขภาวะที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization) เป็นการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต ต้องมีการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

3. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ (Health-care function) ครอบครัวเป็นพื้นฐานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกทั้งในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่เป็นเสมือนบุคคลหนึ่งของทีมสุขภาพในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วยการเป็นผู้ตัดสินใจ และการจัดการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

โดเฮอร์ตี และแมคคับบิน (Doherty and McCubbin, 1985 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก 2530: 48-50) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวที่มีต่อการจัดการในเรื่องสุขภาพอนามัยให้กับสมาชิก คือ บทบาทของครอบครัวต่อการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงต่อโรค บทบาทครอบครัวกับภาวะเสี่ยงต่อโรคและเผชิญกับการเจ็บป่วย และบทบาทครอบครัวต่อการประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

4. หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic function) เป็นหน้าที่ที่ครอบครัวต้องปฏิบัติ เพราะครอบครัวต้องมีรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายเพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้แก่ครอบครัว รวมถึงการตัดสินใจในการจัดหารายได้ที่ได้มาอย่างเหมาะสม

ในด้านการจัดการทรัพยากรเศรษฐกิจของครอบครัวนั้น ครอบครัวต้องให้การสนับสนุนด้านการเงินและปัจจัยที่จำเป็นต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน รวมทั้งส่งเสริมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลสุขภาพ การตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การทำความสะอาดบ้าน และดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน (รุจา ภูไพบูลย์ 2537: 64)

สรุปได้ว่า ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญๆ ครอบครัวทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น การดูแลสุขภาพ การจัดการเศรษฐกิจ ของครอบครัว รวมทั้งการถ่ายทอดค่านิยม วัฒนธรรม ความรู้ ความสามารถในการดำเนินชีวิต แก่สมาชิกในครอบครัว

3.5 แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำครอบครัว

3.5.1 ความหมายของผู้นำ

ประเวศ วะสี (2541: 43) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง ผู้ที่สามารถ ทำให้สังคมมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน และรวมพลังกันปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

จุมพล หนีมพานิช (2547: 2) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่สามารถชักจูงให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจเพื่อบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้

การดี อนันต์นาวิ (2547: 10) ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง คนที่ใช้ วิธีการหรือกระบวนการเพื่อให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์

แซง (Chang, 1963 อ้างถึงใน วิเชียร วิทยอุดม 2548: 7) ให้ความหมาย ของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่สามารถชวนคนอื่นให้ร่วมมือกันปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง จนเสร็จสิ้นไป

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่สามารถชักจูง ชักชวน หรือมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นให้ปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจเพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

3.5.2 ความหมายของผู้นำครอบครัว

นักวิชาการได้ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวไว้หลากหลาย ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530: 121) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู ถ่ายทอดระเบียบทางสังคมวัฒนธรรม ให้ความรู้และทักษะในการ ส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว และมีอำนาจในการเลือกและ ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

เสม พริ้งพวงแก้ว (2542: 13) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม โดยเป็นผู้ที่มีความซื่อตรง ซื่อสัตย์ อดทน มีความ มั่นเพียร และเป็นผู้นำชีวิตครอบครัวสู่ความเจริญ

นิคม วรรณราชู (2544: 133) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่เป็นต้นแบบที่มีประสิทธิภาพ มีอิทธิพลต่อความประพฤติและนิสัยใจคอของเด็กมากที่สุด

โดยการอบรม สร้างนิสัยที่ดี หารายได้เพื่อเลี้ยงดู ให้การศึกษา ส่งเสริมให้ลูกเป็นผู้ที่มีความมั่นคงในอารมณ์ เสริมสร้างให้ลูกเกิดสติปัญญาเพื่อการวิเคราะห์ วินิจฉัยสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมีเหตุผล

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2547: 100) ให้ความหมายของผู้นำครอบครัวว่า หมายถึง พ่อแม่ที่เป็นแบบอย่างที่ดีโดยการสร้างภูมิคุ้มกันให้ครอบครัว ให้ความรัก ความเข้าใจ ความใกล้ชิด ความอบอุ่น อบรมสอนลูกให้รู้ว่สิ่งใดดีสิ่งใดไม่ดี สอนให้มีเหตุผล ให้ความจริงใจและเป็นที่ยกย่องในการใช้ชีวิต

สรุปได้ว่า ผู้นำครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว อบรมสั่งสอน ให้การศึกษา ให้ความรัก ความอบอุ่นเป็นที่ปรึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัวในการสร้างเสริมพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

3.5.3 ความสำคัญของผู้นำครอบครัว

ความสำคัญของผู้นำครอบครัว มีผู้กล่าวไว้หลากหลายดังนี้
เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ (2540: 221) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัวโดยเฉพาะผู้ที่เป็นพ่อแม่มีความสำคัญดังนี้

1. เป็นผู้เลี้ยงดูลูกให้ดีทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ
2. เป็นผู้ที่ให้การศึกษาแก่ลูกตามควรแก่ฐานะ
3. เป็นผู้ฝึกฝนลูกให้เป็นคนมีจิตใจใฝ่รักสังคม ปลูกฝังลูกให้เรียนรู้สิ่งที่

ชอบและสิ่งที่ควร

4. เป็นผู้สร้างฐานะ สะสมทรัพย์ให้แก่ครอบครัว
5. เป็นผู้สร้างฐานะและความเป็นอยู่ ให้ความสุขสบายแก่ครอบครัว

นิคม วรรณราชู (2544: 169) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. เป็นผู้สร้างความรักใคร่ปรองดองกันของสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นผู้สร้างความสนิทสนมกลมเกลียวกันของสมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้สร้างความสามัคคีและร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกในครอบครัว
4. เป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว

จรรยา สุวรรณทัต (2545: 38) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้

1. ดูแลให้สมาชิกครอบครัวได้มีที่อยู่อาศัย มีอาหารและเครื่องนุ่งห่ม
2. ช่วยรักษากำลังใจและแรงจูงใจเพื่อเตรียมความพร้อมแก่สมาชิกครอบครัว

เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติ

3. ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องเวลา และความ สะดวกสบาย
4. สร้างความสัมพันธ์ การสื่อสารและการแสดงความรักภายในครอบครัว
มัลลิกา มัติโก (2530: 118-121) กล่าวถึงความสำคัญของผู้นำครอบครัว ดังนี้
 1. เป็นผู้มีส่วนร่วมจัดการด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว
 2. เป็นผู้ถ่ายทอดพฤติกรรม ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยสู่สมาชิกในครอบครัว
 3. เป็นผู้เตรียมความพร้อมหรือสร้างมาตรการป้องกันความเจ็บป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัว
 4. เป็นผู้มีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่ไม่เกิดอันตราย และเป็นผู้กำหนดวิธีการ และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมแก่สมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า ผู้นำครอบครัวมีความสำคัญหลายประการ คือ เป็นผู้ที่ทำให้ความรัก ความอบอุ่น เป็นผู้ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา เป็นตัวอย่างที่ดี และมีอำนาจในการตัดสินใจในการจัดการด้านสุขภาพที่ดีหรือเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งเป็นผู้ถ่ายทอดพฤติกรรม ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

3.5.5 บทบาทและหน้าที่ของผู้นำครอบครัว

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2545: 251-255) ได้ระบุบทบาทและหน้าที่ของผู้นำครอบครัวสรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว รับผิดชอบในการหารายได้และจัดสรรรายได้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับสมาชิกครอบครัว
2. แสดงความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ ห่วงใย เอาใจใส่ทุกข์สุขดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สบาย ก็พาไปพบแพทย์หรือหายาให้รับประทาน หรือสมาชิกในครอบครัวไม่สบายใจก็รับฟังหรือช่วยคิดหาวิธีแก้ไข้ปัญหา
3. ให้การเลี้ยงดูและการอบรมขัดเกลาทางสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว
4. จัดรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันภายในบ้านให้มีความเหมาะสม
5. มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว

6. เป็นแบบอย่างที่ดีของสมาชิกในครอบครัว เช่น ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด ไม่การพนัน และไม่เที่ยวโสเภณี เป็นต้น

7. เป็นที่พึ่งของสมาชิกในครอบครัวได้ หรือสามารถแก้ปัญหาได้

8. จัดสรรเวลาให้กับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่ว่างจากภารกิจประจำวัน เช่น เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำกิจกรรมร่วมกันไม่ว่าในบ้านหรือนอกบ้าน

9. ต้องประพฤติตัวให้มีคุณธรรมและจริยธรรม ได้แก่ การมีจริยธรรมในการประกอบอาชีพการงาน และการมีจริยธรรมทางเพศ

10. เป็นตัวแทนของครอบครัวและสังคม

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2540: 219) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพ่อที่มีต่อครอบครัว สรุปได้ดังนี้

1. ให้ความคุ้มครองปกป้องครอบครัว พ่อบ้านต้องทำหน้าที่เป็นเสาเอกที่ค้ำชูบ้านให้เกิดความมั่นคง

2. ให้การค้ำจุนเกื้อหนุนเศรษฐกิจของครอบครัว รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจากพ่อบ้าน และบางครอบครัวอาจมีรายได้จากแม่บ้านด้วย

3. ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ รับฟังทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว

4. ให้ความรักความอบอุ่นแก่ครอบครัว พ่อแม่ควรเอาใจใส่บุคคลในครอบครัวด้วยความรัก ความเอื้ออาทร มีความจริงใจ และเสียสละ

5. มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวทั้งในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

6. เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว พ่อแม่ต้องสร้างศรัทธาให้แก่สมาชิกในครอบครัว เพราะจะทำให้เกิดการเลียนแบบและรับเอาค่านิยมที่ดีไว้ในบุคลิกภาพ

สรุปได้ว่า ผู้นำครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญหลายประการตั้งแต่ให้ความคุ้มครองปกป้องครอบครัว ทหารายได้สำหรับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือเป็นที่พึ่งหรือแก้ไขปัญหของสมาชิกในครอบครัว ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้การเอาใจใส่ ให้การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว เป็นแบบอย่างที่ดี มีเวลาให้แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งในสังคมไทยให้ความสำคัญและยกย่องสามีหรือพ่อให้เป็นผู้นำครอบครัว ดังนั้น พ่อหรือสามีจึงเป็นบุคคลที่ต้องทำหน้าที่มีหน้าที่เลี้ยงดูลูกให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิต ให้ความสุขแก่ครอบครัว ให้การศึกษาแก่ลูกตามฐานะแห่งตน

สะสมทรัพย์ เพื่อเป็นทุนการศึกษาของลูก และการประกอบอาชีพในอนาคต สร้างครอบครัว และฐานะความเป็นอยู่ ให้ความสะดวกสบายแก่ลูกตามสมควร

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาคตะวันออก

4.1 ข้อมูลทั่วไปของภาคตะวันออก

ภาคตะวันออก มีพื้นที่ทั้งสิ้นประมาณ 37416.85 ตารางกิโลเมตร หรือ 23,441,620 ไร่ ประกอบด้วย 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ปราจีนบุรี นครนายก และสระแก้ว แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 63 อำเภอ 10 กิ่งอำเภอ 571 ตำบล 5337 หมู่บ้าน มีการบริหารแบบองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกเป็นเทศบาลนคร จำนวน 2 เทศบาล เทศบาลเมือง 16 เทศบาล เทศบาลตำบล 117 เทศบาล เมืองจัดการบริหารส่วนตำบล 497 แห่ง มีประชากรทั้งหมด 5,359,235 คน เป็นชาย 2,654,773 คน เป็นหญิง 2,704,462 คน โดยจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด ร้อยละ 21.5 ของประชากรในภาคตะวันออก มีครัวเรือนจำนวน 2,061,254 ครัวเรือน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ร้อยละ 67.3 (ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย)

ภาคตะวันออกเป็นภูมิภาคที่มีทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ การคมนาคมสะดวก ใกล้กับกรุงเทพมหานคร และสามารถเชื่อมโยงกับภูมิภาคอื่น ๆ จึงได้ถูกกำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้พัฒนาสู่การเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมของอาเซียน และเป็นฐานเศรษฐกิจหลักของประเทศ จึงมีการอพยพย้ายถิ่นฐานของประชากรจากภูมิภาคอื่น ๆ เข้ามาประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก ลักษณะอาชีพของประชากรในภาคตะวันออกจึงมีหลากหลาย และแปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ค้าขาย รับจ้างทั่วไป รับจ้างในโรงงาน อุตสาหกรรม เกษตรกรรม การประมง ธุรกิจ และการท่องเที่ยว เป็นต้น (ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย 2549)

4.2 สาเหตุการตายของประชากรในภาคตะวันออก

จากการพัฒนาภาคตะวันออกให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรมที่สำคัญของประเทศ โดยขาดการเตรียมการรองรับด้านสาธารณูปโภคที่เพียงพอ และโครงสร้างพื้นฐานด้านสังคม ระบบชุมชนเมือง และการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหามากมาย ได้แก่ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ภาวะเสี่ยงของประชากรที่อาศัยอยู่ใกล้บริเวณโรงงานอุตสาหกรรม ปัญหาแรงงานอพยพ ปัญหาสังคม รวมทั้งโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และความเครียด เป็นต้น

จากรายงานสาเหตุการตายของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี 2548 พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ อุบัติเหตุทั้งหมด อุบัติเหตุจราจร และการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังรายละเอียดสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2548 ตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2548

สาเหตุการตาย	อัตราการตาย (ต่อแสนประชากร)
1. มะเร็งทุกชนิด	37.06
2. โรคหัวใจ	22.59
3. อุบัติเหตุทั้งหมด	20.38
4. อุบัติเหตุจราจร	16.09
5. ติดเชื้อในกระแสเลือด	11.57

ในปี 2549 ยังพบว่า สาเหตุการตายของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจำแนกตามกลุ่มสาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ยังคงเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดในสมอง อุบัติเหตุการขนส่ง โภหารเป็นพิษ และโรคหัวใจ และส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังรายละเอียดสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2549 ตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2549

สาเหตุการตาย	อัตราการตาย (ต่อแสนประชากร)
1. มะเร็งทุกชนิด	58.52
2. โรคหลอดเลือดในสมอง	21.04
3. อุบัติเหตุการขนส่ง	21.00
4. โภหารเป็นพิษ	18.13
5. โรคหัวใจ	15.57

ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี 2549

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารังนี้ มีดังนี้

5.1 งานวิจัยในประเทศ มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

วิจัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย โดยสัมภาษณ์ผู้นำครอบครัวในพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย จำนวน 4,326 ครอบครัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 ของครอบครัวมีฐานะค่อนข้างยากจน ในด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีการรับประทานอาหารเย็นพร้อมกันทุกวันระหว่างคู่สมรสและระหว่างพ่อแม่กับลูก ร้อยละ 70 และการพักผ่อน นันทนาการร่วมกัน การดูโทรทัศน์พร้อมกันทุกวันของสมาชิกมีอัตราค่อนข้างสูงมากกว่าร้อยละ 90 ในด้านสุขภาพครอบครัว พบว่า

1. ความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว พบว่า ผู้นำครอบครัวมีความเครียด ร้อยละ 51.7 และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้วิธีการพูดคุย ปรึกษาผู้ใกล้ชิด และใช้การท่องเที่ยว และพบว่าแนวโน้มของการเป็นโรคของผู้นำครอบครัวที่มีการศึกษาสูง อาชีพมั่นคง ฐานะเศรษฐกิจดี การเป็นโรคน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ มีอาชีพที่ไม่ค่อยมั่นคง และมีฐานะยากจน

2. การตรวจสุขภาพร่างกายและการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้นำครอบครัวมีประสบการณ์ในการตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 27.0 และมีเพียงร้อยละ 39.8 ที่มีประสบการณ์การตรวจร่างกายเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้นำครอบครัวมีประสบการณ์ในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 22.5 และผู้นำครอบครัวร้อยละ 57.0 มีพฤติกรรมออกกำลังกายเกือบทุกวันหรือทำทุกวัน และพบว่าผู้นำครอบครัวที่มีการศึกษาสูง มีอาชีพที่ค่อนข้างมั่นคง และมีฐานะเศรษฐกิจดี จะมีพฤติกรรมควบคุมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่า มีอาชีพที่มั่นคงน้อยกว่า และมีฐานะเศรษฐกิจด้อยกว่า และผลการวิจัยยังพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย

ชัยณรงค์ สังข์จ่าง (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 240 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ แต่เมื่อ

พิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ รายได้

สมบัติ พึ่งเกษม (2544) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 430 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และด้านการสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 และ 43.7 ตามลำดับ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการงดสูบบุหรี่และงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.2 และ 51.2 ตามลำดับ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.9 และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.7 และอาชีพ เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 22.7

ชาติชาย สุวรรณนิคย์ (2545) ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวไทยในเขตชนบท จำนวน 1,680 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ในด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่กินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 71.0 มีการดูแลจิตด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลง ร้อยละ 55.4 มีทำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น เดินเล่น นั่งเล่น เลี้ยงนก เลี้ยงปลา ไปเที่ยว ผู้นำครอบครัว ร้อยละ 50.1 ส่วนวิธีการดูแลของครอบครัวเมื่อเกิดอาการวิตกกังวล/เครียด/กลัว พบว่า ครอบครัวมีวิธีการผ่อนคลายโดยทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ปลูกต้นไม้ จัดสวน จัดบ้าน รองลงมาคือ พุดคุย ปล่อยใจให้กำลังใจกันในครอบครัว และควบคุมอารมณ์ เช่น นั่งสมาธิ และใช้วิธีออกกำลังกาย ส่วนการดูแลสุขภาพของครอบครัวที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ พบว่า ครอบครัวกินอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 73.7 กินอาหารรสจัด ร้อยละ 62.6 กินอาหารปรุงสำเร็จ (อาหารถุง) ร้อยละ 70.1 ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร ร้อยละ 90.2 ดื่มสุรา ร้อยละ 57.5 ไม่ออกกำลังกายหรือออกนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 80.2 ดิบบุหรี่ ร้อยละ 53.1 ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 68.3 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์หรือนั่งตอนหน้า ร้อยละ 54.3 และไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.7

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพของเขต 3 ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยประเมินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มประชาชนวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี จำนวน 372 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 มีอาชีพรับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 59.1 รายได้ของครอบครัวเพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.7 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 44.9

พรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารความรู้ และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการด้านครอบครัวจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งพบว่า สถานการณ์และแนวโน้มของครอบครัวไทยมีขนาดลดลง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อาชีพของครอบครัวแปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม จากเดิมเคยยึดถือครองที่ดินการเกษตรเปลี่ยนแปลงไปเป็นลูกจ้างมากขึ้น ครอบครัวมีปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัย และสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกลดลง

เบญจมาศ ขาวสบาย (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 350 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับ ปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 คือ การมีและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ

สุภาพรณี เกื้อสุวรรณ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่พอเพียง ร้อยละ 61.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยง สิ่งเสพติดอยู่ในระดับไม่พอเพียง ร้อยละ 63.0, 53.0, 42.5, และ 76.5 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และการเข้าถึงแหล่ง บริการเพื่อสุขภาพ

วรรณดี จันทศิริ (2546) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออก ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวในภาคตะวันออก จำนวน 400 ครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.5 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 37.5 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในชุมชน

บ่อยครั้ง เข้าถึงและใช้บริการสวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย นาน ๆ ครั้ง เข้าถึงและใช้บริการชมรมสร้างสุขภาพนาน ๆ ครั้ง

วารินทร์ ปุยทอง (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) วิเคราะห์สถานการณ์ครอบครัวไทย พบว่า

1. ด้านสภาวะการณ์ของครอบครัวไทย พบว่า ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งรูปแบบของครอบครัวยังไม่มีเปลี่ยนแปลง นับตั้งแต่ปี 2543 ครอบครัวไทยยังมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียงพ่อ แม่ ลูก หรือพ่อ แม่และลูก หรือสามี และภรรยา และครอบครัวขยายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หัวหน้าครัวเรือนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 73.2 มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนเพียงร้อยละ 26.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 49 ปี

2. ครอบครัวกับสภาพแวดล้อม พบว่า รายได้ของครัวเรือนไทยทั่วประเทศมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,617 บาท เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการ ครัวเรือนทั่วประเทศมีหนี้สินโดยเฉลี่ย 103,940 และเป็นหนี้สินเพื่อการใช้จ่ายใน ครัวเรือนร้อยละ 64.6 และพบว่าจากนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจและความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการสื่อสาร กระตุ้นให้เกิดกระแสวัตถุนิยม ครอบครัวต้องมุ่งทำงานเพื่อหารายได้สนองความต้องการทางวัตถุ ทำให้รายจ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ครอบครัวมีภาระหนี้สินมากขึ้น ไม่สามารถพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจได้ ในด้านการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 ได้รับการศึกษาจนจบการศึกษาในภาคบังคับ ในด้านการใช้เวลาอยู่ร่วมกันของครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความใกล้ชิดกันน้อยลง เนื่องจากพ่อแม่ประกอบอาชีพนอกบ้าน เป็นลูกจ้างสถานประกอบการ และส่วนใหญ่ใช้เวลาในการประกอบอาชีพ มีเวลาดูแลภายในครอบครัวและสมาชิกเฉลี่ยวันละ 2 ชั่วโมง การนั่งดูโทรทัศน์ร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนลดน้อยลง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวที่จะทำให้การสื่อสาร หรือการพูดคุย สั่งสอนลูกหลานมีน้อยลง

ยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี จำนวน 384 คน พบว่า คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่จบการศึกษาค่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.5

ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.6 เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 28.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 82.3 ครอบครัวมีการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 45.5 มีการระมัดระวังการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงนาน 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 คิดเป็นร้อยละ 32.6 มีการรักษาความสะอาดในบ้านและรอบบ้านเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 38.6 มีการสวมหมวกกันน็อกหรือคาดเข็มขัดนิรภัยเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 65.4 มีการหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้นาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะปกติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 5,445 คน โดยสอบถามความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปัญหามากที่สุด คือ การกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ใน 1 วัน ลดการกินอาหารที่มีไขมันสูง ลดการกินอาหารประเภททอด อาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ส่วนพฤติกรรม การออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 16.0 เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาด้วยความแรงระดับหนัก สัปดาห์ละ 2-3 วัน ๆ ละ 20-30 นาที เพียงร้อยละ 16.0 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาด้วยความแรงระดับปานกลาง สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 41.9 มีการยืดเหยียดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพียงร้อยละ 43.22 และ 44.3 ตามลำดับ ในด้าน พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการผ่อนคลายความเครียดโดยการปรึกษา

พูดคุยกับเพื่อน ๆ ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย สวดมนต์ ปลูกต้นไม้ ควบคุมอารมณ์ตนเอง ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี และยังมีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับอบายมุขอยู่ในระดับไม่ดี พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย (2549) ศึกษาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขต 3 โดยสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15-60 ปีในครัวเรือน ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 8 และ 9 จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 46.8 มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 42.5 มีการออกกำลังกายพอเพียงต่อสุขภาพ ร้อยละ 70.1 และออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 84.9 เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย 20-30 นาทีและมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 73.8 ในแต่ละครั้งมีความเหนื่อยพอประมาณ ร้อยละ 55.8 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 56.7 ประชาชนส่วนใหญ่นิยมเพิ่มรสชาติให้อาหาร ร้อยละ 35.1 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารประเภททอด ผัด ปิ้งย่าง อาหารใส่กะทิ กินอาหารติดมัน ในส่วนของการเลือกซื้อของสด กลุ่มตัวอย่างเลือกของสดที่ใหม่สะอาด ร้อยละ 80.9

กุลวลี โรจน์ไพศาลกิจ (2549) ศึกษาการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 9 จังหวัดในภาคตะวันออก พบว่า

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า

ประชาชนในภาคตะวันออกมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้าน รวมทั้งการซื้ออาหารสำเร็จแบบถุงพลาสติกมาบริโภค เนื่องจากคนส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร ประกอบกับต้องการความรวดเร็วและสะดวกสบาย รวมทั้งการบริโภคอาหารแบบตะวันตกหรืออาหารจานด่วน ซึ่งเปิดขายอยู่ตามห้างสรรพสินค้าในทุกจังหวัดของภาคตะวันออก นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชาชนยังนิยมบริโภคอาหารแบบต่างชาติน่าขึ้น จะพบได้จากการรับประทานอาหารเช้าของประชาชนในภาคตะวันออก ซึ่งได้แปรเปลี่ยนไปเป็นการดื่มชา กาแฟ ไข่ดาว แซมเบอร์เกอร์ แซนวิช และขนมปัง เป็นต้น

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในภาคตะวันออก พบว่า แม้ว่าภาครัฐและเอกชนหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยการส่งเสริมนโยบายต่าง ๆ ในด้านการออกกำลังกาย การประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ การสร้างศูนย์สุขภาพ ศูนย์พัฒนาสุขภาพ สนามกีฬา สวนสุขภาพ

สะดวกน้ำ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนบางส่วนที่ไม่เห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย ประกอบกับสภาพการดำรงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย จึงทำให้คนกลุ่มหนึ่งละเลยการออกกำลังกายไป นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการออกกำลังกายที่รณรงค์ให้ประชาชนสนใจการออกกำลังกาย ยังไม่เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งประชาชนยังขาดทางเลือกในการออกกำลังกาย เนื่องจากการจัดกิจกรรม การออกกำลังกายในชุมชนส่วนใหญ่เป็นการเดินแอโรบิก ซึ่งเหมาะกับคนเพียงบางกลุ่ม

3. พฤติกรรมการเสพติด พบว่า

ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 29.6 โดยเฉพาะ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน มากกว่าร้อยละ 50 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในลักษณะกิจวัตรประจำวัน และยังมีนิยมดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อต้องการทำงานให้ได้นานมากขึ้นและช่วยเพิ่มความรู้สึกสดชื่น

5.2 งานวิจัยต่างประเทศ มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

โคเบอร์น และ โปป (Coburn and Pope, 1974) ศึกษาสถานภาพทางสังคมและ พฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพของชายในเมืองวิกตอเรียและรัฐบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ ผู้ที่มี ระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากกว่าที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน 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 พบว่า วัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริม สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และสามารถ ใช้เป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 13.4

สเตลตี และแมคบริม (Steele and McBroom, 1972: 382-392) ศึกษาแนวคิดและ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,243 คน พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ การศึกษา รายได้ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในประชาชน กลุ่มต่าง ๆ และพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าว มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” ดังระบุไว้ในภาพที่ 1.1 หน้า 4

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ซึ่งได้จากข้อมูลครัวเรือนของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียง ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุข 2 เขต คือ เขต 8 ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ นครนายก และเขต 9 ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด จำนวน 2,061,254 ครัวเรือน (ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย 2549) ถ้าครัวเรือนใดที่สุ่มตัวอย่างได้ มีครอบครัวอาศัยอยู่มากกว่า 1 ครอบครัว ให้เลือกผู้นำครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นเพียง 1 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ซึ่งได้มาโดยวิธีการดังต่อไปนี้

1.2.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรความผิดพลาดมาตรฐาน โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95 % และให้ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ($e=0.05$) (สมเดช สิทธิพงศ์พิทยา 2545: 241) ดังนี้

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

โดย n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อน

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{2,061,254}{1+2061,254 (0.05)^2} \\ &= 400 \end{aligned}$$

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน

1.2.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้
 ขั้นตอนที่ 1 สุ่มจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 8 และ 9 เขตละ 2 จังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ได้จังหวัดตัวอย่าง 4 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี

การกำหนดหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนของจำนวนผู้นำครอบครัว จากสูตร ดังนี้

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

เมื่อ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N_i = ขนาดประชากรของแต่ละจังหวัด

N = ขนาดประชากรทั้งหมด

ได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จังหวัด จำนวนผู้นำครอบครัว จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	จำนวนผู้นำครอบครัว	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. ฉะเชิงเทรา	203,314	76
2. ปราจีนบุรี	142,730	52
3. ชลบุรี	551,722	206
4. จันทบุรี	174,933	66
รวม	1,072,699	400

- ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอำเภอตัวอย่าง จังหวัดละ 2 อำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย
 ด้วยวิธีการจับสลาก ได้อำเภอตัวอย่าง 8 อำเภอ
- ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตำบลตัวอย่าง อำเภอละ 1 ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่าย
 ด้วยวิธีการจับสลาก ได้ตำบลตัวอย่าง 8 ตำบล
- ขั้นตอนที่ 4 สุ่มหมู่บ้านตัวอย่าง ตำบลละ 2 หมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย
 ด้วยวิธีการจับสลาก ได้หมู่บ้านตัวอย่าง 16 หมู่บ้าน
- ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างผู้นำครอบครัวในแต่ละหมู่บ้าน ตามสัดส่วนขนาด
 กลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง
 ที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 เขตสาธารณสุข จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เขตที่	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง
8	ฉะเชิงเทรา	บางปะกง	บางปะกง	2 หมู่บ้าน	38 คน
		สนามชัยเขต	ท่ากระดาน	2 หมู่บ้าน	38 คน
	ปราจีนบุรี	ประจันตคาม	ประจันตคาม	2 หมู่บ้าน	26 คน
		ศรีมโหสถ	โคกปีบ	2 หมู่บ้าน	26 คน
9	ชลบุรี	เมือง	คลองคำหรุ	2 หมู่บ้าน	103 คน
		บ้านบึง	ตำบลมาบไฟ	2 หมู่บ้าน	103 คน
	จันทบุรี	เมือง	จันทนิมิตร	2 หมู่บ้าน	33 คน
		ขลุง	ตะปอน	2 หมู่บ้าน	33 คน
2 เขต	4 จังหวัด	8 อำเภอ	8 ตำบล	16 หมู่บ้าน	400 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ลักษณะของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ผู้นำครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 30 ข้อ

2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผู้นำครอบครัว

2.2.2 สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการวัด เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วเตรียมตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.2.3 ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content validity) ของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้ไข และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและคณะอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้

2.2.4 หาคความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้นำครอบครัวในตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาหาคความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .896

2.2.5 ปรับปรุงแก้ไขและจัดทำแบบสอบถามการวิจัยฉบับสมบูรณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

3.1 ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในพื้นที่เป้าหมาย นัดวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดผู้นำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาพบกันที่สถานีอนามัย

3.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วแจกแบบสอบถามให้ผู้นำครอบครัวตอบแบบสอบถาม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานงาน และผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวจนแล้วเสร็จทุกพื้นที่ตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้นำครอบครัว จำนวน 400 คน และได้รับแบบสอบถามที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และครบถ้วน คิดเป็น 100% ของแบบสอบถามทั้งหมด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

4.2 จัดทำคู่มือลงรหัส และป้อนข้อมูลลงแผ่นบันทึกเพื่อคำนวณค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวในรูปของจำนวน ร้อยละ และบรรยายพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ ในรูปของค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยแปลงการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นระดับคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ระดับคะแนน	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ระดับคะแนน	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ระดับคะแนน	0

การแปลความหมายค่าเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว
โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์การประเมินของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 8-9) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
1.34 – 2.00	มาก
0.67 – 1.33	ปานกลาง
0.00 – 0.66	น้อย

4.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยค่าสถิติไค-สแคว์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	375	93.8
หญิง	25	6.2
รวม	400	100
อายุ		
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	85	21.2
31 - 40 ปี	168	42.0
41 - 50 ปี	119	29.8
51 ปีขึ้นไป	28	7.0
รวม	400	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	153	38.2
มัธยมศึกษา/ปวช.	127	31.7
อนุปริญญา/เทียบเท่า	61	15.3
ปริญญาตรี/สูงกว่า	59	14.8
รวม	400	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	104	26.0
ค้าขาย/บริการ	106	40.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	136	34.0
รวม	400	100
รายได้ต่อเดือน		
5,000 - 10,000 บาท	280	70.0
10,000 - 15,000 บาท	88	22.0
15,001 บาทขึ้นไป	32	8.0
รวม	400	100
การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานอนามัย		
เคย	347	86.8
ไม่เคย	53	13.2
รวม	400	100
การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย		
เคย	230	57.5
ไม่เคย	170	42.5
รวม	400	100
การไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ		
เคย	98	24.5
ไม่เคย	302	75.5
รวม	400	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีอาชีพค้าขาย/บริการ คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างเคยไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานีนอนมัย คิดเป็นร้อยละ 86.8 เคยไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 75.5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย

จากการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว		
เพียงพอเหลือเก็บ	89	22.2
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	75	18.8
ไม่เพียงพอ	236	59.0
รวม	400	100
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	259	64.8
ครอบครัวขยาย	141	35.2
รวม	400	100
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว		
มาก	131	32.8
ปานกลาง	192	48.0
น้อย	77	19.2
รวม	400	100

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.0 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.0 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.0

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออก ของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ผลการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายด้านและรายชื่อ ดังตารางที่ 4.3 - 4.9

3.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออก
ของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออก
ของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การบริโภคอาหาร	1.11	.48	ปานกลาง
2. การออกกำลังกาย	1.08	.34	ปานกลาง
3. การจัดการความเครียด	1.11	.57	ปานกลาง
4. การป้องกันโรค	1.05	.50	ปานกลาง
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน	1.04	.39	ปานกลาง
6. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด	1.06	.46	ปานกลาง
รวม	1.07	.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.07$) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11, 1.08, 1.11, 1.05, 1.04,$ และ 1.06 ตามลำดับ)

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัว

ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน	1.32	.48	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน และเค็มจัด	.82	.51	ปานกลาง
3. การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสี หรือสารกันบูด เช่น ผงชูรส อาหารใส่สี เป็นต้น	.96	.49	ปานกลาง
4. การเลือกซื้ออาหารประเภทเนื้อ ปลา กุ้ง ผัก และผลไม้ที่มีสีหรือลักษณะใกล้เคียงธรรมชาติ	1.10	.65	ปานกลาง
5. การเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุง ที่ปรุงสุกใหม่ และมีภาชนะปกปิดกันฝุ่นละออง	1.36	.65	มาก
6. การเลือกซื้ออาหารแปรรูป (เช่น อาหารกระป๋อง อาหารบรรจุซอง ฯลฯ) โดยดูเครื่องหมาย “อย. ที่มีเลขทะเบียน” วันผลิต/วันหมดอายุ	1.11	.57	ปานกลาง
รวม	1.11	.48	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสี การเลือกซื้ออาหารที่มีสีหรือลักษณะใกล้เคียงธรรมชาติ และการเลือกซื้ออาหารแปรรูป กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.32, .82, .96, 1.10$, และ 1.11 ตามลำดับ) แต่การเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุงที่ปรุงสุกใหม่และมีภาชนะปกปิดกันฝุ่นละออง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.36$)

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย ในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน	1.30	.50	ปานกลาง
2. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย ในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน แต่ครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 นาที	1.49	.50	มาก
3. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย ในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน แต่ครั้ง จะรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ	1.47	.56	มาก
4. การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น การก้มแตะที่พื้น หรือปลายเท้า การเอามือประสานและดันขึ้น เหนือศีรษะ การเอียงตัว เอียงคอและหยุดค้างไว้	.60	.55	น้อย
5. การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ยกของ ที่มีน้ำหนัก เล่นบาร์ เป็นต้น	.57	.64	น้อย
รวม	1.08	.34	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.30$) ส่วนการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ แต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 นาที และการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ แต่ละครั้งจะรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.49$, และ 1.47 ตามลำดับ) แต่การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .60$, และ .57 ตามลำดับ)

3.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหา เมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ	1.12	.64	ปานกลาง
2. การมีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ชมภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น	1.26	.69	ปานกลาง
3. การยอมรับสภาพปัญหาและคิดแง่บวก เมื่อมีปัญหา	1.15	.69	ปานกลาง
4. การอุทิศตนและช่วยเหลือผู้อื่น หมู่บ้าน และชุมชน	.93	.64	ปานกลาง
5. การพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับบุคคลที่ใกล้ชิด เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ	1.08	.75	ปานกลาง
รวม	1.11	.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า โดยรวมผู้นำครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ การมีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การยอมรับสภาพปัญหาและคิดแง่บวก การอุทิศตนและช่วยเหลือผู้อื่น หมู่บ้านและชุมชน การพูดคุยปรึกษาหารือกับบุคคลที่ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.12, 1.26, 1.15, .93,$ และ 1.08 ตามลำดับ)

3.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การควบคุมน้ำหนักตัว โดยออกกำลังกาย สม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ที่ไขมันสูง	.90	.64	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย	1.20	.73	ปานกลาง
3. การมองโลกในแง่ดีและทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใสอยู่เสมอ	1.20	.73	ปานกลาง
4. การสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการ ขับขี่ยานพาหนะ	1.39	.49	มาก
5. การหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี	.58	.58	น้อย
รวม	1.05	.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การควบคุมน้ำหนักตัว โดยการออกกำลังกาย สม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย การมองโลกในแง่ดีและการทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .90, 1.20,$ และ 1.20 ตามลำดับ) ส่วนการสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย ในการขับขี่ยานพาหนะ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.39$) แต่การหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .58$)

3.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การจัดบ้านให้สะอาด ปราศจากขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล	1.11	.52	ปานกลาง
2. การกำจัดแหล่งน้ำขัง และทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้าน	.94	.57	ปานกลาง
3. การหมั่นตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็น ระเบียบ เพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ภายในบ้าน	1.02	.59	ปานกลาง
4. การแสดงความรัก ความห่วงใยแก่สมาชิก ในครอบครัว	1.19	.67	ปานกลาง
5. การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารเย็น ดูโทรทัศน์ เป็นต้น	.95	.40	ปานกลาง
รวม	1.04	.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.04$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การจัดบ้านให้สะอาด ปราศจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การกำจัดแหล่งน้ำขังและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้าน การหมั่นตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ การแสดงความรัก ความห่วงใยแก่สมาชิกในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11, .94, 1.02, 1.19,$ และ $.95$ ตามลำดับ)

3.7 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ เมื่อมีคนชวน ให้ดื่มสุรา ไวน์ ยาแดงเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	.61	.68	น้อย
2. การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ เมื่อมีคนชวน ให้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม 100 เป็นต้น	.91	.66	ปานกลาง
3. การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวน ให้สูบบุหรี่หรือยาเส้น	.94	.66	ปานกลาง
4. การปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้เสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน เป็นต้น	1.81	.43	มาก
รวม	1.06	.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.9 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้ดื่มสุรา ไวน์ ยาแดงเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .61$) ส่วนการหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ เมื่อมีคนชวนให้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้สูบบุหรี่หรือยาเส้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .91$, และ $.94$ ตามลำดับ) แต่การปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้เสพยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.81$)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษา จำแนกตามผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ดังตารางที่ 4.10 - 4.16

4.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	โดยรวม									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
เพศ									.738	.691
ชาย	105	26.3	204	51.0	66	16.5	375	93.8		
หญิง	9	2.2	12	3.0	4	1.0	25	6.2		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
อายุ									30.555	.000***
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	9	2.3	49	12.3	27	6.8	85	21.2		
31 - 40 ปี	48	12.0	94	23.5	26	6.5	168	42.0		
41 - 50 ปี	47	11.8	60	15.0	12	3.0	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	10	2.5	13	3.3	5	1.3	28	7.0		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
ระดับการศึกษา									240.307	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	1	0.3	97	24.3	55	13.8	153	38.3		
มัธยมศึกษา/ปวช.	21	5.3	91	22.8	15	3.8	127	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	0	0.0	22	5.5	39	9.8	61	15.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	53	13.3	6	1.5	0	0.0	59	14.8		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
อาชีพ									170.468	.000***
เกษตรกร	0	0.0	63	15.7	41	10.3	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	25	6.3	107	26.8	28	7.0	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	89	22.2	46	11.5	1	0.3	136	34.0		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	โดยรวม									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รายได้ต่อเดือน									282.787	.000***
5,000 - 10,000 บาท	11	2.8	199	48.8	70	17.5	28	70.0		
10,001 - 15,000 บาท	71	17.8	17	4.3	0	0.0	88	22.0		
15,001 บาทขึ้นไป	32	8.0	0	0.0	0	0.0	32	8.0		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานีอนามัย									52.283	.000***
เคย	114	28.5	189	47.3	44	11.0	347	86.8		
ไม่เคย	0	0.0	27	6.7	26	6.5	53	13.2		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย									131.311	.000***
เคย	110	27.5	111	27.7	9	2.3	230	57.5		
ไม่เคย	0	0.0	27	6.7	26	6.5	53	13.2		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ									96.469	.000***
เคย	66	16.5	26	6.5	6	1.5	98	24.5		
ไม่เคย	48	12.0	190	47.5	64	16.0	302	75.5		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.10 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของนำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานีนอนมัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ									3.838	.147
ชาย	115	28.8	172	43.0	88	22.0	375	93.8		
หญิง	11	2.7	12	3.0	2	0.5	25	6.2		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
อายุ									27.561	.000***
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	10	2.5	45	11.3	30	7.5	85	21.2		
31 - 40 ปี	57	14.3	71	17.8	40	10.0	168	42.0		
41 - 50 ปี	48	12.0	56	14.0	15	30.8	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	11	2.8	12	3.0	5	1.3	28	7.0		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
ระดับการศึกษา									208.528	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	4	1.0	79	19.8	70	17.5	153	38.3		
มัธยมศึกษา/ปวช.	32	8.0	75	18.8	20	5.0	127	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	38	9.5	23	5.8	0	0.0	61	15.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	52	13.0	7	1.8	0	0.0	59	14.8		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
อาชีพ									204.574	.000**
เกษตรกร	0	0.0	44	11.0	60	15.0	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	32	8.0	98	24.5	30	7.5	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	94	23.5	42	10.5	0	0.0	136	34.0		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	ด้านการบริโภคอาหาร									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รายได้ต่อเดือน									215.215	.000***
5,000 - 10,000 บาท	27	6.8	163	40.8	90	22.5	28.0	70.0		
10,001 - 15,000 บาท	68	17.0	20	5.0	0	0.0	88	22.0		
15,001 บาทขึ้นไป	31	7.8	1	0.3	0	0.0	32	8.0		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
การใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานเฝ้าหมาย									72.640	.000***
เคย	126	31.5	166	41.5	55	13.8	347	86.8		
ไม่เคย	0	0.0	18	4.5	35	8.7	53	13.2		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย									149.960	.000***
เคย	120	30.0	99	24.7	11	2.8	230	57.5		
ไม่เคย	6	1.5	85	21.3	79	19.7	170	42.5		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ									76.012	.000***
เคย	65	16.3	28	7.0	5	1.2	98	24.5		
ไม่เคย	61	15.2	156	39.0	85	21.3	302	75.5		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.11 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานอนามัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
ผลการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	ด้านการออกกำลังกาย									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
เพศ									.919	.632
ชาย	153	38.3	166	41.5	56	14.0	375	93.8		
หญิง	8	12.0	2	3.0	5	1.2	25	6.2		
รวม	161	40.3	78	44.5	61	15.2	400	100		
อายุ									9.000	.174
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	35	8.8	36	9.0	14	3.5	85	21.2		
31 - 40 ปี	59	14.8	78	19.5	31	7.8	168	42.0		
41 - 50 ปี	54	13.5	55	13.8	10	2.5	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	13	3.3	9	2.3	6	1.5	28	7.0		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
ระดับการศึกษา									69.539	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	92	23.0	40	10.0	21	5.3	153	38.3		
มัธยมศึกษา/ปวช.	21	5.3	78	19.5	28	7.0	127	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	16	4.0	36	9.0	9	2.3	61	15.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	32	8.0	24	6.0	3	0.8	59	14.3		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
อาชีพ									159.662	.000***
เกษตรกร	92	23.0	11	2.7	1	0.3	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	23	5.8	91	22.8	46	11.4	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	46	11.5	76	19.0	14	3.5	136	34.0		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	ด้านการออกกำลังกาย									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
รายได้ต่อเดือน								21.391	.000***	
5,000 - 10,000 บาท	106	26.5	120	30.0	54	13.5	280	70.0		
10,001 - 15,000 บาท	33	8.3	48	12.0	7	1.8	88	22.0		
15,001 บาทขึ้นไป	22	5.5	10	2.5	0	0.0	32	8.0		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
การไปใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานเฝ้าระวัง								22.201	.000***	
เคย	124	31.0	166	41.5	57	14.3	347	86.8		
ไม่เคย	37	9.3	12	3.0	4	0.9	53	13.2		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย								149.960	.000***	
เคย	68	17.0	123	30.8	39	9.7	230	57.5		
ไม่เคย	93	23.3	55	13.7	22	5.5	170	42.5		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ								0.515	.773	
เคย	39	9.8	46	11.5	13	3.2	98	24.5		
ไม่เคย	122	30.5	132	33.0	48	12.0	302	75.5		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.12 พบว่า เพศ อายุ และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานเอนามัย การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียง
ของประเทศไทย
ผลการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียง
ของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ									2.185	.335
ชาย	137	34.3	150	37.5	88	22.0	375	93.8		
หญิง	9	2.2	13	3.3	3	0.8	25	6.2		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
อายุ									19.816	.003**
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	35	8.8	36	9.0	14	3.5	85	21.2		
31 - 40 ปี	59	14.8	78	19.5	31	7.8	168	42.0		
41 - 50 ปี	54	13.5	55	13.8	10	2.5	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	13	3.3	9	2.3	6	1.5	28	7.0		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
ระดับการศึกษา									233.525	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	5	13.2	73	18.3	75	18.8	153	38.2		
มัธยมศึกษา/ปวช.	39	9.8	72	18.0	16	4.0	127	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า ปริญญาตรี/สูงกว่า	102	25.5	18	4.5	0	0.0	120	30.0		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
อาชีพ									197.557	.000***
เกษตรกร	1	0.3	43	10.8	60	15.0	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	43	10.7	87	21.8	30	7.5	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	102	25.5	33	8.2	1	0.3	136	34.0		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รายได้ต่อเดือน									254.067	.000***
5,000-10,000 บาท	32	8.0	157	39.3	91	22.8	280	70.0		
10,001 -15,000 บาท	82	20.5	6	1.5	0	0.0	88	22.0		
มากกว่า 15,000 บาท	32	8.0	0	0.0	0	0.0	32	8.0		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
การไปใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานเฝ้าระวัง									54.377	.000***
เคย	145	36.3	142	35.5	60	15.0	347	86.8		
ไม่เคย	1	0.2	21	5.3	31	7.8	53	13.2		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย									156.865	.000***
เคย	138	34.5	79	19.8	13	3.3	230	57.5		
ไม่เคย	8	2.0	84	21.0	78	19.5	170	42.5		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ									90.207	.000***
เคย	75	8.6	17	4.5	6	1.5	98	24.5		
ไม่เคย	71	17.9	146	36.3	85	21.3	302	75.5		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.13 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานีนอนมัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	ด้านการป้องกันโรค									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
เพศ									.027	.987
ชาย	130	32.4	137	34.2	108	27.1	375	93.8		
หญิง	9	2.3	9	2.3	7	1.7	25	6.2		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
อายุ									31.849	.000***
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	16	4.0	27	6.8	42	10.5	85	21.2		
31 - 40 ปี	59	14.7	62	15.5	47	11.8	168	42.0		
41 - 50 ปี	53	13.2	45	11.2	21	5.3	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	11	2.8	12	3.0	5	1.3	28	7.0		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
ระดับการศึกษา									215.084	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	9	2.3	59	14.8	85	21.3	153	38.3		
มัธยมศึกษา/ปวช.	34	8.5	64	16.0	29	7.3	129	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	40	10.0	20	5.0	1	0.3	61	15.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	56	14.0	3	0.7	0	0.0	59	14.8		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
อาชีพ									194.397	.000***
เกษตรกร	1	0.3	34	8.5	69	17.3	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	43	10.8	73	18.3	44	11.0	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	95	23.7	39	9.7	2	0.5	136	34.0		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รายได้ต่อเดือน									238.219	.000***
5,000 - 10,000 บาท	35	8.8	130	32.5	115	28.8	280	70.0		
10,001 - 15,000 บาท	74	18.4	14	3.5	0	0.0	88	22.0		
15,000 บาทขึ้นไป	30	7.5	2	0.5	0	0.0	32	8.0		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
การไปใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานเฝ้าระวัง									56.715	.000***
เคย	138	34.5	131	32.7	78	22.5	347	86.8		
ไม่เคย	1	0.2	15	3.8	37	19.5	53	13.2		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย									150.012	.000***
เคย	129	32.2	80	20.0	21	5.3	230	57.5		
ไม่เคย	10	2.5	66	16.5	94	23.5	170	42.5		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ									85.211	.000***
เคย	71	17.7	20	5.0	7	1.8	98	24.5		
ไม่เคย	68	17.0	126	31.5	108	27.0	302	75.5		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.14 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานอนามัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
ผลการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ									4.301	.116
ชาย	63	15.8	214	53.5	98	24.5	375	93.8		
หญิง	8	2.0	10	2.5	7	1.8	25	6.2		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
อายุ									32.643	.000***
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	5	1.3	43	10.8	37	9.3	85	21.2		
31 - 40 ปี	24	6.0	103	25.8	41	10.3	168	42.0		
41 - 50 ปี	34	8.5	64	16.0	21	5.3	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	8	2.0	14	3.5	6	1.5	28	7.0		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
ระดับการศึกษา									195.292	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	0	0.0	73	18.3	80	20.0	153	38.3		
มัธยมศึกษา/ปวช.	13	3.3	90	22.5	24	6.0	127	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	20	5.0	40	10.0	1	0.3	61	15.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	38	19.5	21	5.3	0	0.0	59	14.8		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
อาชีพ									160.055	.000***
เกษตรกร	0	0.0	41	10.2	63	15.3	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	13	3.3	108	27.0	39	9.7	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	58	14.5	75	18.8	3	0.8	136	34.0		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
รายได้ต่อเดือน								210.275	.000***	
5,000-10,000 บาท	4	1.0	171	42.8	105	26.3	280	70.0		
10,001-15,000 บาท	41	10.3	47	11.8	0	0.0	88	22.0		
15,000 บาทขึ้นไป	26	6.5	6	1.5	0	0.0	32	8.0		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
การไปใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานเฝ้าหมาย								62.278	.000***	
เคย	71	17.8	208	52.0	68	17.0	347	86.8		
ไม่เคย	0	0.0	16	4.0	37	9.3	53	13.2		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย								124.708	.000***	
เคย	68	17.0	146	36.5	16	4.0	230	57.5		
ไม่เคย	3	0.8	78	19.5	89	22.3	170	42.5		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ								98.114	.000***	
เคย	49	12.3	42	10.5	7	1.8	98	24.5		
ไม่เคย	22	5.5	182	45.5	98	24.5	302	75.5		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.15 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานีนอนามัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย
ผลการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ									5.354	.069
ชาย	79	19.8	230	57.5	66	16.5	375	93.8		
หญิง	7	1.7	18	4.5	0	0.0	25	6.2		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
อายุ									12.697	.048*
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	10	2.5	53	13.3	22	5.5	85	21.2		
31 - 40 ปี	37	9.3	105	26.3	26	6.5	168	42.0		
41 - 50 ปี	30	7.5	75	18.8	14	3.5	119	29.8		
51 ปีขึ้นไป	9	2.3	15	3.8	4	1.0	28	7.0		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
ระดับการศึกษา									115.280	.000***
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	3	0.8	104	26.0	46	11.5	153	38.2		
มัธยมศึกษา/ปวช.	23	5.8	85	21.2	19	4.8	127	31.8		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	27	6.8	33	8.3	1	0.3	61	15.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	33	8.3	26	6.5	0	0.0	59	14.8		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
อาชีพ									96.304	.000***
เกษตรกร	1	0.3	68	17.0	35	8.7	104	26.0		
ค้าขาย/บริการ	24	6.0	108	27.0	28	7.0	160	40.0		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	61	15.2	72	18.0	3	0.8	136	34.0		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รายได้ต่อเดือน								15.498	.000***	
5,000 -10,000 บาท	18	4.5	196	49.0	66	16.5	280	70.0		
10,001 -15,000 บาท	49	12.3	39	9.8	0	0.0	88	22.0		
15,001 บาทขึ้นไป	19	4.8	13	3.3	0	0.0	32	8.0		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก โรงพยาบาล/ สถานเอนามัย									95.408	.000***
เคย	85	21.3	210	52.5	52	13.0	347	86.8		
ไม่เคย	1	0.2	38	9.5	14	3.5	53	13.2		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/ สถานที่ออกกำลังกาย									67.746	.000***
เคย	79	19.7	133	33.3	18	4.5	230	57.5		
ไม่เคย	7	1.8	115	28.7	48	12.0	170	42.5		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
การไปใช้บริการจาก ชมรมสร้างสุขภาพ									44.440	.000***
เคย	43	10.7	51	12.8	4	1.0	98	24.5		
ไม่เคย	43	10.8	197	49.2	62	15.5	302	75.5		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.16 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานีนอนมัย การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และการไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษา จำแนกตามผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ดังตารางที่ 4.17 - 4.23

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	โดยรวม									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว									212.432	.000***
เพียงพอเหลือเก็บ	86	21.5	3	0.8	0	0.0	89	22.2		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	26	6.5	49	12.3	0	0.0	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	2	0.5	164	41.0	70	17.5	136	59.0		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
ลักษณะครอบครัว									.522	.770
ครอบครัวเดี่ยว	76	19.0	140	35.0	43	10.8	259	64.8		
ครอบครัวขยาย	38	9.5	76	19.0	27	6.7	141	35.2		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว									157.980	.000***
มาก	74	18.5	56	14.0	1	0.3	131	32.8		
ปานกลาง	39	9.7	127	31.8	26	6.5	192	48.0		
น้อย	1	0.3	33	8.2	43	10.8	77	19.2		
รวม	114	28.5	216	54.0	70	17.5	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
โดยรวมของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.001 ส่วนลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้นำ
ครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว								260.238	.000***	
เพียงพอเหลือเก็บ	84	21.0	5	1.3	0	0.0	89	22.2		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	29	7.3	44	11.0	2	0.5	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	13	3.3	135	33.8	88	22.0	236	59.0		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
ลักษณะครอบครัว								4.524	.104	
ครอบครัวเดี่ยว	83	20.7	126	31.5	50	12.5	259	64.8		
ครอบครัวขยาย	43	10.8	58	14.5	40	10.0	141	35.2		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว								169.753	.000***	
มาก	80	20.0	48	12.0	3	0.8	131	32.8		
ปานกลาง	44	11.0	113	28.3	35	8.7	192	48.0		
น้อย	2	0.5	23	5.7	52	13.0	77	19.2		
รวม	126	31.5	184	46.0	90	22.5	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

5.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	ด้านการออกกำลังกาย									
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว									24.442	.000***
เพียงพอเหลือเก็บ	48	12.0	39	9.8	2	0.5	89	22.2		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	2	5.0	43	10.8	12	3.0	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	93	23.3	96	24.0	47	11.8	236	59.0		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
ลักษณะครอบครัว									7.304	.026*
ครอบครัวเดี่ยว	94	23.5	128	32.0	37	9.3	259	64.8		
ครอบครัวขยาย	67	16.8	50	12.5	24	5.9	141	35.2		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว									44.475	.000***
มาก	53	13.3	57	14.3	21	5.2	131	32.8		
ปานกลาง	53	13.3	106	26.4	33	8.3	192	48.0		
น้อย	55	13.7	15	3.8	7	1.8	77	19.2		
รวม	161	40.3	178	44.5	61	15.2	400	100		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการ
ออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

5.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว								260.238	.000***	
เพียงพอเหลือเก็บ	14	3.5	1	0.3	0	0.0	89	22.2		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	44	11.0	31	7.8	0	0.0	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	88	22.0	131	32.8	91	22.8	236	59.0		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
ลักษณะครอบครัว								2.344	.310	
ครอบครัวเดี่ยว	99	24.6	107	26.8	53	13.3	259	64.8		
ครอบครัวขยาย	47	11.9	56	14.0	38	9.5	141	35.2		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว								168.414	.000***	
มาก	87	21.8	36	9.0	8	2.0	131	32.8		
ปานกลาง	56	14.0	106	26.5	30	7.5	192	48.0		
น้อย	3	0.4	21	5.3	53	13.3	77	19.2		
รวม	146	36.5	163	40.8	91	22.8	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการจัดการความเครียดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

5.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้ปกครองในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้ปกครองในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรค						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว									265.573	.000***
เพียงพอเหลือเก็บ	88	22.0	1	0.3	0	0.0	89	22.2		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	40	10.0	34	8.5	1	0.3	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	11	2.7	111	27.7	114	28.5	236	59.0		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
ลักษณะครอบครัว									1.657	.437
ครอบครัวเดี่ยว	89	22.2	101	25.2	69	17.3	259	64.8		
ครอบครัวขยาย	50	12.5	45	11.3	46	11.5	141	35.2		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว									155.481	.000***
มาก	87	21.7	35	8.7	9	2.3	131	32.8		
ปานกลาง	49	12.2	96	24.0	47	11.8	192	48.0		
น้อย	3	0.8	15	3.8	59	14.8	77	19.2		
รวม	139	34.7	146	36.5	115	28.8	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการป้องกันโรคของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

5.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
ผลการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว								208.720	.000***	
เพียงพอเหลือเก็บ	55	13.8	34	8.5	0	0.0	89	22.3		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	13	3.3	59	14.8	3	0.8	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	3	0.8	131	32.8	102	25.5	236	59.0		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
ลักษณะครอบครัว								2.975	.226	
ครอบครัวเดี่ยว	44	11.0	153	38.3	62	15.5	259	64.8		
ครอบครัวขยาย	27	6.8	71	17.7	43	10.8	141	35.2		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว								155.481	.000***	
มาก	54	13.5	76	19.0	1	0.3	131	32.8		
ปานกลาง	16	4.0	135	33.7	41	10.8	192	48.0		
น้อย	1	0.3	13	3.3	63	15.7	77	19.2		
รวม	71	17.8	224	56.0	105	26.3	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของ
ประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย
ผลการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด						จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-value
	มาก		ปานกลาง		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว								173.137	.000***	
เพียงพอเหลือเก็บ	60	15.0	29	7.3	0	0.0	89	22.3		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	19	4.8	51	12.8	5	1.3	75	18.8		
ไม่เพียงพอ	7	1.8	168	42.0	61	15.3	236	59.0		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
ลักษณะครอบครัว								2.440	.295	
ครอบครัวเดี่ยว	60	15.0	161	42.0	38	9.5	259	64.8		
ครอบครัวชาย	26	6.5	87	21.8	28	7.0	141	35.2		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว								69.414	.000***	
มาก	49	12.2	77	19.3	5	1.3	131	32.8		
ปานกลาง	35	8.8	127	31.7	30	7.5	192	48.0		
น้อย	2	0.5	44	11.0	31	7.7	77	19.2		
รวม	86	21.5	248	62.0	66	16.5	400	100		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิต
ครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย” นี้ สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.1.2 ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2.3 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย จำนวน 2,061,254 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้มาโดยการคำนวณจากสูตรของทาโร ยามานะ (Yamane) การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละจังหวัด

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด จำนวน 30 ข้อ

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยในพื้นที่เป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนัดผู้นำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันที่สถานีอนามัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และแจกแบบสอบถามให้ผู้นำครอบครัวตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2549 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทั้ง 400 ชุด

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์

1.3 ผลการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้สามารถจำแนกผลการวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีอาชีพค้าขาย/บริการ คิดเป็นร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,000 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เคยไป

ใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 86.8 เคยไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 75.5

1.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.0 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.0 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.0

1.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.07$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **การบริโภคอาหาร** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน และเค็มจัด การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสีหรือสารกันบูด การเลือกซื้ออาหารประเภทเนื้อ ปลา กุ้ง ผัก และผลไม้ที่มีลักษณะใกล้เคียงธรรมชาติ การเลือกซื้ออาหารแปรรูป โดยดูเครื่องหมาย “อย. ที่มีเลขทะเบียน” วันผลิต/วันหมดอายุ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.32, .82, .96, 1.10,$ และ 1.11 ตามลำดับ) แต่การเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุงที่ปรุงสุกใหม่ และมีภาชนะปกปิดกันฝุ่นละออง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.36$)

2) **การออกกำลังกาย** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ ฯลฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.30$) แต่การออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 นาที และการออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน ในแต่ละครั้งจะรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.49,$ และ 1.47 ตามลำดับ) ส่วนการฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .60,$ และ $.57$ ตามลำดับ)

3) **การจัดการความเครียด** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การค้นหาสาเหตุและหาทางแก้ไข ปัญหาเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ การมีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การยอมรับ

สภาพปัญหาและคิดในแง่บวกเมื่อมีปัญหา การอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น หมู่บ้านและชุมชน และการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับบุคคลที่ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.12, 1.26, 1.15, .93$, และ 1.08 ตามลำดับ)

4) การป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอและการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย การมองโลกในแง่ดีและทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .90, .73$, และ $.73$ ตามลำดับ) ส่วนการสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.33$) แต่การหมั่นตรวจสอบสภาพร่างกายประจำปี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .58$)

5) การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.04$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การจัดบ้านให้สะอาด ปราศจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การกำจัดแหล่งน้ำขัง และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้าน การหมั่นตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุในบ้าน การแสดงความรัก ความห่วงใยแก่สมาชิกในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11, .94, 1.02, 1.19$, และ $.95$ ตามลำดับ)

6) การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้ดื่มสุรา ไวน์ ขาดองเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .61$) ส่วนการหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม100 ฯลฯ และการหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้สูบบุหรี่หรือยาเส้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .91$, และ $.94$ ตามลำดับ) แต่การปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้เสพยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.81$)

1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา

สิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัย ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา และอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

2.1.1 เพศของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.8 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์ครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า หัวหน้าครัวเรือนของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 73.2 มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนเพียงร้อยละ 26.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากค่านิยมของสังคมไทยที่ยังยกย่องให้เกียรติผู้ชายในฐานะผู้นำครอบครัว นับตั้งแต่อดีต และยังคงเป็นค่านิยมที่ยังยึดถือปฏิบัติอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.1.2 อายุของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัยเทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่าผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 45 ปี ร้อยละ 61.1 และการศึกษาของชาติชายสุวรรณนิตย์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย พบว่า ผู้นำครอบครัวมีอายุระหว่าง 31- 45 ปี ร้อยละ 37.2 และการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่พบว่า หัวหน้าครัวเรือนไทยส่วนใหญ่ในภาพรวมของประเทศอยู่ในช่วงอายุวัยแรงงาน ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 49 ปี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากครอบครัวในสังคมไทยรวมทั้ง

ครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มักเกิดจากผู้นำครอบครัว ได้สร้างครอบครัวใหม่ ซึ่งหัวหน้าครอบครัวจะมีอายุไม่มากนัก รวมทั้งนโยบายการพัฒนา เศรษฐกิจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่อพยพย้ายถิ่น เข้ามาทำงานในภาคอุตสาหกรรม ตั้งถิ่นฐานและสร้างครอบครัวใหม่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งมีอายุที่ไม่มากนัก

2.1.3 ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 38.2 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึง ประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และการศึกษาของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ที่ศึกษาการประเมินผลงาน ส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขต 3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 รวมทั้งการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า หัวหน้าครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.5 และการศึกษาของ ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย (2549) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของประชาชนในเขต 3 ซึ่งพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการศึกษาอยู่ใน ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 46.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2520 กำหนดให้ภาครัฐจัดระบบการศึกษาภาคบังคับให้คนไทยทุกคนต้องเรียนจบชั้นประถมปีที่ 6 และประกอบกับในอดีตคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอาชีพทำการเกษตร และมีรายได้น้อย ดังนั้น ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา คนไทยทั่วประเทศรวมทั้งในคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงจบการศึกษา เพียงประถมศึกษาปีที่ 6 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า

2.1.4 อาชีพของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ ค้าขาย/บริการ คิดเป็นร้อยละ 40 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ส่งเสริม สุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ที่ศึกษาการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขต 3 มีอาชีพ ค้าขาย/รับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45.1 และการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ที่ศึกษา สถาบันครอบครัวกับสุขภาพ ซึ่งพบว่าอาชีพของครอบครัวแปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจและ สังคม จากเดิมเคยยึดถือครองที่ดินการเกษตรเปลี่ยนแปลงไปเป็นลูกจ้างมากขึ้น และสอดคล้องกับ การศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า หัวหน้าครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.2 และการศึกษาของศูนย์อนามัย

ที่ 3 กรมอนามัย (2549) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขต 3 ซึ่งพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 42.5 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผลของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา ที่มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศเกษตรกรรมสู่ประเทศอุตสาหกรรม โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการพัฒนาให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้ประชาชนสามารถเลือกประกอบอาชีพที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น และแปรเปลี่ยนอาชีพเกษตรกรรมเดิมเป็นการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/บริการมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

2.1.5 รายได้ต่อเดือนของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 ข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548) ที่ศึกษาภาวะเศรษฐกิจ พ.ศ. 2548 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในภาพรวมทั้งราชอาณาจักร จำนวน 7,249 บาท และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.5 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า จึงส่งผลมีรายได้ต่ำ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ต่อเดือนของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับเส้นแบ่งความยากจนในปี 2545 เท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน (สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2545) พบว่า ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งความยากจนมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้มีภาวะเศรษฐกิจดี ประชาชนมีโอกาสประกอบอาชีพที่หลากหลายและมีรายได้ดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชากรวัยทำงานโดยทั่วไปของประเทศ

2.1.6 การไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 86.8 เคยไปใช้บริการการไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพร้อยละ 75.5 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิษฐ์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า สถานบริการสาธารณสุขที่ครอบครัวไปใช้บริการมากที่สุดคือ สถานอนามัยและโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 74.6 และ 71.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลและเป็นสถานบริการที่ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะสถานอนามัยซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้เวลารอนาน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัว

ที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ผู้นำครอบครัวเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ที่ไปใช้บริการที่สถานอนามัยเป็นประจำ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ ถึงร้อยละ 75.5 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ซึ่งพบว่า ครอบครัวเข้าถึงและใช้บริการสวนสาธารณะหรือสวนสุขภาพ และสถานที่ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง เข้าถึงและใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพนาน ๆ ครั้ง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ สังคม และกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกซึ่งยังอยู่ในวัยแรงงาน ต้องมุ่งทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัว และไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพร่างกายเพราะยังมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงไม่สนใจและไม่มีความกังวลที่จะไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพที่ค่อนข้างน้อย

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

2.2.1 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.0 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสถานะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 45.5 มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทำนองเดียวกับการศึกษาของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ที่ศึกษาประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขต 3 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัวถึงร้อยละ 44.9 แต่ข้อค้นพบดังกล่าวนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิคย์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ถึงร้อยละ 67.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าและกระแสการบริโภคนิยมกระจายสู่สังคมไทยอย่างทั่วถึง ทั้งสังคมเมืองและสังคมชนบท โดยเฉพาะภาคตะวันออกมีการขยายตัวด้านอุตสาหกรรม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัวส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ ครอบครัวจึงต้องหารายได้เพิ่มเพื่อสนองตอบความต้องการ ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว และบางครอบครัวอาจขาดการวางแผนการใช้จ่ายเงิน ไม่สามารถบริหารจัดการรายได้ให้เพียงพอกับรายจ่าย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว

2.2.2 ลักษณะครอบครัวของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.8 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 74.6 และการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ที่ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารองค์ความรู้ และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับครอบครัวและกลุ่มนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ พบว่า สถานการณ์และแนวโน้มของครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำนองเดียวกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า ลักษณะครอบครัวในภาคตะวันออกมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68.7 รวมทั้งการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์ครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวไทยในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออก มีการขยายตัวด้านอุตสาหกรรม มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่การเกษตรส่วนใหญ่เป็นสถานที่สำหรับการประกอบอุตสาหกรรม ทำให้ภาคตะวันออกมีการขยายตัวมีความเป็นเมืองมากขึ้น และเกิดการย้ายถิ่นฐานของประชาชนเข้าสู่เมืองใหญ่เพื่อประกอบอาชีพ และสร้างครอบครัวใหม่ซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีพ่อ แม่ และลูก ๆ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศไทยรวมทั้งภาคตะวันออก จึงทำให้ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย

2.2.3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารองค์ความรู้ และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับครอบครัวและกลุ่มนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ พบว่า ปัญหาจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกลดลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน ทำนองเดียวกับการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์ครอบครัวไทย ซึ่งพบว่าในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ครอบครัวไทยส่วนใหญ่มีเวลาใกล้ชิดกันน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย โดยเฉพาะสภาพเศรษฐกิจและสังคมในภาคตะวันออกที่ส่งผลกระทบต่อ

ต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำมาหากินเพื่อสร้างรายได้ สร้างฐานะของครอบครัว อาจทำให้ไม่ค่อยมีเวลาให้แก่สมาชิกในครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีไม่มากนัก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.07$) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชัยณรงค์ สังข์จ่าง (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ แต่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่ดี ทำนองเดียวกับการศึกษาของสมบัติ พึ่งเกษม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ที่ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารความรู้และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการด้านครอบครัวจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งพบว่า ครอบครัวยังมีปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัย รวมทั้งการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำ/สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการศึกษาของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2549) ที่ศึกษาการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะวิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งในด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นิยมการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารแบบตะวันตก การซื้ออาหารสำเร็จรูป อีกทั้งยังละเลยการออกกำลังกาย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมแบบอุตสาหกรรมของภาคตะวันออก ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ที่ต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน จึงไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ ขาดการสนใจและละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า มีเพียงบางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ซึ่งสามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้

2.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และขัดแย้งกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991: 136 – 138) และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และขัดแย้งกับศึกษาของสเตลลี และแมคบรูม (Steele and McBroom, 1972: 382-392) ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการศึกษาของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแต่เดิมผู้นำครอบครัวเพศชายมักเป็นฝ่ายต้องประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้หาเลี้ยงครอบครัวเพียงลำพัง เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองมากกว่า แต่ในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้นำครอบครัวทั้งหญิงและชายต้องทำงานนอกบ้านเพื่อสร้างรายได้จุนเจือครอบครัว ดังนั้น เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

2.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991: 136 – 138) และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง ไม่สนใจการดูแลตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีอายุมาก จะสนใจกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเตลลี และแมคบริม (Steele and McBroom, 1972: 382 -392) ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทำนองเดียวกับการศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และพบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน รวมทั้งการศึกษาของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งมีอายุไม่มากนัก และใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับการทำงาน มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้นำครอบครัวที่มีอายุมากขึ้น จะมีเวลาและสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้นำครอบครัวที่อายุน้อย ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายครั้งนี้ ได้รวมการออกกำลังกายในงานอาชีพ / งานบ้าน / งานสวน ซึ่งคนทุกกลุ่มวัยสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น อายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985: 120, 175) แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และแนวคิดของจาโรวีก และเพาเวอร์ (Jaroviec and Powers, 1981) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษา

มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะระดับการศึกษาทำให้นักคนมีสติปัญญาสามารถทำความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีโอกาสหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสเติลลี และแมคบรูม (Steele and McBroom, 1972: 382 -392) ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และการศึกษาของโคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope, 1974) ที่ศึกษาสถานภาพทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพของชายในเมืองวิกตอเรียและรัฐบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ทำนองเดียวกับการศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ระดับการศึกษา รวมทั้งการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีโอกาในการหาแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้แตกต่างกัน ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

2.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เนื่องจากอาชีพมีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่และโอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อความเชื่อ ทศนคติและพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งอาชีพยังเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีอาชีพที่ดี มั่นคง และมักเป็นผู้ที่มีความรู้และมีโอกาสหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งการศึกษาของการศึกษาของสมบัติ พึ่งเกษม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งพบว่า อาชีพ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 22.7 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพที่ดีและมั่นคง จะทำให้บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือแสวงหาความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพไม่มั่นคง ซึ่งต้องกังวลอยู่กับการทำมาหากิน ดังนั้น อาชีพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

2.4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1996, 1982: 161-162) แนวคิดของคาร์ล และคอบบ์ (Karl and Cobb, 1966: 250) ที่กล่าวว่า รายได้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล รายได้ของบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็ประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า จะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา ที่อยู่อาศัย จะสนใจในการหาเลี้ยงชีพและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติ การดูแลตนเองด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพย่อมมีน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสเติลลี และแมคบรูม (Steele and McBroom, 1972: 382-392)

ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และ การศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ได้แก่ รายได้ และการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัว ที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย และการศึกษาของชัยณรงค์ สังข์จ่าง (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้า ครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ซึ่งพบว่า รายได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และการศึกษาของวารินทร์ ปุຍทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัด กาญจนบุรี ซึ่งพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรายได้ของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะผู้ที่มีรายได้สูง ย่อมจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดหา สิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ดังนั้น รายได้ต่อเดือนจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียง ของประเทศไทย

2.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานเอนามัย/สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมและรายด้านการบริโภคอาหาร การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน การ หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการ ดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991: 136 – 138) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล สุขภาพของประชาชน คือ แหล่งประโยชน์บริการสุขภาพ และวสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอาจถูกจำกัดหากบุคคลไม่สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพที่มีอยู่ได้ รวมทั้งปัจจัยแหล่งประโยชน์ในชุมชน การบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพ

สิ่งอำนวยความสะดวกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการสุขภาพของประชาชน รวมทั้งแนวคิดของสุพัตน์ วีระเวชเจริญชัย (2542: 73-74) ที่กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณ์ เกื้อสุวรรณ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวมทั้งการศึกษาของเบญจมาศ ขาวสบาย (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งพบว่า การมีและการเข้าถึงสถานที่บริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคคลที่ไปใช้บริการจากแหล่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้มีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น และผลการวิจัยยังพบว่า การไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายครั้งนี้ ได้รวมการออกกำลังกายในงานอาชีพ/งานบ้าน/งานสวน ซึ่งผู้นำครอบครัวสามารถออกกำลังกายได้ตามวิถีชีวิต โดยที่ไม่ต้องไปใช้บริการที่ชมรมสร้างสุขภาพ จึงทำให้การไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า มีเพียงบางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งสามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้

2.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบ

ดังกล่าวสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า สภาพเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความร่ำรวยและความยากจน เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกำหนด ภาวะสุขภาพ การที่ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจดี มีรายได้เพียงพอทำให้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ หากครอบครัวมีเศรษฐกิจดีมีรายได้เพียงพอจะไม่มีปัญหาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึง ประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า เศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่ง พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงาน ในภาวะปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากครอบครัวที่มีรายได้ เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทำให้สามารถจัดหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต่างจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มีรายได้ ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต จะทำให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ความเพียงพอ ของรายได้ครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาค ตะวันออกของประเทศไทย

2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออก กายกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบ ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ลักษณะครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว เดี่ยวอาจมีข้อจำกัดในด้านความเป็นอยู่ที่พ่อแม่ต้องทำงาน นอกบ้าน ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ครอบครัวชายจะมี ญาติช่วยดูแล ซึ่เนาะ เนาะนำ คอยดักเตือน อบรมสั่งสอนหรือให้การสนับสนุนลูกหลานแทนพ่อ แม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวสุขภาพของ ครอบครัวคนงานในภาวะปกติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะ

เจ็บป่วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้นำครอบครัวที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแล การชี้แนะ ให้ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายจากญาติพี่น้อง หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในขณะที่ผู้นำครอบครัวในครอบครัวเดี่ยว ต้องใช้ชีวิตที่เร่งรีบอยู่กับการทำงาน ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง และไม่มีผู้ชี้แนะให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จึงทำให้ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย และผลการวิจัย ยังพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการ วิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบดังกล่าวขัดแย้งกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตประชาชนในภาคตะวันออกส่วนใหญ่ ทั้งที่อยู่ใน ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย จะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มุ่งแต่ทำมาหากิน สร้างฐานะ ให้แก่ครอบครัว ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน และมักละเลยในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ลักษณะครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย

2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออก ของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991: 136 – 138) และแนวคิดของเลิฟแลนด์ และเชอริ (Loveland and Cherry, 1996) ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยส่งเสริมบรรยากาศที่ดี ความผูกพันแน่นแฟ้น และการส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของ ตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร ห่วงใย การมีเวลาให้แก่กัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะทำให้เกิดความผูกพันและมีเวลาให้แก่กันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว จะช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้คำแนะนำ หรือมีการปรึกษาหารือกัน เพื่อปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพ

ดังนั้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชน

1) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดังอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้นำครอบครัวยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่เพียงพอต่อสุขภาพ ดังนั้น ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชน ควรร่วมกันพัฒนาศักยภาพให้สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน และส่งเสริมให้ไปรับคำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวกลุ่มกิจกรรมที่ 6 อ. และชุมชนควรจัดกิจกรรมรณรงค์เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพแก่ครอบครัว ส่งเสริมและชักชวนให้ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางที่พึงประสงค์

2) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ดังนั้น ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชนควรร่วมกันรณรงค์ เสริมสร้างองค์ความรู้การบริหารจัดการเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น การทำบัญชีครัวเรือน การดำเนินชีวิตตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และเป็นชุมชนที่มีความสุขต่อไป

3) จากผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้นำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชนควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยจัดกิจกรรมร่วมกันภายในบ้าน หรือการพักผ่อนร่วมกันในวันหยุด มีการท่องเที่ยวนอกบ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัว มีการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในครอบครัว ชุมชนควรมีกิจกรรมรณรงค์เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมสาธารณะที่เป็นประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นการสร้างบรรยากาศในครอบครัวซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว

3.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนอนามัยตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย และกระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งรัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนสื่อต่างๆ เช่น เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ซีดี เพื่อเผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. รวมทั้งมีการอบรมพัฒนาความรู้แก่ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีต่อไป

2) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวไม่เคยไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และชมรมสร้างสุขภาพถึงร้อยละ 42.5 และ 75.5 ตามลำดับ ดังนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาสถานที่เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ได้มาตรฐาน เพียงพอ สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง เช่น การพัฒนาสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ และสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณแก่ชมรมสร้างสุขภาพให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนรวมตัวกันทำกิจกรรมด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

3) จากผลการวิจัยพบว่า อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนอนามัย สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เพื่อให้การจัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการส่งเสริมให้มีความรู้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เกิดผลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด เพื่อให้บรรลุการสร้างสุขภาพที่ดีแก่ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ควรขยายการศึกษาให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย เพื่อทราบสถานการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการจัดสนทนากลุ่มครอบครัวและการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถใช้เป็นแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

3.3.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัว บางปัจจัย จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว เช่น การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3.3.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในพื้นที่เขตเมืองและชนบท เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา ภู่ว่าง (2533) *ครอบครัวศึกษา* ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2549) “รายงานการวิจัยการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะวิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงใต้” ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงใต้ (ศวรส.) ชลบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) *การรักษาสภาพในวัยผู้สูงอายุ* กรุงเทพมหานคร อรุณการพิมพ์
- _____ (2546) “สุขภาพจิตในครอบครัว” ใน *หนังสือชุดการพัฒนาครอบครัว* หน้า 1 กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
- ไกรสิทธิ์ ตันตีสิริพันธ์ (2550) “พฤติกรรมสุขภาพ” เอกสารประกอบการสัมมนาแกนนำเด็กไทย ทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 9-10 กรกฎาคม 2550 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร กรมอนามัย
- จินตนา ยูนิพันธ์ (2532) “การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่เชื่อมกับการวิจัยทางการแพทย์” *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 1, 3 (พฤษภาคม – สิงหาคม): 44-45
- จินดา บุญช่วยเกื้อกูล (2542) *การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพในสุขภาพเพื่อชีวิต* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- จุมพล หนิมพานิช (2547) *ผู้นำ อำนาจและการเมืองในองค์กร* นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- จ่านง อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ (2542) *สังคมวิทยา* พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- จรรยา สุวรรณทัต (2545) “คุณภาพชีวิตครอบครัวกับการสร้างระบบสังคม” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 5 หน้า 5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- จิตตินันท์ เตชะคุปต์ (2544) “วิวัฒนาการและลักษณะครอบครัว” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 2 หน้า 18-20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์

- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา (2542) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และคณะ (2545) “รายงานการวิจัยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย” กรุงเทพมหานคร องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- ชัยณรงค์ สังข์จ่าง (2543) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร” การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชัชณะ รุ่งปัจฉิม (2545) “วิวัฒนาการและลักษณะครอบครัว” ใน *ประมวลสาระจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน้าที่ 3 หน้า 71 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- ณรงค์ เล็งประชา (2538) *มนุษย์กับสังคม* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โอ.เอส. พรินติ้งนิคม มูลเมือง (2541) *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ* ชลบุรี สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา
- นิคม วรรณราชู (2544) *ครอบครัว: พ่อแม่คือผู้นำ* กรุงเทพมหานคร ส.เอเซียเพรส
- เบญจมาศ ขาวสบาย (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมณฑลภูเก็ต” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ปานัน บุญหลง (2538) *การพยาบาลจิตเวช* พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ เชียงใหม่สหนวิกิจ
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) *การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร วังบูรพา
- ประเวศ วะสี (2541) “ภาวะผู้นำ พยาธิสภาพในสังคมไทยและวิธีแก้ไข” ใน *สงวนนิตยารัมภ์พงศ์ สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ บรรณาธิการ ผู้นำ* หน้า 42 พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร พิมพ์แฉพรินติ้ง
- พรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) “สถาบันครอบครัวกับสุขภาพ” ใน *30 ประเด็นสุขภาพสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9* หน้า 327-329 นนทบุรี โครงการตำราสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

- ภารดี อนันต์นาวิ (2547) “การวิเคราะห์ภาวะผู้นำของนิสิตสุตรระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- มัลลิกา มัติโก (2530) “ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง” ใน พิมพ์ฉัตร ปรีดาสวัสดิ์ บรรณาธิการ การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะ ทางสังคม วัฒนธรรม หน้า 45-50 กรุงเทพมหานคร แสงแดด
- ยุพเยาว์ วิศพรณั (2548) “ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- รุจา ภูไพบูลย์ (2537) การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- วาสนา ปุณณมณีรัตน์ (2532) “ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตปกติ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) “พฤติกรรมศาสตร์: พฤติกรรมการใช้บริการ เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 4 เรื่อง การพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต” วันที่ 14-17 มีนาคม 2532 โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่
- วรรณดี จันทร์ศิริ (2546) “การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออก” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วารินทร์ ปุยทอง (2547) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- วิชัย เทียรถาวร และคณะ (2542) “รายงานการศึกษาภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย” นนทบุรี สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

- วิจิต คะนิงสุขเกษม (2538) การออกกำลังกายกับสุขภาพหัวใจ *ใกล้หมอ* 2538; 19 (4) : 95-97
- วิเชียร เกตุสิงห์ (2530) *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย* กรุงเทพมหานคร
ไทยวัฒนาพานิช
- วิเชียร วิทยอุดม (2548) *ภาวะผู้นำ* กรุงเทพมหานคร ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์
- วิรัตน์ ศรีนพคุณ (2526) *สุขภาพครอบครัว* กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2542) *หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว* กรุงเทพมหานคร
เจริญดีการพิมพ์
- ศรีทัฬหิม พานิชพันธ์ (2545) “แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างความมั่นคงของครอบครัว”
ใน *ประมวลสาระจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน้าที่ 8-11
หน้า 138-139 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2545) *ข้อเสนอแนะนโยบายและ
แผนงานส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2545-2565 พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- _____ (2547) *การส่งเสริมสุขภาพสำหรับชมรมสร้างสุขภาพ* นนทบุรี สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- _____ (2540) *คู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมสุขภาพจิต (2539) *คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง* กรุงเทพมหานคร
การศาสนา
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมอนามัย กองโภชนาการ (2545) *โภชนบัญญัติ ๕ ประการ*
กองโภชนาการ กรมอนามัย
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมอนามัย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี (2545) “รายงานการ
ประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 8” กรมอนามัย
- _____ (2549) “ศึกษาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขต 3”
กรมอนามัย
- _____ (2549) “สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขต 8 และ 9”
กรมอนามัย
- _____ (2549) “สรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เขต 3”
กรมอนามัย

สาธารณสุข, กระทรวง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) “รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2549” กรุงเทพมหานคร ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

_____. (2550) คลังข้อมูลเพื่อสุขภาพ ค้นคืนวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2550 จาก

<http://www.healthymanual.com/bad.asp>

สมบัติ พึ่งเกษม (2544) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว”

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย (2542) สุขภาพเพื่อชีวิต พิมพ์ครั้งที่ 12 กรุงเทพมหานคร

ไทยวัฒนาพานิช

สุณีย์ พลภานุมาศ (2546) “การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพช่องปาก

ของเด็กวัยก่อนเรียน (4-5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก” วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สุภาวดี นวลมณี (2541) *คู่มือคลายเครียด* กรุงเทพมหานคร ชุมชมสหกรณ์การเกษตร

แห่งประเทศไทย

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2545) “บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว” ใน *ประมวลสาระ*

ชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 4 หน้า 268 – 270 นนทบุรี

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์

สุภาพรณี เกื้อสุวรรณ (2546) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง

และครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง”

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมชาย ลีทองอิน (2546) *แนวทางการประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายอย่างรวดเร็ว*

ตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง นนทบุรี กรมอนามัย

สมเดช สิทธิพงศ์พิทยา (2545) “แนวคิดเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง” ใน *ประมวลสาระ*

สถิติและการวิจัยทางสังคมศาสตร์ หน่วยที่ 1-6 หน้า 241 นนทบุรี

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2546) *สุขภาพคนไทย 2546*
กรุงเทพมหานคร อมรินทร์พริ้นติ้ง
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) “รายงานสถานการณ์ครอบครัว
มิติที่เปลี่ยนแปลง” กรุงเทพมหานคร ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
เสม พริ้มพวงแก้ว (2542) “ภาวะผู้นำพยาธิสภาพในสังคมไทยและวิธีแก้ไข” ใน
สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ บรรณาธิการ ผู้นำ หน้า 42
พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร พิมพ์เศพริ้นติ้ง
- อนนท์ บริณายกานนท์ (2549) *การจัดการความเครียด เอกสารการประชุมวิชาการตลาดความรู้
สู่เมืองไทยแข็งแรง* วันที่ 23-24 สิงหาคม 2549 ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
- อมร นนทสุด (2539) “การพัฒนาที่อยู่อาศัยในชุมชน” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา
คหกรรมศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน* หน่วยที่ 9 หน้า 497 – 500 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- อัจฉรา นวจินดา และกาญจนา ลุศนันท์ (2542) “ปัจจัยทางครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพ”
ใน *สุขภาพ โสมประยูร และสุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย บรรณาธิการ สุขภาพเพื่อชีวิต*
หน้า 225- 233 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* พิมพ์ครั้งที่ 5
กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว
- อัมพร โอตระกุล (2540) *สุขภาพจิต* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร พิมพ์ดีการพิมพ์
- Coburn, D. and Pope, C.R. (1974). “Socioeconomic Status and Preventive Health Behaviors.”
Journal of Health and Social Behavior. 15: 67-78.
- Green, L.W. and Kreuter, M.W. (1991). *Health Promotion Planning: An Education and
Environment Approach*. 2nd ed. London: May-Field.
- Friedman, M. M. (1992). *Family Nursing : Theory and Assessment*. New York:
Appleton-Century-Crofts.
- Jaloviec, A. and Powers, M.J. (1981). “Stress and coping in hypertension and emergency
room patients.” *Nursing Research*. 33 (January- February): 10-15.
- Karl, S.A. and Cobb, S. (1996). “Health behaviors, illness behaviors and sick role behavior.”
Archives Environmental Health. 12 (February): 246-266.

- Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1993). *Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span*. 5th ed. Connecticut: Appleton and Lange.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practices*. New York: McGraw-Hill Book Co.Ltd.
- _____. (1991). *Nursing Concepts of Practices*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Palank, C.L. (1991). "Determinants of health-promoting behaviors". *Nursing Clinics of North America*. 30: 818.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practices*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts.
- _____. (1987). *Health Promotion in Nursing Practices*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practices*. 3rd ed. London: Appleton and Lange.
- Steiger, N.J. and Lipson, J.G. (1985). *Self Care Nurseing Theory and Practice*. Maryland: Brady Communications.
- Steele, J.I. and McBroom W.H. (1972). "Conceptual and empirical dimensions of health behaviors." *Journal of Health and Social Behavior*: 282 -392.
- Swanson, A.R. and Hurley, R.M. (1985). "Family System: Value and Value Conflicts." *Journal of Phychosocial Nursing and Mental Health Services*. 7 (July): 27.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. (1988). "Health - promoting lifestyles of older adults: comparions with young and middle-aged adults, correlation and patterns." *J.Adv.Nurs*. 11(1): 76-90.
- _____. (1991). "The health-promoting lifestyle profile: development and phychometric Characteristics." *Nursing Research*, 36(4): 76-81.
- Willis, J.D. and Campbell, L.E. (1992). *Exercise Phychology*. England: Human Kinetics Publisher.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ที่ ทม 1312/.....

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

มกราคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรา ชุ่มชูจันทร์ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการ
พัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวนักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล
และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้
เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักการและ
กระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา
ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษา
สำหรับรายละเอียดอื่น ๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณ
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตตินันท์ เคะชะอุบต์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ที่ ศธ 0522.21/ว 74

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

มกราคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี

เนื่องด้วย นางสาวพัชรา ชุ่มชูจันทร์ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอก
การพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย”

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้นำครอบครัว
ในหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จำนวน.....คน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในพื้นที่ดังกล่าว ตามวัน เวลา และรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมา
พร้อมนี้ หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิตตินันท์ เตะทะคุปต์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
3. แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว
 - ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิจัยเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นางสาวพัชรา ชุ่มชูจันทร์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ (การพัฒนารอบครัวและสังคม)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () และเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง
ของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1 ชาย

() 2 หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษา

() 1 ประถมศึกษา/ต่ำกว่า

() 2 มัธยมศึกษาหรือปวช.

() 3 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

() 4 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. อาชีพ

() 1 แม่บ้าน/พ่อบ้าน

() 2 เกษตรกรรม (เช่น ทำสวน ทำไร่ ทำนา ประมง ฯลฯ)

() 3 ค้าขาย/บริการ (เช่น เสริมสวย ซ่อมรถ รับจ้างทั่วไป ฯลฯ)

() 4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท

() 5 อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้ต่อเดือน.....บาท

6. การไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ

6.1 การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานเอนามัย (เช่น ตรวจสอบสภาพร่างกาย
ขอรับคำปรึกษา/คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ฯลฯ) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

() 1 เคย

() 2 ไม่เคย

6.2 การไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย

(เช่น ไปออกกำลังกาย ไปพักผ่อนหย่อนใจ ไปพบปะสังสรรค์ ทำกิจกรรมด้านสุขภาพ
 ฯลฯ) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

() 1 เคย

() 2 ไม่เคย

6.3 การไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ (เช่น ไปออกกำลังกาย ไปพบปะสังสรรค์
 ทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ฯลฯ) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

() 1 เคย

() 2 ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวในการดำเนินชีวิตครอบครัว

- () 1 เพียงพอเหลือเก็บ (รายได้ของครอบครัวเพียงพอในการดำเนินชีวิตครอบครัว และมีเหลือเก็บไว้ใช้ยามจำเป็น)
- () 2 เพียงพอไม่เหลือเก็บ (รายได้ของครอบครัวพอดีกับรายจ่ายและไม่มีเหลือเก็บไว้ใช้ยามจำเป็น)
- () 3 ไม่เพียงพอ (รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตครอบครัว)

2. ลักษณะครอบครัว

- () 1 ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก พ่อและลูก หรือ แม่และลูก
- () 2 ครอบครัวขยาย ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก และญาติของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่าย

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

- () 1 มาก (สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ มีความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการดูแลความเป็นอยู่ และมีเวลาให้แก่ครอบครัวอยู่ในระดับมาก)
- () 2 ปานกลาง (สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ มีความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการดูแลความเป็นอยู่และมีเวลาให้แก่ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง)
- () 3 น้อย (สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ มีความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการดูแลความเป็นอยู่และมีเวลาให้แก่ครอบครัวอยู่ในระดับน้อย)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่			
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มันและเค็มจัด			
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสี หรือสารกันบูด เช่น ผงชูรส อาหารใส่สี เป็นต้น			
4. เมื่อท่านซื้ออาหารประเภทเนื้อ ปลา กุ้ง ผัก และผลไม้ ท่านเลือกที่มีสีหรือลักษณะใกล้เคียงธรรมชาติ			
5. เมื่อท่านซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุง ท่านเลือกซื้อที่ปรุงสุกใหม่ และมีภาชนะปกปิดกันฝุ่นละออง			
6. เมื่อท่านซื้ออาหารแปรรูปบรรจุ (เช่น อาหารกระป๋อง อาหารบรรจุซอง) โดยดูเครื่องหมาย “อย.ที่มีเลขทะเบียน” วันผลิต/วันหมดอายุ			
7. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน			
8. ในการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ แต่ละครั้งท่านใช้เวลาอย่างน้อย 20 -30 นาที			
9. ในการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ/แต่ละครั้งท่านจะรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ			
10. ท่านยึดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น การก้มลงแตะที่พื้นหรือปลายเท้า การเอามือประสานกันและดันขึ้นเหนือศีรษะ การเอียงตัว เอียงคอ และหยุดค้างไว้			
11. ท่านฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ยกของที่มีน้ำหนัก ยกน้ำหนัก เล่นบาร์ เป็นต้น			
12. ท่านค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อมีความเครียดหรือความไม่สบายใจ			
13. ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ชมภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น			

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
14. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านยอมรับสภาพปัญหาและคิดในแง่บวก			
15. ท่านอุทิศตนช่วยเหลือบุคคลอื่น หมู่บ้านหรือชุมชน			
16. เมื่อท่านมีปัญหา ไม่สบายใจ ท่านพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับบุคคล ใกล้ชิด			
17. ท่านควบคุมน้ำหนักตัว โดยออกกำลังกายสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง			
18. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย			
19. ท่านมองโลกในแง่ดี และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ			
20. ท่านสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ			
21. ท่านหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี			
22. ท่านจัดบ้านให้สะอาด ปราศจากขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล			
23. ท่านกำจัดแหล่งน้ำขัง และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้าน			
24. ท่านหมั่นตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อ ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุภายในบ้าน			
25. ท่านแสดงความรัก ความห่วงใยแก่สมาชิกในครอบครัว			
26. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารเย็น ดูโทรทัศน์ เป็นต้น			
27. ท่านหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ เมื่อมีคนชวนให้ดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ ยาแดงเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
28. ท่านหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ เมื่อมีคนชวนให้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม 100 เป็นต้น			
29. ท่านหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธ เมื่อมีคนชวนให้สูบบุหรี่หรือยาเส้น			
30. ท่านจะปฏิเสธ เมื่อมีคนชวนให้เสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน เป็นต้น			

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพัชรา ชุ่มชูจันทร์
วัน เดือน ปีเกิด	4 เมษายน 2502
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา	ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน พ.ศ. 2530
สถานที่ทำงาน	ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข 8ว.