ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี

นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช
พ.ศ. 2557

Relationships between Health Promotion of Village Health Volunteers and Health Promoting Behaviors of Family Members: A Case Study in Chanthaburi Province

Miss Chomphunut Phopprasoet

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Home Economics in Family and Social Development

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat University

2014

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี
ชื่อและนามสกุล	นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ
วิชาเอก	การพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา	มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร โชติชัยสถิตย์ 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พูนสุข เวชวิฐาน

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2557

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์พูนศิริ วัจนะภูมิ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร โชติชัยสถิตย์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พูนสุข เวชวิฐาน)

.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(ศาสตราจารย์ ดร.สิริวรรณ ศรีพหล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี

ผู้วิจัย นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ **รหัสนักศึกษา** 2517000341 **ปริญญา** คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร โชติชัยสถิตย์ (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พูนสุข เวชวิฐาน **ปีการศึกษา** 2557

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัวจำนวน 340 คน ที่ได้มาโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครซี่และมอร์แกน และใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติคือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.29 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 27.94 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.06 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.53 จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 4-5 คน ร้อยละ 62.94 สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.41 (2) ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.47 (3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.12 และ (4) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวเฉพาะด้านอาชีพ และระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกครอบครัว

Thesis title: Relationships between Health Promotions of Village Health Volunteers and Health Promoting Behaviors of Family Members: A Case Study in Chanthaburi Province

Researcher: Miss Chomphunut Phopprasoet; **ID:** 2517000341; **Degree:** Master of Home Economics **(**Family and Social Development**); Thesis advisors:** (1) Dr. Rutchaneekorn Chotchaisathit, Associate Professor; (2) Dr. Poonsuk Wetchawithan, Assistant Professor; **Academic year:** 2014

Abstract

The purposes of this research were to study (1) demographic factors of village health volunteers; (2) the level of knowledge on health promotions of village health volunteers; (3) health promoting behaviors of family members; and (4) relationships of demographic factors and level of knowledge on health promotions of village health volunteers with health promoting behaviors of family members.

The research sample consisted of 340 village health volunteers who lived with their family, obtained by multi-stage sampling. The sample size was determined based on Krejcie and Morgan's Sample Size Table. The employed research instrument was a questionnaire. Data were statistically analyzed using the frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test.

Research findings revealed that (1) the majority (65.29 percent) of village health volunteers were females; the largest group (27.94 percent) was in the age interval of 40 – 49 years; the largest group (47.06 percent) was high school graduates; the majority (58.83 percent) were farmers; the majority (62.94 percent) had family number on the average of 4 – 5 persons; and the majority (69.41 percent) of family members received information on health matters from health officials; (2) the level of knowledge on health promotions of the majority (96.47 percent) of village health volunteers was at the high level; (3) health promoting behaviors of the majority (69.12 percent) of family members were at the moderate level; and (4) only the demographic factor of occupation and the factor of knowledge level on health promotions of village health volunteers had relationships with health promoting behaviors of family members at the .001 level of statistical significance.

Keywords: Health promotion, Health promoting behavior, Village health volunteer, Family member

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร โชติชัยสถิตย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พูนสุข เวชวิฐาน ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดมาตลอด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั้งสำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอบคุณ รองศาสตราจารย์ พูนศิริ วัจนะภูมิ ด้วยความกรุณาเป็นประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ โดยได้ให้คำแนะนำและหลักการที่มีประโยชน์ต่อการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอนปลูกฝังความใฝ่รู้ในการศึกษา ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี

ชมภูนุช พบประเสริฐ

8 กันยายน 2557

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ฎ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
คำถามของการศึกษา 2
วัตถุประสงค์ของการศึกษา 3
กรอบแนวคิดในการวิจัย 3
สมมติฐานการวิจัย 4
ขอบเขตการวิจัย 5
นิยามศัพท์เฉพาะ 5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 8
แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ 10
ครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพ 20
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 34
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย 43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 44
การเก็บรวบรวมข้อมูล 48
การวิเคราะห์ข้อมูล 48

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล 50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. 50
ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน 53
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 62
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 74
สรุปผลการวิจัย 74
อภิปรายผลการวิจัย 77
ข้อเสนอแนะ 83
บรรณานุกรม 85
ภาคผนวก 91
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 92
ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย 94
ค แบบสอบถามเพื่อการวิจัย 98
ประวัติผู้วิจัย 108

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ 44
ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน 48
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว (n=340) 51
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านออกกำลังกาย (n = 340) 53
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอาหาร (n = 340) 55
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอารมณ์ (n = 340) 56
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 57
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านออกกำลังกาย (n = 340) 58
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอาหาร (n = 340) 59
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอารมณ์ (n=340) 60
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 61
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ด้านออกกำลังกาย (n=340) 62
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ด้านอาหาร (n = 340) 64
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ด้านอารมณ์ (n = 340) 65
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (n = 340) 66

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านออกกำลังกาย (n = 340) 67
ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอาหาร (n = 340) 68
ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอารมณ์ (n = 340) 69
ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการปฏิบัติในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 69
ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (n = 340) 71
ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (n = 340) 73

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 4
ภาพที่ 2.1 แสดงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised) 11
ภาพที่ 2.2 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) 19

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2555 ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะ โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกัน โดยมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีด้านสุขภาพ รัฐบาลจึงมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญาสามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง มีความสมดุลพอดีอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว จึงประกาศวาระแห่งชาติสู่การเป็น “เมืองไทยแข็งแรง” เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายในพุทธศักราช 2560 ซึ่งยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงนี้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ตามแถลงการณ์ขององค์การสหประชาชาติ ณ เดือนกันยายน 2543

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สนองตอบนโยบายดังกล่าว โดยยึดหลักสำคัญของการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์และทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ จากสถานการณ์การเกิดโรค “โรคจากวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมและขาดความสมดุล” โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกลายเป็นปัญหาสังคมไทย ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญร่วมมือกันป้องกันและลดปัญหาไม่ให้ขยายวงลุกลาม ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ก่อนวัยอันควร โดยเน้นเรื่อง อ.ที่ 1 หรือออกกำลังกาย อ.ที่ 2 หรืออาหาร อ.ที่ 3 หรืออารมณ์ อ.ที่ 4 หรือ อโรคยา อ.ที่ 5 หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม และ อ.ที่ 6 หรืออบายมุข ต้องมีการดำเนินการในทุกกลุ่มอายุ กล่าวคือต้องสร้างพฤติกรรมที่ดีทั้ง 6 อ. ตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงผู้สูงอายุ จึงได้ส่งเสริม

และสนับสนุนพฤติกรรมส่วนบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาวะที่ดี

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ภายใต้การดำเนินงานโครงการเมืองจันท์สุขภาพดี ปีงบประมาณ 2552 - 2556 ซึ่งมุ่งหวังให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากการมีสุขภาพดีเป็นรากฐานสำคัญของความสุขและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปัจจุบันจังหวัดจันทบุรีพบว่าปัญหาสุขภาพและโรคหลายโรค เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของสตรีไทย พบมากในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป และพบว่าร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่เป็นมากแล้ว (invasive) และเป็นระยะที่ทำให้โอกาสมีชีวิตรอดน้อย โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าประชากรมีปัญหาสุขภาพในโรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ล้วนมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับวิถีการดำรงชีวิตที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ให้ความตระหนักถึงการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

จากความสำคัญที่ได้กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับการดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี สามารถนำความรู้ที่ได้ประยุกต์และปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ อีกทั้งเป็นการศึกษาค้นคว้าหาแนวทางการพัฒนาการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาการปรับกลยุทธ์การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนจังหวัดจันทบุรีในระยะยาวต่อไป

2. คำถามของการศึกษา

การส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

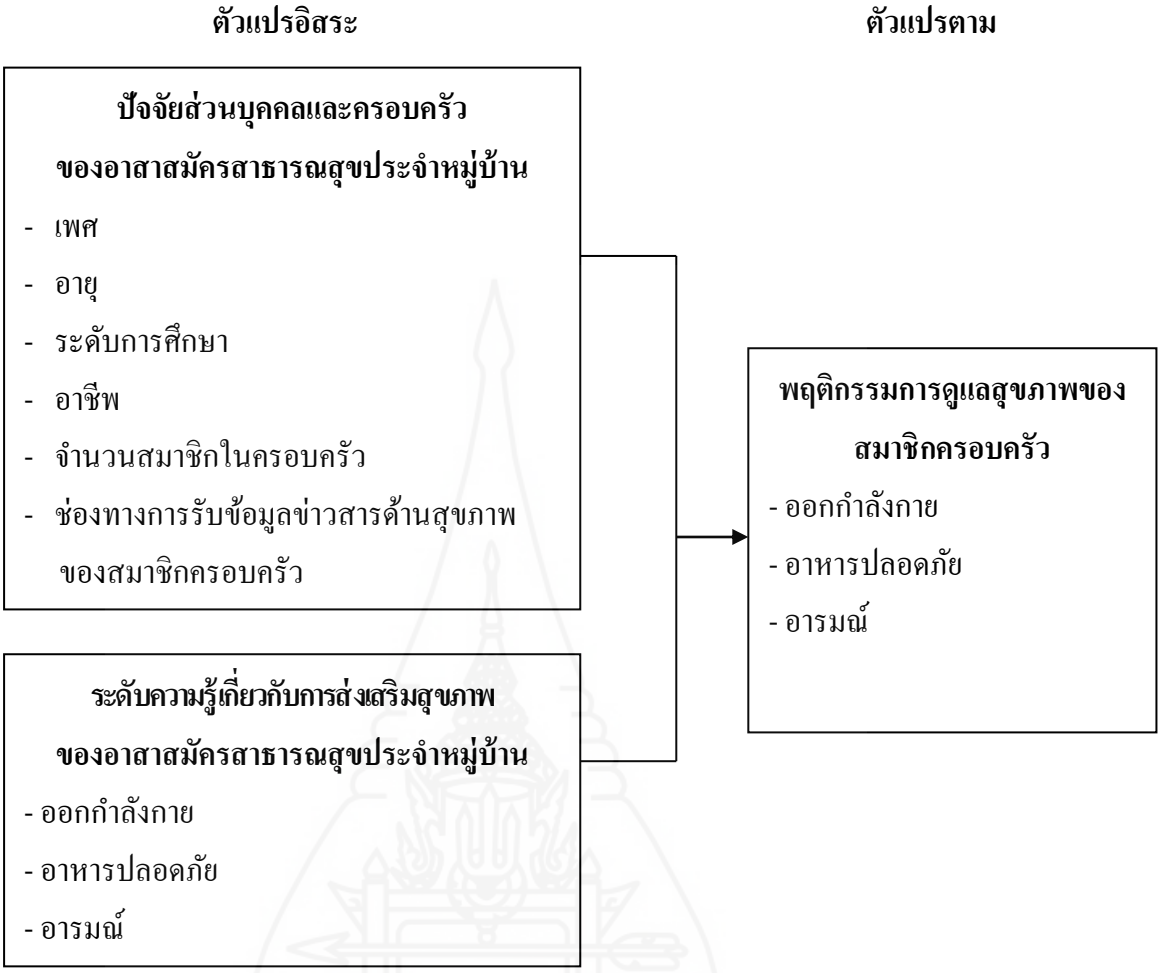
3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดตัวแปร เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรีไว้ดังนี้

4.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว และระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. สมมติฐานการวิจัย

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

5.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

6. ขอบเขตการวิจัย

6.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 5 อำเภอ จากทั้งหมด 10 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 จากจำนวนหมู่บ้าน 327 แห่ง จำนวนประชากรทั้งหมด 2,184 คน (บัญชีรายชื่อแกนนำด้านสุขภาพ ณ เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี)

6.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

จากยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพ คือ ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งได้ประกาศเป็นวาระแห่งชาตินั้น จังหวัดจันทบุรีจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพภายใต้การดำเนินงานโครงการเมืองจันท์สุขภาพดี ปีงบประมาณ 2552-2556 โดยเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพใน 3 เรื่อง ได้แก่ อ.ที่ 1 หรือออกกำลังกาย อ.ที่ 2 หรืออาหาร และ อ.ที่ 3 หรืออารมณ์

6.2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว และระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ที่มีผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัวนั้น ๆ ด้วย

7.2 ข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง รายงานข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ ตลอดจนความคิดเห็นของบุคคลทางการแพทย์ที่สำคัญ เป็นเรื่องราวสุขภาพที่ประชาชนให้ความสำคัญและสนใจ รวมทั้งมีผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมาก โดยประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ ได้

7.3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่อง อ.ที่ 1 หรือออกกำลังกายที่ถูกต้อง อ.ที่ 2 หรืออาหารปลอดภัยและมีประโยชน์ อ.ที่ 3 หรืออารมณ์แจ่มใส โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-8 คือ ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 9-16 คือระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 17-25 คือระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง

7.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในเรื่อง อ.ที่ 1 ปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อ.ที่ 2 ปฏิบัติการรับประทานอาหารปลอดภัยและมีประโยชน์เป็นประจำ อ.ที่ 3 ปฏิบัติการทำอารมณ์ให้แจ่มใสอยู่เสมอ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การปฏิบัติเป็นประจำ คือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วัน/สัปดาห์) การปฏิบัติเป็นครั้งคราว คือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์) ไม่เคยปฏิบัติเลย คือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ไม่ได้ปฏิบัติเลย

7.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง บุคคลในหมู่บ้านผู้ได้รับการคัดเลือกมาทำหน้าที่บริการสาธารณสุขเบื้องต้น แจ้งข่าวสารด้านสุขภาพแก่คนในหมู่บ้าน และเป็นผู้นำทางการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลด้านการส่งเสริมสุขภาพใน 3 เรื่อง ได้แก่ อ.ที่ 1 หรือออกกำลังกาย อ.ที่ 2 หรืออาหาร และอ.ที่ 3 หรืออารมณ์ ซึ่งเรื่องที่ถ่ายทอดนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ได้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ในการให้คำแนะนำ สอน กระตุ้นและสามารถถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนให้เหมือนตนได้ ส่งผลให้สุขภาพของตนเอง และประชาชนในหมู่บ้านดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

7.6 สมาชิกครอบครัว หมายถึง สมาชิกที่ร่วมอาศัยอยู่ในแต่ละครอบครัว มีแบบแผนทางสังคมและวัฒนธรรมร่วมกัน โดยทั่วไปประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก บางครอบครัวอาจมีสมาชิกอื่นนอกจากที่กล่าวมานี้อาศัยอยู่ด้วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการค้นคว้าหาแนวทางและการพัฒนาในการสร้างความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดย

8.1 ทำให้ทราบแนวทางในการพัฒนา การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของสมาชิกครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี ให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

8.2 สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนและการปรับกลยุทธ์ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ภายใต้การดำเนินงานโครงการเมืองจันท์สุขภาพดี ปีงบประมาณ 2552 - 2556 ในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระยะยาวต่อไป

กรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ดังนี้

1) แนวคิดเกี่ยวกับการพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
2) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
3) ครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพ
4) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ความหมายของสุขภาพ

เวบสเตอร์ (Webster, 1994 อ้างใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540) ได้ให้ความหมายสุขภาพไว้ว่า เป็นสภาพที่มีความผิดปกติสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรค ความเจ็บปวด หรือความพิการบกพร่อง และร่างกายและจิตใจสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ให้ความหมายของสุขภาพว่า คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางวิญญาณ

1.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสังเกตเห็นได้หรือสังเกตเห็นไม่ได้ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดีแตกต่างกันไป ตามสภาพวัฒนธรรมสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1971 อ้างใน ปริศนา อาจองค์, 2543) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือพฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ ความคิด เจตคติ ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมภายในที่ไม่

สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่ยังสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ หรือสัมผัสได้ และพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การขับรถ นั่ง นอน เดิน เป็นต้น

1.3 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (2538 อ้างใน สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ) ได้ให้ความจำกัดความของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือกระบวนการเพิ่มสมรรถภาพ ให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลทำให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2541: 47) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

1.4 ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กอซแมน (Gochman, 1962 อ้างใน จิตนา ยนูนิพันธ์, 2532) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Over Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น นิสัยในการพักผ่อน ออกกำลังกาย บุคลิกภาพ การใช้ยา รวมไปถึงสิ่งที่ต้องอาศัยวิธีการประเมินเนื่องจากสังเกตไม่ได้ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง ค่านิยม แรงจูงใจ การรับรู้

สไตรเกอร์คและลิปสัน (Steiger and Lipson, 1982 อ้างใน จิตนา ยูนิพันธ์, 2532) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 4) ได้ให้ความหมายของคำวาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อยกระดับให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม อันนำไปสู่ความผาสุกและศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจสังเกตได้หรือไม่ได้ และสามารถกระทำได้ในชีวิต ประจำวัน

2. แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ดังนั้น มิติของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย จึงเป็นการดูแลสุขภาพก่อนเกิดการเจ็บป่วยขึ้น การให้การพยาบาลจึงเน้นเรื่องของการทำอย่างไรให้คนไม่เจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีต่อไป ดังนั้น ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย จึงมีความแตกต่างจากทฤษฎีทางการพยาบาลที่เน้นในเรื่องมิติของการรักษา พยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค และการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ในที่นี้ได้นำเสนอแนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย 3 ทฤษฎี เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนี้

2.1 ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการ ตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา เพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยง แต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 โดยมีข้อแนวคิดพื้นฐานของแบบจำลอง ดังนี้

1) บุคคลแสวงหาภาวการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน

2) บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง

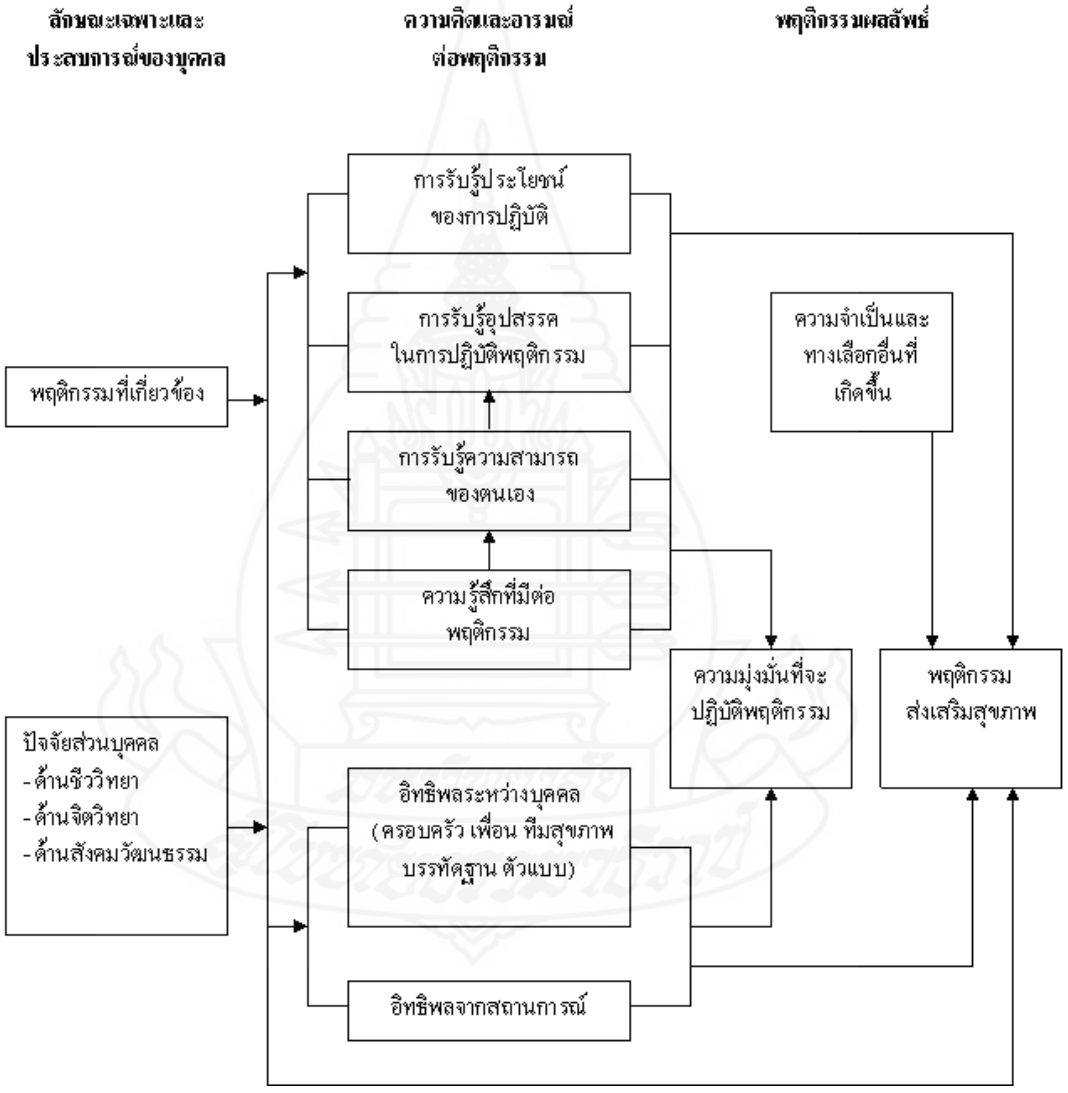
3) บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงอย่างมั่นคง

4) บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

5) บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

6) บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

7) การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงได้ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง

(Health Promotion Model Revised)

ที่มา: Pender, Murdaugh and Parsons, (2006: 50)

สาระของทฤษฎี แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons, 2006: 50) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิด ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อย ๆ ในแบบจำลอง ซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 นี้ ยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัย ตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลอง

ทั้งนี้ เพนเดอร์ (Pender 2006: 57) ยังได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของรอตเตอร์ (Rotter) ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยมีจุดประสงค์ 3 ประการคือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อการผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวพันกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 2006: 57-60) กล่าวถึงการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เช่น จากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors)

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้นี้นับว่าเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลซึ่งถือได้ว่า ปัจจัยนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้

1) ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไรบุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น และเพนเดอร์ (Pender 2006:57-61) ยังกล่าวอีกว่าบทบาทของการให้คุณค่าของสุขภาพในการสร้างแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพนี้ยังต้องการการศึกษาต่อไป เพราะยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior specific vaiuer) น่าจะมีอิทธิพลมากกว่า พฤติกรรมทั่วไป (Global life Values)

2) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) เพนเดอร์ (Pender 2006: 61) ได้อธิบายถึงผลของการรับรู้การควบคุมสุขภาพว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงผลการควบคุมสุขภาพจากภายในตน จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากว่าบุคคลที่รับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายนอกตน

3) การับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จหรือผลที่ตนเองต้องการเมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตน และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

4) การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) สุขภาพของบุคคลจะส่งผลต่อการที่บุคคล จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพ ว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วย หรือเกิดโรค ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความสุข (Self actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well-being) นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพของคนแตกต่างกันจะมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ ความถี่ และความจริงจังของการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคล ที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้นในขณะเดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง และส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

7) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่มีเวลา หรือความยากลำบากของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ระยะทางที่ห่างไกลจากสถานที่ ที่จะทำพฤติกรรมทำให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเป็นเพียงจิตนาการหรือความจริงก็ได้

2.1.2 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors)

(Pender 2006: 58) กล่าวว่า ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคลนั้นคือปัจจัยนี้มีผลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเอง ปัจจัยปรับเปลี่ยนประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษาและรายได้ ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล

2) ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) พบว่า ปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคลโดยพบว่าบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำ ในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคล รวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทีมสุขภาพ ล้วนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4) สถานการณ์ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือปัจจัยสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น โดยทางเลือกยิ่งมีมากเท่าไหร่ ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่คลอเรสเตอรอลต่ำ ไขมันพอดี จำนวนแคลลอรี่พอเหมาะมีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อย ในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองอาจจะต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

5) ประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือปัจจัยพฤติกรรม (Behavior Factors) เป็นประสบการณ์ของบุคคลในการกระทำ พฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญามีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการ โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา นั้นคือความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิม จะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

2.1.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to Action)

เพนเดอร์ (2006: 68-69) ได้เสนอว่า การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวพันกับตัวชี้แนะการกระทำภายใน และจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคลได้แก่การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ที่มีต่อการพัฒนาการ และความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบาย (Feeling good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกายเป็นต้น ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เปรียบเหมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ที่จะผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยนและตัวชี้แนะการกระทำที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2.1.4 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (2006: 76) กล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health–protecting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกันหรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอิ่มเอมใจนั้น สามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting lifestyles) เพนเดอร์ (2006: 135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมาก และสร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment: LHHA) ประกอบไปด้วยคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in selfcare) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิกปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหารและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือ หรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหารและในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณน้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย/วัน)

3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ความสนใจ และการเข้าร่วมในกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนปัญหาในการนอนหลับรวมไปถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับ ที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย และทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ

5) การขจัดความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6) การตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพกายที่ดีตามมาในที่สุด

7) จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงการคบค่าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ในเรื่องเกี่ยวกับอากาศเป็นพิษหรือควันพิษ สารพิษ การดูแลที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่าง ๆ กับสุขภาพ

10) การใช้ระบบบริการสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายจากบุคลากรทีมสุขภาพ

อาจสรุปได้ว่า จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นั้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้นั้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน ดังกล่าวมาแล้ว

2.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมและพัฒนามาใช้ เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952 โดยโรเซ็นสต๊อค (Rosenstock) ซึ่งได้อธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมและบทบาทในการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โดยสรุปว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น ๆ Health Belief Model (HBM) จึงเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ซึ่งเสนอแนวคิดว่า คนจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามที่แนะนำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้และตระหนัก (จีรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล 2549, Janz K.N. et all, 2002) ในสิ่งดังต่อไปนี้

2.2.1 ตัวฉันเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้น ๆ หรือไม่ (Perceived Susceptibility) HBM เชื่อว่า ถ้าคนตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางอย่าง เขาก็มีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ เช่น บางคนอาจมีญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดที่เส้นเลือดในสมองแตก จนเป็นอัมพาต ตัวเขาจึงอาจจะรู้สึกว่าเขามีความเสี่ยงมากกว่าคนอื่น ๆ เขาก็จะออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

2.2.2 โรคที่จะเป็นนั้นมีความรุนแรงขนาดไหน (Perceived Severity) HBM เชื่อว่า ถ้าคนรับรู้ว่าภาวะโรคที่อาจเกิดกับเขานั้นมีความรุนแรง อาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิต เสียหายเศรษฐกิจและสังคม เขาก็มีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ

เช่น คนที่รู้สึกว่าภาวะหลอดเลือดในสมองแตก น่ากลัว อาจทำให้เขาต้องเป็นอัมพาตช่วยตัวเองไม่ได้ไปทั้งชีวิต เขาก็จะออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

2.2.3 การรับรู้ต่อประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับการแนะนำ (Perceived Benefits) HBM เชื่อว่า ยิ่งคนรับรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำนั้นมีประโยชน์ต่อตัวเขามากเพียงใด เขาก็มีโอกาสที่จะทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ มากขึ้นเท่านั้น เช่น คนเชื่อว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดไขมันในเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดหลอดเลือดในสมองแตกได้ เขาก็จะออกกำลังกายเป็นประจำ

2.2.4 การรับรู้ต่อปัญหาและอุปสรรคในการทำพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับการแนะนำ (Perceived Barriers) HBM เชื่อว่า ยิ่งคนรับรู้ถึงอุปสรรคและความยากลำบากในการทำพฤติกรรมสุขภาพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำมากเพียงใด เขาก็จะยิ่งไม่แสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เช่น คนเชื่อว่าการออกกำลังกายนั้นเหนื่อย ยุ่งยาก และต้องอุทิศเวลา เขาก็จะไม่ออกกำลังกาย ถ้าระดับการรับรู้ต่อประโยชน์มากกว่าระดับการรับรู้ต่ออุปสรรค ก็มีโอกาสอย่างมากที่คนจะทำพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับคำแนะนำมา

2.2.5 สิ่งกระตุ้นเตือนให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Cues to Action) HBM เชื่อว่า คนถ้าได้รับสิ่งกระตุ้นเตือนให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพบ่อย ๆ เขาก็จะตระหนักและแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ การกระตุ้นนั้นอาจมาจากทั้งสิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจด้านสุขภาพ ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้สึกร่วมมือ เป็นต้น และอาจมาจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น มีการรณรงค์การออกกำลังกายผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ให้คนได้ยินและได้เห็นอยู่เป็นประจำ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจเป็นแรงจูงใจให้คนแสดงพฤติกรรมที่ได้รับการกระตุ้นเตือน อย่างเช่นการออกกำลังกายตามการรณรงค์

2.2.6 การรับรู้ต่อสมรรถนะแห่งตนในการทำพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Efficacy) HBM เชื่อว่า ถ้าคนรู้สึกมั่นใจว่าเขาสามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ในการทำพฤติกรรมสุขภาพได้ เขาก็จะทำพฤติกรรมนั้น สืบเนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเรื่องการออกกำลังกาย ถึงแม้คนจะรู้สึกว่าการออกกำลังกายต้องใช้เวลาและยุ่งยาก แต่ถ้าเขาเชื่อว่า “ฉันทำได้ ฉันบริหารจัดการเวลาของตัวเองได้” เขาก็มีโอกาสจะออกกำลังกาย

ต่อมาได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตน ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เรียกว่า ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

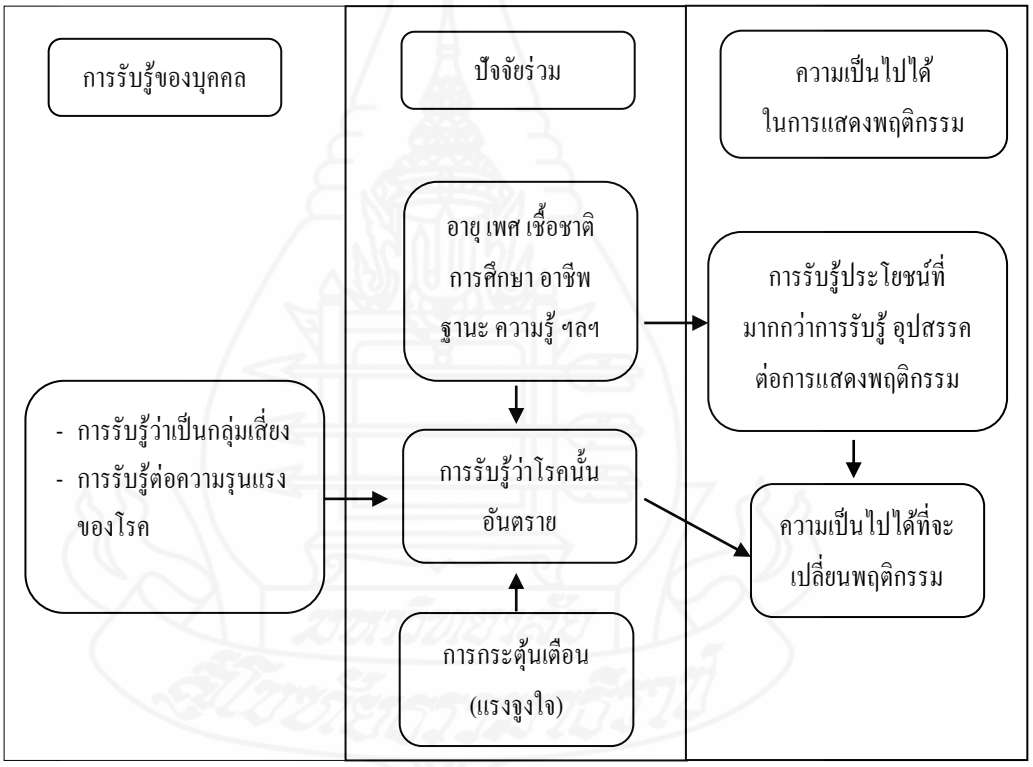
1) ประชากร: อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา เป็นต้น

2) โครงสร้าง

3) ทัศนคติ

4) ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

ปัจจัยดังกล่าวถือว่าเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น แสดงได้ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

ที่มา: The health Belief Model (Janz and et all, 2002)

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายหลายมุมมอง โดยภาพรวมสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 แบบ (Heaney and Israel, 2002) ได้แก่

2.3.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ และการห่วงใยเอื้ออาทร

2.3.2 การสนับสนุนทางด้านสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Instrumental Support) หมายถึง การสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ที่จับต้องได้ เช่น เงิน อาหาร ยานพาหนะ เสื้อผ้า ยากรักษาโรค วัสดุอุปกรณ์ การบริการรถรับส่ง เป็นต้น

2.3.3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การสนับสนุนในเรื่องข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.3.4 การสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support)) หมายถึง การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลที่คนสามารถนำไปประเมินตัวเองได้ เช่น การให้รางวัลแก่ผู้ที่ออกกำลังสม่ำเสมอ โดยรางวัลนี้จะเป็นสิ่งบอกให้คนที่ออกกำลังกายรู้ว่า พฤติกรรมที่เขาทำนั้นถูกต้องและควรทำต่อไป เป็นต้น

3. ครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

3.1.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวหมายถึงสถาบันทางสังคมขั้นมูลฐานที่ประกอบด้วยชายหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอยู่ร่วมกันกับหญิงหนึ่งหรือมากกว่า โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมอนุมัติพร้อมด้วยสิทธิและหน้าที่ที่สังคมยอมรับ โดยทั่วไปแล้วการจำแนกประเภทของครอบครัวกระทำ

ได้หลายแบบ ในที่นี้จะกล่าวถึงประเภทครอบครัวจำแนกตามขนาดและรูปแบบ ซึ่งแบ่งได้ 4 ประเภท คือ

1) ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวพื้นฐาน คือ พ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่ได้แต่งงาน เป็นระบบครอบครัวสมัยใหม่ บางครั้งอาจจะยอมให้ญาติที่ยังไม่ได้แต่งงานมาอยู่ร่วมด้วยชั่วคราว

2) ครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวที่มีครอบครัวหลักอยู่หนึ่งครอบครัวแล้วมีครอบครัวอื่นเสริมเข้ามา เช่น ครอบครัวเดิมมีพ่อ แม่ ลูก ภายหลังลูกแต่งงานก็ยังอาศัยอยู่ร่วมกันเกิดมีจำนวนหลายครอบครัวขึ้น แต่อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่หัวหน้าครอบครัวหลัก

3) ครอบครัวประสม เป็นครอบครัวที่เกิดจากระบบครอบครัวหลายผัวหลายเมียแล้วมาอยู่รวมกัน เช่น สามีมีภรรยาหลายคน ภรรยามีสามีหลายคน เกิดบุตรธิดาขึ้นมา

4) ครอบครัวขาดพ่อขาดแม่ เป็นครอบครัวที่ขาดผู้นำ คือ พ่อบ้านหรือแม่บ้านปล่อยให้แม่หรือพ่อเลี้ยง ลูกฝ่ายเดียว บางแห่งจึงเรียกว่าครอบครัวภาระ และมักจะหมายถึงครอบครัวที่ขาดพ่อ ปล่อยให้ลูกอยู่ในภาระของแม่ ราชบัณฑิตยสถาน, (2524: 142)

3.1.2 ความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวมีความสำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ ความสำคัญที่มีต่อบุคคล และความสำคัญที่มีต่อสังคม

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อบุคคล ครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคล ในฐานะที่เป็นกลุ่มทางสังคมกลุ่มแรกที่บุคคลแต่ละคนเป็นสมาชิก เป็นที่ที่สมาชิกแต่ละคนมีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างใกล้ชิดและยั่งยืน ครอบครัวมีฐานะเป็นสื่อกลางที่เชื่อมบุคคลเข้ากับสังคมนับตั้งแต่บุคคลเกิดจนกระทั่งตาย และทำหน้าที่ถ่ายทอดแบบแผนทางวัฒนธรรมให้กับสมาชิกรุ่นใหม่ ครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งสถาบันอื่น ๆ ไม่อาจทำหน้าที่เหล่านี้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางเพศ ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการการยอมรับและผูกพันซึ่งกันและกัน เป็นที่ที่เด็กจะได้รับการเลี้ยงเด็ก จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคล 3 ประการ คือ ความสำคัญด้านชีวภาพ ความสำคัญด้านสังคมและวัฒนธรรม และความสำคัญด้านบุคลิกภาพ

ส่วนที่ 2 ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อสังคม ครอบครัวมีความสำคัญต่อสังคม ในฐานะตัวกลางที่เชื่อมสังคมเข้ากับบุคคล ครอบครัวจะสนับสนุนให้บุคคลสนองตอบความต้องการของสังคม โดยสังคมจะทำหน้าที่กำหนดแบบแผนการกระทำระหว่างกันของบุคคลไว้ ซึ่งแบบแผนดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่จะต้องปฏิบัติ สังคมในที่นี้มีความหมายใน 3 ระดับ คือ ชุมชน สังคม และประเทศ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อสังคม

ใน 3 ประการ คือ ความสำคัญต่อชุมชน ความสำคัญต่อสังคม และความสำคัญต่อประเทศ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2547: 69-70)

3.1.3 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

1) สร้างสมาชิกใหม่ (reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ เพราะสังคมจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่ตายไป หน้าที่นี้มีความสำคัญที่สุด

2) บำบัดความต้องการทางเพศ (sexual gratification) ซึ่งจะออกมาในรูปของการสมรส เป็นการลดปัญหาทางเพศบางอย่าง เช่น ข่มขืน การสมรสจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมที่มีการจัดระเบียบ เพราะการสมรสคือวิธีหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมความสัมพันธ์ให้อยู่ในขอบเขต

3) เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม (maintenance of immature children or raising the young) จะเห็นได้ว่าไม่มีสถาบันใดทำหน้าที่ได้ดีกว่าสถาบันนี้ เพราะเด็กจะหาความรักและความอบอุ่นจากที่อื่นใดเสมือนครอบครัวนั้นยากมาก ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก เป็นสถานที่ส่วนใหญ่ที่เลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่เจริญเติบโตสมบูรณ์ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม ถ้าปราศจากครอบครัว การคงอยู่ของมนุษย์อาจไม่สมบูรณ์

4) ให้การอบรมสั่งสอนแก่เด็กให้รู้จักระเบียบของสังคม (socialization) ครอบครัวเป็นแหล่งอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นสถาบันที่เตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่พ้นไปจากบ้าน ครอบครัวช่วยอบรมเด็กให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยมแบบของความประพฤติ ฯลฯ

5) กำหนดสถานภาพ (social placement) บุคคลได้ชื่อสกุลจากครอบครัว ซึ่งส่วนมากก็เปลี่ยนได้ในเวลาต่อมา โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้หญิง เมื่อแต่งงานแล้วก็เปลี่ยนตามชื่อสกุลสามี สถานภาพ ตำแหน่งที่ครอบครัวให้นี้ทำให้รู้ว่าบุคคลเป็นใคร อยู่กับคนกลุ่มไหน เช่น ชื่อสกุลเป็นไทยก็จัดเป็นคนไทย ชื่อสกุลเป็นแซ่ก็จัดเป็นคนจีน เป็นต้น นอกจากนี้สถานภาพก็เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิด เช่น เป็นลูกคนจน ลูกคนรวย เป็นเชื้อพระวงศ์ เป็นลูกรัฐมนตรี เป็นลูกพ่อค้า เป็นลูกชาวนา และสถานภาพดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ เช่น เกิดเป็นลูกชาวนาก็ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นชาวนาตลอดไป อาจเปลี่ยนสถานภาพเป็นพ่อค้า เป็นข้าราชการ ทหาร ตำรวจ ก็ได้ถ้าสังคมนั้นเปิดโอกาส

6) ให้ความรักและความอบอุ่น (affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรักและความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ เป็นแหล่งที่ประกันว่าจะมีคนที่รักเราและคนที่เรารักเสมอ เช่น ความรักของสามีภรรยา ความรักของพ่อแม่ที่มีต่อลูก นอกจากนั้นถ้าสมาชิกคนใดประสบความผิดหวังไม่ว่าในด้านการงาน หรือด้านอื่น ๆ ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและ

ปลุกปลอบใจเพื่อให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ (สุพัตรา สุภาพ 2518: 60-62 อ้างถึงใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2547: 77)

7) ผลิตและกระจายสินค้าและบริการ (production and distribution of good and services) สังคมอาจมีการกำหนดว่าควรมีการผลิตอะไร ผลิตอย่างไร ใครเป็นผู้ผลิต สังคมจึงมีการแบ่งงานกันทำให้กับสมาชิกของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแบ่งงานกันในระหว่างสมาชิกครอบครัวตามความแตกต่างทางเพศและอายุ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ที่ได้รับอย่างเหมะสม เป็นสิ่งที่จะประกันได้ว่าสังคมนั้นจะมีสินค้าและบริการที่เพียงพอต่อวามต้องการ มีการกระจายที่เหมาะสม ทุดคนในครอบครัวและสังคมได้รับความเสมอภาค

8) รักษาแรงจูงใจในการดำรงชีวิตสืบไป (maintaining motivation for survival) ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ก็คือ การแสวงหาความหมายของชีวิตและสร้างแรงจูงใจที่จะมีชีวิตต่อไป ครอบครัวจึงเป็นแบบให้กับสมาชิกในการค้นหาสิ่งเหล่านั้นจากศาสนา ความเชื่อ คำสอนต่าง ๆ หรือการกำหนดวันสำคัญที่เป็นการให้คุณค่ากับชีวิต เช่น วันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ วันครอบครัว เป็นต้น (Leslie and Korman 1989 :9-11 อ้างถึงใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2547: 77)

3.2 การส่งเสริมสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การมองสุขภาพดีเป็นที่ตั้ง เป็นการสร้างเสริมสุขภาพโดยมุ่งที่การทำให้คนสุขภาพไม่ดีมีสุขภาพดี และการทำให้คนที่สุขภาพดีอยู่แล้ว คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีต่อไป (ลักขณา เติมศิริชัยกุล และสุชาดา ตั้งทางธรรม 2541: จรัส สุวรรณเวลา, 2543)

3.2.1 ให้ความสำคัญกับความสมดุล กลมกลืนของชีวิตในทุกมิติ คือ กาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

3.2.2 การสร้างเสริมสุขภาพจะมองบุคคลแบบองค์รวมและไม่แยกส่วนจากสิ่งแวดล้อม โดยมองความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อกัน ดังนั้น กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นแบบการบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

3.2.3 เป็นการดูแลสุขภาพตามลักษณะเฉพาะของตัวผู้ป่วย ภายใต้แนวคิดว่าคนแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน และต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้การดูแลต้องให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์

3.2.4 การสร้างเสริมสุขภาพไม่เน้นเทคโนโลยีชั้นสูง แต่เน้นธรรมชาติบำบัด

3.2.5 ศูนย์กลางการดูแลสุขภาพอยู่ที่บ้านและชุมชน ไม่ใช่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงมิใช่รอให้ผู้ป่วยเดินเข้ามาหาเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาล เพราะนั่นหมายถึงเขาได้ป่วยแล้ว แต่งานสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงก่อนการเจ็บป่วย แล้วทำให้คนกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นไม่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น

3.3 ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพในระดับระหว่างบุคคล แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เพราะมนุษย์เป็นสัตว์สังคม จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และคนรอบข้างหรือเครือข่ายทางสังคมนี้เองที่มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพของกันและกัน เครือข่ายทางสังคมที่ใกล้ชิดกับคนเรามากที่สุดก็คือ ครอบครัว ถ้าเราได้อยู่ในครอบครัวที่ดี มีความอบอุ่น พ่อแม่ดูแลเราเป็นอย่างดี เวลาป่วยก็พาไปหาหมอ ครบเวลาฉีดวัคซีนก็พาไปตามนัด จัดหาอาหารที่มีคุณค่าให้เรา เราก็จะมีสุขภาพกายและจิตดีไปด้วย นอกจากครอบครัวแล้วคนเราก็ยังมีคนอื่นอีกมากมายที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคมของเขา ถ้าคนในเครือข่ายทางสังคมของเขาช่วยสนับสนุนกันและกันให้ทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คนก็จะมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีได้ ดังนั้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย (ลักขณา เติมศิริชัยกุล และสุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541) สรุปได้ดังนี้

3.3.1 ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ ในอดีตวงการแพทย์และวงการสาธารณสุขมุ่งเน้นที่การรักษาโรค และการคิดค้นเพื่อการรักษาโรค ในขณะที่มิติด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพได้รับความสำคัญเป็นเรื่องรอง แต่ความจริงเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ดังนั้นจึงการทำให้บุคคล กลุ่มคน และชุมชนมีสุขภาพดีแบบองค์รวม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและดีกว่าการรักษาคนที่เจ็บไข้ให้หายป่วย ในปัจจุบันทั่วโลกจึงได้มีการเปลี่ยนทิศทางด้านสุขภาพใหม่ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย

3.3.2 การสร้างเสริมสุขภาพ มอง “สุขภาพดี” แทนที่จะมอง “สุขภาพเสีย” แม้การเจ็บป่วยบางโรคจะสามารถรักษาให้หายได้ แต่ก็มีโรคอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อร่างกายเจ็บป่วยไปแล้วก็เปรียบเหมือนกับสิ่งของที่เสียไปแล้ว การรักษาพยาบาลก็เปรียบเหมือนการซ่อมของที่เสียแล้วให้กลับมาใช้การได้อีก ซึ่งก็อาจจะซ่อมให้ดีดังเดิมไม่ได้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย เป็นการดูแลสุขภาพที่ใช้ยุทธศาสตร์ “สร้างนำซ่อม”

3.3.3 การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ใช้เงินลงทุนน้อยกว่าการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคมาก จึงเป็นการประหยัดงบประมาณของประเทศอย่างมาก

3.3.4 เมื่อคิดในแง่ของการมีสุขภาพดี และการมีคุณภาพชีวิตดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน นั่นหมายถึงการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นหรือการไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทำให้คนสามารถทำงานได้ดีขึ้นและนานขึ้น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ายิ่ง

3.4 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์หลักในการสร้างสุขภาพ คือ ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งได้ประกาศเป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายในพุทธศักราช 2560 แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชาติ เป็นความร่วมมือของกระทรวงที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ฯ และระดับกระทรวง แต่ละกระทรวงมีแผนงาน/โครงการ/เป้าหมายรองรับในการทำให้เมืองไทยแข็งแรง สำหรับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย คือ 6 อ. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2548: 1-7) ประกอบด้วย

3.4.1 อ.ที่1 หรือออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นยาวิเศษในการรักษาโรคและป้องกันโลกทำให้สุขภาพดี การออกกำลังกายแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน คือ การเคลื่อนไหวออกแรงในการทำกิจวัตประจำวัน โดยออกแรงบ่อย ๆ มาก ๆ ทำให้หายใจเร็วขึ้นเหนื่อยพอประมาณสะสมให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันหรือเกือบทุกวันจะส่งเสริมการสุขภาพดี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ร่างกายมีความคล่องตัว กระฉับกระเฉงอยู่ตลอดเวลา กิจกรรมในวิถีชีวิตประจำวันได้แก่ การเดินขึ้นลงบันได เดินในที่ทำงาน เดินหรือถีบจักรยาน กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างบ้าน และจูงสุนัขไปเดินเล่น เป็นต้น

การออกกำลังกายแบบมีแบบแผน คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ค่อนข้างเป็นเรื่องเป็นราวด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคหรือเล่นกีฬา เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ถีบจักรยาน เล่นฟุตบอล บาสเกตบอล เทนนิส เป็นต้น ควรทำกิจกรรมเหล่านี้ประมาณ 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ อย่างน้อยวันละ 30 นาที จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นหายใจลึกและเร็วขึ้น ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของปอด หัวใจ และป้องกันโรคเรื้อรัง

ข้อแนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายในการออกกำลังกาย สำหรับการที่คนเราจะมีการออกกำลังกายนั้น ในแต่ละคนจะต้องรู้จักสังเกตสุขภาพของตนเองว่ามีสภาพร่างกายมีความพร้อมต่อการออกกำลังกายมาก-น้อยเพียงใด กีฬาหรือประเภทของการออกกำลังกายเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ นอกจากนี้จะต้องรู้ว่าความผิดปกติหรืออยู่ในภาวะเสี่ยงหรือไม่ โดยมี

การสังเกตและตรวจสอบสภาวะร่างกายในช่วงวัยต่างๆ ซึ่งข้อแนะนำในการเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกาย พอสรุปในเบื้องต้นได้ดังนี้

1) ไม่ออกแรงออกกำลังกายเมื่อมีอาการเป็นไข้หวัด ควรรอให้หายก่อนอย่างน้อย 2 วัน

2) หลังรับประทานอาหาร ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหนักในทันที ควรพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3) ถ้าต้องออกกำลังกายในอากาศที่ร้อนกว่าปกติ ควรลดความเร็วหรือความแรงลง ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ควรจำกัดหรือยกเลิกการออกกำลังกาย

4) เมื่อขึ้นเนินหรือลาดชัน ให้ผ่อนความเร็วหรือความแรงลง เพื่อหลีกเลี่ยงการออกแรงมากเกินไป

5) สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม

6) ต้องรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองและควรตรวจสุขภาพเป็นระยะ

7) เลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของหัวใจและปอด และไม่ควรละเลยการสร้างความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ

8) หมั่นสังเกตและตระหนักถึงอาการระหว่างการออกกำลังกาย เช่น รู้สึกแน่นบริเวณหน้าอก หายใจตื้นเร็ว รู้สึกไม่ดีที่กระดูกและข้อต่อ เป็นต้น

9) สังเกตอาการที่เกิดจากการออกกำลังกายมากหรือหนักเกินไป เช่น รู้สึกเหนื่อยล้าเกือบทั้งวัน หลังออกกำลังการแทนที่จะตื่นตัว ไม่สามารถออกกำลังกายจนถึงระยะเวลาหรือระยะทางที่กำหนด

10) ก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยความแรงระดับปานกลาง หรือหนักหน่วง ต้องอบอุ่นร่างกาย (Warm up) และคลายความร้อน (Cool down) เสมอ

11) เริ่มต้นอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้เวลาแก่ร่างกายในการปรับตัว

12) ถ้าอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือต่ำกว่า แต่ไม่มีอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ และตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ เช่น เสียง Murmur และความดันโลหิตสูง ถือว่าไม่มีโรค ไม่ต้องทดสอบโดยการออกกำลังกายจึงไม่มีข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการออกกำลังกาย

13) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี หรือมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก ตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ 2 ข้อ แต่มีแผนการออกกำลังกายที่หนักหน่วง เช่น วิ่งเหยาะ วิ่งแข่ง ต้องทดสอบด้วยการออกกำลังกายอย่างระมัดระวัง ถ้าผลการทดสอบผิดปกติ หรือไม่ได้ทำ แนะนำให้จำกัดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายแค่ความหนักระดับเบาหรือปานกลาง เช่น การเดิน หรือกิจกรรมอื่นๆที่มีความแรงเท่ากัน

3.4.2 อ.ที่ 2 หรืออาหารปลอดภัย ปัจจุบันสถานการณ์การปนเปื้อนในอาหารจากพิษภัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเชื้อโรคพยาธิ สารเคมีและโลหะหนักยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมาก ประชาชนผู้บริโภคยังมีความเสี่ยงต่อการบริโภคที่มีการปนเปื้อนจากพิษภัยต่าง ๆ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมด้วย เนื่องจากรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ดังนั้นอาหารที่ผลิตให้ประชาชนผู้บริโภคจะต้องเป็นอาหารที่สะอาด ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบทางเดินอาหาร การตรวจสอบสภาพอาหารดิบก่อนปรุงทุกครั้งอยู่ในสภาพที่สะอาด ปลอดภัยจากสารพิษที่อาจตกค้างในอาหารได้ และต้องมีกรรมวิธีในการปรุงอาหารที่สะอาดถูกต้อง มีผู้ปรุงอาหารที่มีสุขนิสัยในการปรุงอาหารที่ดี ใช้ภาชนะอุปกรณ์และสารปรุงแต่งอาหารที่ถูกเก็บในภาชนะที่ถูกต้องและสะอาด มีการทำความสะอาดสถานที่เก็บอย่างสม่ำเสมอ ไม่เก็บใกล้สารเคมีที่เป็นพิษอื่น ๆ

จากนโยบายรัฐบาลเรื่องอาหารปลอดภัย (Food Safety) รัฐบาลต้องการให้คนไทยบริโภคอาหารที่มีความปลอดภัย และได้ให้ความหมายอาหารไว้ 3 ชนิด ได้แก่ อาหารสด อาหารปรุงสำเร็จ และอาหารแปรรูป ดังนี้

1) อาหารสด ทำการควบคุมดูแล อาหารที่จำหน่ายในตลาดสด ตลาดนัด ร้านขายอาหารสดในหมู่บ้าน ซุปเปอร์มาเก็ต รถเร่ การดำเนินงานอาหารสดให้ปลอดภัย รัฐบาลกำหนดให้ตรวจสุขลักษณะทั่วไปของร้านขายอาหารสด (การดูแลความสะอาดของสถานที่จำหน่ายอาหาร การบรรจุ การเก็บรักษา อาหารไว้รอจำหน่าย) และหาสารปนเปื้อนในอาหารสดอย่างน้อย 6 ชนิด ได้แก่ สารบอแร็กซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน สารฟอกขาว สารกันรา และสารเร่งเนื้อแดง

2) อาหารปรุงสำเร็จ ทำการควบคุม อาหารปรุงสุกที่จำหน่ายที่ร้านอาหาร แผงลอยศูนย์อาหาร โรงอาหารในโรงเรียน และโรงครัวในโรงพยาบาล การดำเนินงานอาหารปรุงสำเร็จให้ปลอดภัยรัฐบาลกำหนดให้ตรวจสถานที่ปรุง สถานที่ประกอบ สถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานข้อกำหนดพื้นฐานของท้องถิ่นหรือมาตรฐานกรมอนามัย ได้แก่ เทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติตำบล และตรวจมาตรฐานทางแบคทีเรีย โดยการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียอย่างง่ายด้วยน้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มขั้นต้น (SI-2)

3) อาหารแปรรูป ทำการควบคุมดูแลอาหารแปรรูปในสถานที่ผลิตอาหาร เช่น โรงงานผลิตอาหารกลุ่ม OTOP การดำเนินงานอาหารแปรรูปให้ปลอดภัย รัฐบาลกำหนดให้ตรวจมาตรฐานโรงงานผลิตอาหารมาตรฐานโรงงานผลิตอาหาร (GMP) และมาตรฐานผลิตภัณฑ์อาหาร (อย.)

3.4.3 อ.ที่ 3 หรืออารมณ์ ปัจจุบันทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศผู้นำที่พัฒนาแล้วทั้งหลายได้รู้และตระหนักว่า การพัฒนาตลอดระยะเวลาที่ผ่านมามุ่งสร้างความเจริญพรั่งพร้อมทางวัตถุ โดยเน้นความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพียงด้านเดียว ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจและธรรมชาติสิ่งแวดล้อม นับว่าเป็นการพัฒนาที่ไม่ก่อให้เกิดความสุขและยั่งยืน มิติทางด้านอารมณ์รัฐบาลกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขั้นต้นในเรื่องการสร้างครอบครัวให้อบอุ่นห่างไกลจากสารเสพติดโดยให้วัยรุ่นอายุ 10-24 ปี เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และร่วมทำกิจกรรม ปรึกษาหารือ หาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยอาศัยหลักพุทธศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวและปฏิบัติ เป้าหมายอีกกลุ่มหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุ ให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์และแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพอนามัยโภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม ศาสนาเพื่อลดภาวะเครียดของผู้สูงอายุ

3.4.4 อ.ที่ 4 หรืออโรคยา ปัจจุบันคนไทยมีปัญหาสุขภาพก็เนื่องมาจากสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลง วิถีชีวิตจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ผู้คนต่างหารายได้งานรัดตัว มีเวลาใส่ใจตนเองน้อยตลอดจนสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมทำให้ผู้คนเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ จากสถิติการป่วยและตายในระยะที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยและตายด้วยโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและโรคหัวใจมากที่สุด โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของบุคคล อันก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น การมีพฤติกรรมเสี่ยงแม้เพียงพฤติกรรมเดียวก็ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้อีกมากมาย เช่น การกินอาหาร จำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมันสูงทำให้เกิด ไขมันสะสมในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่ทำให้ป่วยเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ไตเสื่อมสภาพ พฤติกรรมการกินเค็มจัด มันจัด เป็นปัจจัยที่ทำให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง การดื่มสุราทำให้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง การทิ้งขยะไม่เป็นที่ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง แมลงวัน หนู แมลงสาป ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินอาหาร ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของคนสามารถป้องกันได้หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้อง นโยบายเรื่องอโรคยารัฐบาลกำหนดให้ทำการป้องกันและควบคุมโรคทั้งโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ โดยเน้นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ไข้เลือดออกและเอดส์

3.4.5 อ.ที่ 5 หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม ได้กำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ และพัฒนาโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในความเป็นจริงเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้สุขภาพดีจำเป็นต้องทำครบวงจร ทั้งการเฝ้าระวังมลพิษต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดเหตุรำคาญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ ฝุ่นละออง สารเคมี การเลี้ยงสัตว์ และการรักษาสมดุลทางธรรมชาติ การทำเกษตรอินทรีย์ การใช้สารเคมีปราบศัตรูพืช

3.4.6 อ.ที่ 6 หรืออบายมุข ได้กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ เช่น ร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีระบบปรับอากาศ โรงพยาบาล สถานที่ราชการและยังเพิ่มความเข้มข้นในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การเปลี่ยนคำเตือนบนซองบุหรี่ จากตัวหนังสือเป็นภาพ 4สี และออกกฎหมายห้ามขายสุราและบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

3.5 การส่งเสริมสุขภาพกับการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัว

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 22) ได้กล่าวถึงหลักในการรักษาสุขภาพสำหรับคนทุกวัยทั้งในครอบครัวและสังคม ว่าประกอบด้วยพฤติกรรม ดังนี้

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

3.5.2 นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคุณภาพของการนอนขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจสิ่งแวดล้อม หากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่เคร่งเครียดจะทำให้หลับได้ดี

3.5.3 อยู่เป็น การอยู่เป็นนอกจากจะรู้จักรักษาสุขวิทยาที่ดีแล้ว ยังรวมถึงการรู้จักออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เกิดการตื่นตัวและคงความสดชื่น การมองโลกในแง่ดี หลีกเลี่ยงการเป็นโรค ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส

3.5.4 สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม ทำความเข้าใจและยอมรับสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผล จะช่วยให้ปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น และอย่าคาดหวังจากสังคมมากเกินไป

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

1) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2) ลักษณะนิสัยการกินที่ดีมีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

3) หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด

4) การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ

5) ลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้น้อยที่สุด

6) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสารเสพติด

7) มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัยมีการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน

8) การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์ (2550) กล่าวว่า สุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนเรามีอิทธพลมาจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้

1) การบริโภคอาหาร

2) การจัดการความเครียด

3) การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย

4) การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสพติดให้โทษแก่ร่างกาย เช่น การสูบหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

สรุปได้ว่า จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดของเมืองไทยแข็งแรง ที่ได้ตั้งเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จด้านสุขภาพไว้ 6 ด้าน ซึ่งเป็นภารกิจที่ไม่สามารถทำสำเร็จได้โดยผู้หนึ่งผู้ใดหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จำเป็นต้องอาศัยพลังความร่วมมือของทุกคนทุกหน่วยงานครอบครัวและชุมชน ร่วมมือกันขจัดทุกข์ของสังคมออกไป โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (แกนนำสุขภาพ) สามารถถ่ายทอดการปฏิบัติหรือการแสดงออก ที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ ให้เหมือนตน คือการมีสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล เพื่อเสริมสร้างให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาวะที่ดีได้

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้ มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง

พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติม จำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้ ผสส. 1 คน รับผิดชอบดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้มี อสม. 1 คน ต่อหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) อาสาสมัครสาธารณสุขมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

4.1 ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน / ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ พื้นที่ชนบท: อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง: เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร เขตชุมชนแออัด (อสม.) 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือนเขตชุมชนชานเมือง (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กันจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ10-20 คน ต่อหมู่บ้าน

4.2 คุณสมบัติของ อสม.

4.2.1 เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน

4.2.2 มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้

4.2.3 เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข

4.2.4 เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าในการดำเนินงานสาธารณสุข

4.2.5 เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดีได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

4.3 วิธีการคัดเลือก ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

4.3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบ ถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. และร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. และ ศสมธ. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา

4.3.2 แบ่งละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน และชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ

4.3.3 เปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้มีคุณสมบัติในข้อ 1.2 สมัครเข้ารับการอบรมเป็น อสม.

4.3.4 ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

4.3.5 คณะดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย อสม. กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน และผู้นำอื่น ๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน อนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส

4.4 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)กับการส่งเสริมสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้ ซึ่งได้กำหนดบทบาทไว้ดังนี้

4.4.1 เป็นผู้ปฏิบัติตน และนำพาบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส.

4.4.2 เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน

1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2) การจัดการงบประมาณ เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ

3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่นการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสมตามวัยสัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เป็นต้น

4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

4.2.3 เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4.2.4 ป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ

4.2.5 การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน โดยการนำข้อมูลข่าวสาร แนวทางและวิธีการทำงาน ที่เหมาะสม สื่อผ่านรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ไปสู่คนในชุมชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมที่เป็นบวก สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงพฤติกรรมที่เป็นบวกนั้นไว้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรมีพฤติกรรมในการจัดการกิจกรรมทั้งเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนดังนี้

1) ออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสมตามวัย สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที

2) ปลูกผักไว้กินอย่างน้อย 5 ชนิด ด้วยกรรมวิธีเกษตรอินทรีย์ปลอดภัย

3) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น จัดบ้านให้สะอาดถูกสุขลักษณะ กำจัดแหล่งพาหะนำโรค กำจัดขยะอย่างถูกวิธี เป็นต้น

4) มีสุขนิสัย “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ”

5) ตรวจสุขภาพประจำปีและเฝ้าระวังสุขภาพโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์

6) ชักชวนและให้บริการคัดกรองสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกาย ตรวจเบาหวาน วัดความดันโลหิต แปลผลการคัดกรอง การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการไปตรวจมะเร็งปากมดลูก

7) ให้คำปรึกษาแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

8) ชักชวนให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

9) สร้างคู่หู (อสม. และ/หรือแกนนำอื่น ๆ) อย่างน้อย 2 คน ในการขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างสุขภาพ เพื่อขยายให้เกิดเครือข่ายร่วมมือเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

10) จัดตั้งกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอาหารปลอดภัย เป็นต้น

11) จัดทำแผนสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน/ท้องถิ่น

12) ขับเคลื่อนแผนสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง

13) เป็นแกนนำในการริเริ่มกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น กฎกติกาในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ

14) สร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยมีศูนย์กลางการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เช่น โรงเรียน อสม. โรงเรียนนวัตกรรม ศูนย์ปราชญ์ชุมชน เป็นต้น

15) ประเมินผลความสำเร็จการจัดการสุขภาพชุมชน และนำเสนอผลเพื่อนำเข้าสู่แผนการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ โดยการสื่อสาร สร้างสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ครอบครัวและชุมชน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

5.1 งานวิจัยในประเทศ มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

กองสุขศึกษาร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง (2547) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ประเด็นพฤติกรรมการออกกำลังกาย ช่วงเวลา ระยะเวลา สถานที่ออกกำลังกายและเงื่อนไขที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ของประชาชน โดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย เด็กเยาวชนอายุ 6-19 ปี วัยทำงานอายุ 20-60 ปี และผู้สูงอายุ อายุ 61 ปี ขึ้นไป จำนวน 1561 คน ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม-6 มิถุนายน 2547 ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ นครราชสีมา สงขลา และสมุทรปราการ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกาย เป็นประจำร้อยละ 40.36 โดยกว่าครึ่งที่มีเงื่อนไขและเหตุผลทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอได้ เช่น ไม่มีสถานที่ที่สะดวกใกล้บ้าน ขาดกลุ่มเพื่อน ฯลฯ การออกกำลังกายในกลุ่มคนวัยทำงานและผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย

ในลักษณะเดี่ยวจำนวนมาก นอกจากนี้ กลุ่มคนวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ต้องทำงานใช้แรงหรือทำงานบ้าน อาทิ ล้างจาน ถูบ้าน ล้างรถ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ มีจำนวนมากที่ไม่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเหนื่อยล้าจากการทำงานแล้วการออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น สำหรับกลุ่มผู้หญิงมีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ชาย ประเภทการออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ การเดิน การวิ่ง ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิค ฟุตบอล และแบดมินตัน โดยกลุ่มเด็กเยาวชน นิยมประเภทวิ่ง ขี่จักรยาน ฟุตบอล และเดิน กลุ่มวัยทำงานนิยมออกกำลังกายประเภทเดิน วิ่ง ขี่จักรยาน และเต้นแอโรบิค ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุนิยมประเภทเดิน วิ่ง ขี่จักรยานและรำมวยจีน ไทเก๊ก และในแต่ละเพศมีความนิยมในประเภทของกีฬาการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน เช่น เพศชาย ไม่นิยมเต้นแอโรบิค

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2548: 86-89) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง สภาวะพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในภาพรวมของประเทศ พบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพยังมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง กล่าวคือ มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารสำเร็จรูป/กึ่งสำเร็จรูป และอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจาระร่วงที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่อุ่นอาหารให้ร้อนก่อนรับประทานอาหาร ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และไม่ดื่มน้ำต้นสุก ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายเล่นกีฬาโดยเฉพาะเพศชายและเพศหญิง มีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน ด้านการขจัดความเครียดใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลงมากที่สุด สัดส่วนการเกิดความเครียด พบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย ด้านการดูแลและปรับปรุงอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีการทำความสะอาดบ้าน ห้องน้ำ ครัว และเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก กำจัดขยะโดยการเผา กำจัดน้ำเสียโดยการลงในหลุมพักน้ำเสียหรือบ่อบำบัดและระบายน้ำทิ้งลงบริเวณบ้าน และกำจัดแหล่งเพาะพันธ์สัตว์นำโรคต่าง ๆ เช่น หนู แมลงวัน ยุง ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัด ด้านการขับขี่รถจักรยานยนต์/รถยนต์ กลุ่มคนเกือบครึ่งหนึ่งไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่วนผู้ที่ขับรถยนต์ส่วนใหญ่จะคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถยนต์ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับดี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนหรือขณะขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) วิเคราะห์สถานการณ์ครอบครัวไทย พบว่า

1. ด้านสภาวการณ์ของครอบครัวไทย พบว่า ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งรูปแบบของครอบครัวยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง นับตั้งแต่ปี 2543 ครอบครัวไทยยังมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีพ่อ แม่ ลูก หรือพ่อ แม่และลูก หรือสามี และภรรยาและ

ครอบครัวขยายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หัวหน้าครัวเรือนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายร้อยละ 73.2 มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนเพียงร้อยละ 26.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-49 ปี

2. ครอบครัวกับสภาพแวดล้อม พบว่า รายได้ของครัวเรือนไทยทั่วประเทศมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,617 บาท เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการ ครัวเรือนทั่วประเทศมีหนี้สินโดยเฉลี่ย 103,940 บาท และเป็นหนี้สินเพื่อการใช้จ่ายในครัวเรือนร้อยละ 64.6 และพบว่าจากนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจและความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการสื่อสาร กระตุ้นให้เกิดกระแสวัตถุนิยม ครอบครัวต้องมุ่งทำงานเพื่อหารายได้ สนองความต้องการทางวัตถุ ทำให้รายจ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ครอบครัวมีภาวะหนี้สินมากขึ้น ไม่สามารถพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจได้ ในด้านการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 ได้รับการศึกษาจนจบการศึกษาในภาคบังคับ ในด้านการใช้เวลาอยู่ร่วมกันของครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความใกล้ชิดกันน้อยลง เนื่องจากพ่อแม่ประกอบอาชีพนอกบ้าน เป็นลูกจ้างสถานประกอบการ และส่วนใหญ่ใช้เวลาในการประกอบอาชีพ มีเวลาดูแลภายในครอบครัวและสมาชิกเฉลี่ยวันละ 2 ชั่งโมง การนั่งดูโทรทัศน์ร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนลดน้อยลง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวที่จะทำให้การสื่อสาร หรือการสั่งสอนลูกหลานมีน้อยลง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ สมชิกชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 5,445 คน โดยสอบถามความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปัญหามากที่สุดคือ การกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ใน 1 วัน ลดการกินอาหารที่มีไขมันสูงลดการกินอาหารประเภททอด อาหารหรือขนมหวนที่ปรุงด้วยกะทิ และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย 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 และ44.3 ตามลำดับ ในด้านพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการผ่อนคลายความเครียดโดยการปรึกษาพูดคุยกับเพื่อน ๆ ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย สวดมนต์ ปลูกต้นไม้ ควบคุมอารมณ์ตนเองทำกิจกรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

และยังมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอบายมุขอยู่ในระดับไม่ดี พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

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

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า

ประชาชนในภาคตะวันออกมีพฤติกรรมการบริโภคอาหรนอกบ้าน รวมทั้งการซื้ออาหารสำเร็จแบบถุงพลาสติกมาบริโภค เนื่องจากคนส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร ประกอบกับต้องการความรวดเร็ว และสะดวกสบาย รวมทั้งการบริโภคอาหารแบบตะวันตกหรืออาการจานด่วน ซึ่งเปิดขายอยู่ตามห้องสรรพสินคาในทุกจังหวัดของภาคตะวันออก นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชาชนยังนิยมบริโภคอาหารแบบต่างชาติมากขึ้น จะพบได้จากการรับประทานอาหารเช้าของประชาชนในภาคตะวันออก ซึ่งได้แปรเปลี่ยนไปเป็นการดื่มชา กาแฟ ไข่ดาว แฮมเบอร์เกอร์ แซนด์วิช และขนมปัง เป็นต้น

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในภาคตะวันออก พบว่า แม้ว่าภาครัฐและเอกชนหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยการส่งเสริมนโยบายต่าง ๆ ในด้านออกกำลังกาย การประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ การสร้างศูนย์สุขภาพ ศูนย์พัฒนาสุขภาพ สนมกีฬา สวนสุขภาพ สระว่ายน้ำ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนบางส่วนที่ไม่เห็นคุณค่าของการออกกำลังกายประกอบกับสภาพการดำรงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย จึงทำให้คนกลุ่มหนึ่งละเลยการออกกำลังกายไป นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการออกกำลังกายที่รณรงค์ให้ประชาชนสนใจการออกกกำลังกาย ยังไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งประชาชนยังขาดทางเลือกในการออกกำลังกาย เนื่องจากการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชนส่วนใหญ่เป็นการเต้นแอโรบิค ซึ่งเหมาะกับคนเพียงบางกลุ่ม

3. พฤติกรรมการเสพสิ่งเสพติด พบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 29.6 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน มากกว่าร้อยละ 50 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในลักษณะกิจวัตรประจำวันและยังนิยมดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อต้องการทำงานให้ได้นานมากขึ้นและช่วยเพิ่มความรู้สึกสดชื่น

พิณรวี สิงโต (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารในชุมชนตำบลนางแก้ว จังหวัดราชบุรี พบว่าครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนั้นยังพบว่าตัวแปรทั้ง 4 นี้ สามารถร่วมทำนายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของครอบครัวได้ร้อยละ 23.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ควรมีการสร้างนวตกรรมเพื่อการจูงใจและปลูกฝังสมาชิกของครอบครัวให้ตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอย่างยั่งยืน

นฤมล ตรังวัชรกุล (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวบ้านกลางดง ตำบลทุ่งปี้ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.1 เมื่อพิจารณาการปฏิบัติเป็นรายด้าน พบว่าการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ร้อยละ 53.4 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร้อยละ 69.4 ด้านอโรคยา ร้อยละ47.3 ด้านอบายมุก 39.7 ส่วนการปฏิบัติที่อยู่ในระดับปานกลาง มี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารร้อยละ 55.7 และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 46.6 ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ยังไม่สามารถปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวนโยบาย 6 อ จึงควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆเพิ่มมากขึ้น

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2551) ได้ศึกษาการรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด การรอบรู้สุขภาพ เป็นแนวคิดสำคัญแนวคิดหนึ่งที่ถูกระบุในกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2548 ที่ต่อจากกฎบัตรออตตาวา พ.ศ. 2529 วัตถุประสงค์การวิเคราะห์แนวคิดการรอบรู้สุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนสามารถนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้เขียนจึงมีความสนใจวิเคราะห์แนวคิดนี้ แนวคิดการรอบรู้สุขภาพเป็นแนวคิดที่มุ่งที่ผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมายมี 3 ระดับ โดยพิจารณาความแตกต่างของเป้าหมายระดับ 1 มุ่งที่การรู้เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามการรักษาหรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์เป็นหลัก ระดับที่ 2 การรอบรู้เพื่อพัฒนาทักษะต่อมาเมื่อพบว่าปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ จึงมีการขยายแนวคิดที่มุ่งสร้างการเรียนรู้เพื่อให้สามารถจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อ

สุขภาพจัดเป็นระดับที่ 3 โดยเพิ่มทักษะทางสังคมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้มากขึ้น มีทักษะการเจรจาต่อรอง ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร กระบวนการที่จะสร้างการรอบรู้ไม่จำกัดรูปแบบและไม่ใช่เพียงการสอนสุขศึกษา ผู้ที่มีความรอบรู้จะสามารถเลือกตัดสินใจ และมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี

สุกัญญา ใจทัน (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลหอกลอง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ระดับการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย จากองค์ประกอบทั้ง 3 ปัจจัย อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.00 และเมื่อจำแนกรายองค์ประกอบพบว่า ระดับการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย จากปัจจัยดึงดูด ปัจจัยผลักดัน และปัจจัยสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.0,60.0และ54.0ตามลำดับ สมรรถนะด้านความรู้และสมรรถนะด้านพฤตินิสัยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 92.0 และ 74.0 ตามลำดับ และสมรรถนะด้านความรู้ สมรรถนะด้านพฤตินิสัยกับการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำนึง จันทร์เหมือน (2553) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.0 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมแต่ละด้านมีการปฏิบัติมาก ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การทำงานเพื่อรายได้ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยเสริมด้านบริการที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 23.5 ($p<0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการได้รับปัจจัยเสริมด้านการบริการที่ดี เป็นตัวแปรสำคัญที่กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปประยุกต์ใช้วางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพต่อไป

นันทิยา ต่อโคกสูง (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 26 ($F_{6,243}$=14.201 , p<0.001)

สมเกียรติ ภักดีนอก (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเพศหญิงร้อยละ 88.39 อายุเฉลี่ย 43.03 เรียนจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 64.29 มีมัธยฐานรายได้ของครอบครัว 5,600 ต่อเดือน และมีมัธยฐานการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 8 ปี การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.96 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 112.46 จากคะแนนเต็ม 150 คะแนน มีการรับรู้ความสาสมารถแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.64 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่การรับรู้ความสาสมารถแห่งตนด้านการตอบสนองทางด้านจิตวิทยา p<0.001 และการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการใช้คำพูดชักจูง p<0.001

อรพินธ์ สายใย (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีร้อยละ 36.3 2) ปัจจัยนำคือทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อซึ่งได้แก่การมีแหล่งบริการสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4)ปัจจัยเสริมซึ่งได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วารินทร์ ปุยทอง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์กรบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01

5.2 งานวิจัยต่างประเทศ มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope, 1974) ศึกษาสถานภาพทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพของชายในเมืองวิกตอเรียและรัฐบริทิชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ดัฟฟี่ (Duffy, 1988) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35-55 ปี ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐขนาดใหญ่ ในแถบภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 262 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามลำดับ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความห่วงใยสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนการควบคุมสุขภาพภายในตน และการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย

วอร์กเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน จำนวน 452 คน แบ่งเป็น วัยสูงอายุ 55-88 ปี จำนวน 97 คน วัยผู้ใหญ่ตอนต้น 18-34 ปี จำนวน 137 คน วัยกลางคน 35-54 ปี จำนวน 188 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้และสามารถใช้เป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 13.4

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

กิลลิส (Gillis, 1993) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ ระหว่างปี ค.ศ. 1983-1991 ที่มีในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ในสเปน ได้งานวิจัยจำนวน 23 เรื่อง พบว่าปัจจัยที่มีผู้สนใจศึกษามากตามลำดับ คือความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และสิ่งขัดขวางของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ตัวแปรที่ดีรองลงไปตามลำดับ ได้แก่ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความหมายของสุขภาพ

อฮิเจวิช และเบิร์นฮาร์ด (Ahijevych and Bernhard, 1994) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีชาวอาฟริกัน-อเมริกา จำนวน 187 คน พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมด้านการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

ไนส์ วอลแมน และคุก (Nies, Vollman and Cook, 1998) ศึกษาประโยชน์ อุปสรรค และกลยุทธ์ในการออกกำลังกายของตรียูโรเปียน-อเมริกัน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของสหรัฐอเมริกา จำนวน 16 คน โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายพบว่า การมีกิจกรรมทางกาย มีส่วนในการลดความเครียด ที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน นอกจากนี้ การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอาจได้รับการช่วยเหลือ ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้างเป็นกำลังใจแก่บุคคลในการดำเนินชีวิตต่อไป

จูน (Jun, 1999) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในประเทศจีน จำนวน 217 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายว่าทำให้ร่างกายแข็งแรงและพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในประชากรกลุ่มต่างๆกัน มีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ความรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพศ อายุ อาชีพ จำนวนสมาชิกขนาดครอบครัว และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันออกไป และเพื่อให้งานวิจัยมีความชัดเจนและเป็นประโยชน์มากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าวมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี ดังระบุไว้ในภาพที่ 1.1 หน้า 3

บทที่ 3
วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัย

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 จากจำนวนหมู่บ้าน 68 แห่ง จำนวนประชากรทั้งหมด 2,184 คน (บัญชีรายชื่อแกนนำด้านสุขภาพ ณ เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี)

1.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มเป้าหมายได้ 327 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 2,184 คน (จำนวนกลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970: 607-610)

1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.3.1 เลือกอำเภอ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ใช้วิธีการจับฉลากได้อำเภอที่ใช้เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5 อำเภอ ได้แก่อำเภอเมือง อำเภอมะขาม อำเภอนายายอาม อำเภอขลุงและอำเภอแหลมสิงห์

1.3.2 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ต้องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว และอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 68 หมู่บ้าน ๆ ละ 5 คน คิดเป็นจำนวนที่ต้องเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ

อำเภอ	จำนวนหมู่บ้าน (แห่ง)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
อำเภอเมือง	14	70
อำเภอมะขาม	14	70
อำเภอนายายอาม	14	70
อำเภอขลุง	13	65
อำเภอแหลมสิงห์	13	65
รวม	68	340

1.3.3 เลือกรายชื่อหมู่บ้าน โดยใช้การเลือกสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) โดยในขั้นแรก จะเลือกรายชื่อของหมู่บ้านจากการเรียงลำดับอักษร แล้วเลือกหมู่บ้านที่อยู่ในลำดับที่ 1,11,21,31,41,51,…ตามลำดับ

1.3.4 เลือกโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ตามแต่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ประสานงานให้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดจะได้กล่าวดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และข้อมูลที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย 10 ข้อ ด้านอาหาร 10 ข้อ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ และเป็นคำถามทางบวก 20 ข้อ คำถามทางลบ 5 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบให้ครบทุกข้อ ซึ่งให้เลือกตอบ (Multiple choices) ชนิด 2 ตัวเลือก ได้แก่ “ถูก” “ผิด” โดยผู้ตอบที่เลือกคำตอบที่ถูกต้องมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดมีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลโดยถือตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย (กัลยา วานิชบัญชา.2542: 29-30) ดังนี้

คะแนนต่ำสุดที่จะตอบผิดทั้งหมด	เท่ากับ	0	คะแนน
คะแนนสูงสุดที่จะตอบถูกทั้งหมด	เท่ากับ	25	คะแนน

จำนวนชั้นทั้งหมด 3 ชั้น

$$\text{ความกว้างแต่ละชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นทั้งหมด}}$$

ความกว้างแต่ละชั้น = (25-0)/3 = 25/3 = 8

คะแนน 0-8 หมายถึงระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9-16 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 17-25 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง

การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์การประเมินของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 8-9) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	**ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ**
1.34-2.00	มาก
0.67-1.33	ปานกลาง
0.00-0.66	น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มี 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย 10 ข้อ ด้านอาหาร 10 ข้อ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ และเป็นคำถามเชิงบวก (Positive) ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

การปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วัน/สัปดาห์)

การปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัตินานๆครั้งหรือบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติเลย

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลโดยถือตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย (กัลยา วานิชบัญชา 2542: 29-30) ดังนี้

คะแนนต่ำสุดที่จะตอบไม่เคยปฏิบัติเลยทั้งหมด เท่ากับ 0 คะแนน

คะแนนสูงสุดที่จะตอบปฏิบัติเป็นประจำทั้งหมด เท่ากับ 50 คะแนน

จำนวนชั้นทั้งหมด 3 ชั้น

$$\text{ความกว้างแต่ละชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นทั้งหมด}}$$

$$\text{ความกว้างแต่ละชั้น} = (50-0)/3 = 50/3 = 17$$

คะแนน 0-17 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 18-34 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 35-50 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับสูง

การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกครอบครัว โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์การประเมินของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 8-9) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
1.34-2.00	มาก
0.67-1.33	ปานกลาง
0.00-0.66	น้อย

2.2 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ศึกษาและวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการสร้างข้อคำถาม

2.2.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้าง เนื้อหาของแบบสอบถาม

2.2.3 สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร และด้านอารมณ์

2.2.4 ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณา ตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงบแก้ไขแบบสอบถามให้ชัดเจนมากขึ้น หลังจากนั้นจึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนจะไปทดลองใช้

2.2.5 หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับ แก้ไข ตามความคิดเห็นของผู้ทรงผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง แบบอัลฟาของครอนบาช (Alpha-reliability Coefficient) ด้วยโปรแกรมการคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	0.8292
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	0.9099

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยขอจดหมายอนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 ผู้วิจัยทำการสำรวจข้อมูลโดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในครอบครัวในพื้นที่

3.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือ ในการประสานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่มีประชากรกลุ่มตัวอย่างช่วยอำนวยความสะดวกในการกรอกข้อมูลในแบบสอบถาม

3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจำนวน 340 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามครบถ้วนและถูกต้อง คิดเป็น 100% ของแบบสอบถามทั้งหมด

3.5 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ จำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

4.2 ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

4.4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ไคสแควร์ (Chi-square Test)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เก็บจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 จำนวน 340 คน ข้อมูลในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว
2. ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์
3. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว (n=340)

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	34.71
หญิง	222	65.29
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	30	8.82
20-29 ปี	18	5.30
30-39 ปี	61	17.94
40-49 ปี	95	27.94
50-59 ปี	85	25.00
60 ปีขึ้นไป	51	15.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	16	4.71
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	118	34.70
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	160	47.06
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	37	10.88
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9	2.65
อาชีพ		
เกษตรกรรม	199	58.53
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	24	7.06
รับจ้างทั่วไป	117	34.41
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
จำนวน 2-3 คน	102	30.0
จำนวน 4-5 คน	214	62.94
จำนวน 6-7 คน	24	7.06

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หนังสือพิมพ์/แผ่นพับ/โปสเตอร์	113	33.24
โทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียง	223	65.59
อินเตอร์เน็ท	25	7.35
เพื่อนบ้าน	71	20.88
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	236	69.41
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	207	60.88

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.29 โดยมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 27.94 รองลงมาอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 25.0 และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 17.94 ตามลำดับ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 47.06 รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 34.70 และมีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 10.88 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.53 รองลงมามีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 34.41 และมีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมาชิกในครอบครัวโดยจำแนกตามขนาดและรูปแบบครอบครัวเดี่ยว จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 62.94 รองลงมามีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 30.0 ครอบครัวขยายหรือครอบครัวประสมสมาชิกในครอบครัวจำนวน 6-7 คน ร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 69.41 รองลงมาจากโทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียงร้อยละ 65.59 และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 60.88 ตามลำดับ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.1)

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย 10ข้อ ด้านอาหาร 10ข้อ ด้านอารมณ์ 5ข้อ ทั้งนี้เป็นคำถามทางบวก 20 ข้อ คำถามทางลบ 5 ข้อ โดยผู้ตอบที่เลือกคำตอบที่ถูกต้องมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดมีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านออกกำลังกาย (n = 340)

การส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจ	325	95.59	15	4.41
2. การออกกำลังกายช่วยลดความเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองและชะลอความแก่	332	97.65	8	2.35
3. การออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด	310	91.18	30	8.82
4. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งไม่จำเป็นต้องทำการยืดกล้ามเนื้อเอ็น ข้อ และ อบอุ่นร่างกาย	206	60.59	134	39.41
5. การออกกำลังกายให้ได้ผลดีต้องทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 30 นาที	335	98.53	5	1.47
6. ขณะออกกำลังกายอาจมีอาการหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ เหงื่อซึมและไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	304	89.41	36	10.59

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

การส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง คือช่วงอบอุ่นร่างกายช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย	300	88.24	40	11.76
8. การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา ไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้เพื่อการฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	191	56.18	149	43.82
9. การเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับเพศ วัยและบุคคล	322	94.71	18	5.29
10. การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันไดเดินในที่ทำงาน กวาดบ้านถูบ้าน ตัดแต่งสวนหย่อม เป็นต้น ไม่เรียกว่า เป็นการออกกำลังกาย	182	53.53	158	46.47

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านออกกำลังกาย พบว่าตอบถูกมากที่สุดคือการออกกำลังกายให้ได้ผลดีต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 98.53 รองลงมาคือการออกกำลังกายช่วยลดความเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองและชะลอความแก่คิดเป็นร้อยละ 97.65 และการออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจคิดเป็นร้อยละ 95.59 (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอาหาร (n = 340)

	การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร	ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร หมายถึง อาหารสด อาหารปรุงสำเร็จและอาหารแปรรูป	258	75.88	82	24.12
2.	สารปนเปื้อนในอาหารมี 6 ชนิด ได้แก่ สารบอแร็กซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน สารฟอกขาว สารกันรา และสารเร่งเนื้อแดง	301	88.53	39	11.47
3.	ควรใช้กระดาษหนังสือพิมพ์ในการเก็บหรือปูเพื่อวางผัก	175	51.47	165	48.53
4.	ควรเลือกซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย อย. มีวันเดือนปีที่ผลิต และวันเดือนปีที่หมดอายุ	340	100	0	0
5.	พืชและสัตว์ที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ เหรา เห็ดรา คางคก อึ่ง เป็นต้น	237	69.71	103	30.29
6.	ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (ข้าว ผักผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ	310	91.18	30	8.82
7.	ควรรับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี และรับประทานผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)	323	95.0	17	5.0
8.	ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและเลือกกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัปดาห์ละ 2-3 มื้อ	332	97.65	8	2.35
9.	ควรดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำรสจืดวันละ 1-2 แก้ว	325	95.59	15	4.41
10.	การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังช่วยให้ร่างกายสดชื่นเหมาะแก่การเลือกซื้อ	249	73.24	91	26.76

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอาหาร พบว่าตอบถูกมากที่สุดคือควรเลือกซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย อย. มีวันเดือนปีที่ผลิต และวันเดือนปีที่หมดอายุคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและเลือกกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัปดาห์ละ 2-3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 97.65 และควรดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำรสจืดวันละ 1-2 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 95.59 แต่การเลือกใช้กระดาษหนังสือพิมพ์ในการเก็บหรือปูเพื่อวางผัก ซึ่งเป็นคำถามทางลบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลับมีระดับความรู้ที่ใกล้เคียงกันคือรู้ว่าไม่ควรใช้ คิดเป็นร้อยละ 51.47 และรู้ว่าควรใช้คิดเป็นร้อยละ 48.53 (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอารมณ์ (n = 340)

การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อารมณ์ หมายถึงความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเป็นความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจก็ได้	329	96.76	11	3.24
2. อารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจวัตประจำวันได้น้อยลงหรือบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย	260	76.47	80	23.53
3. ประสาทตึงเครียด มีความกังวลใจ ส่งผลให้นอนไม่หลับได้	322	94.71	18	5.29
4. ความรักความอบอุ่นในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์	324	95.29	16	4.71
5. การสนับสนุนให้บุตรหลานหรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้เข้าร่วมชมรมทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เข้าค่ายธรรมะไม่ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ	188	55.29	152	44.71

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอารมณ์ พบว่าตอบถูกมากที่สุดคืออารมณ์ หมายถึงความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเป็นความรู้สึกพอใจหรือ ไม่พอใจก็ได้ คิดเป็นร้อยละ 96.76 รองลงมาความรักความอบอุ่นในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์คิดเป็นร้อยละ 95.29 และประสาทตึงเครียด มีความกังวลใจ ส่งผลให้นอนไม่หลับได้ คิดเป็นร้อยละ 94.71 แต่การสนับสนุนให้บุตรหลานหรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้เข้าร่วมชมรมทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เข้าค่ายธรรมะไม่ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพซึ่งเป็นคำถามทางลบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลับมีระดับความรู้ที่ใกล้เคียงกันคือส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์คิดเป็นร้อยละ 55.29 และไม่ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์คิดเป็นร้อยละ 44.71 (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คะแนน 0-8 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9-16 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 17-25 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง

การส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความรู้					
	ระดับต่ำ (คะแนน 0-8)		ระดับปานกลาง (คะแนน 9-16)		ระดับสูง (คะแนน 17-25)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม (340)	0	0	12	3.53	328	96.47

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ มีคะแนนรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.47 (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านออกกำลังกาย (n = 340)

การส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความรู้
1. การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจ	1.52	0.56	มาก
2. การออกกำลังกายช่วยลดความเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองและชะลอความแก่	0.98	0.15	ปานกลาง
3. การออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด	1.50	0.54	มาก
4. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งไม่จำเป็นต้องทำการยืดกล้ามเนื้อเอ็น ข้อ และ อบอุ่นร่างกาย	0.61	0.39	น้อย
5. การออกกำลังกายให้ได้ผลดีต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที	1.48	0.52	มาก
6. ขณะออกกำลังกายอาจมีอาการหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ เหงื่อซึมและไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	1.46	0.50	มาก
7. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง คือช่วงอบอุ่นร่างกายช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย	0.88	0.32	ปานกลาง
8. การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา ไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้เพื่อการฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	0.56	0.35	น้อย
9. การเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับเพศ วัยและบุคคล	1.44	0.48	มาก
10. การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำกิจวัตร ประจำวันอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันไดเดินในที่ทำงาน กวาดบ้านถูบ้าน ตัดแต่งสวนหย่อม เป็นต้นไม่เรียกว่า เป็นการออกกำลังกาย	0.54	0.33	น้อย

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านออกกำลังกาย พบว่ามีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้มาก โดยการออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจ(รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอาหาร (n = 340)

การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความรู้
1. ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร หมายถึง อาหารสด อาหารปรุงสำเร็จและอาหารแปรรูป	0.76	0.43	ปานกลาง
2. สารปนเปื้อนในอาหารมี 6 ชนิดได้แก่ สารบอแร็กซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน สารฟอกขาว สารกันรา และสารเร่งเนื้อแดง	0.89	0.32	ปานกลาง
3. ควรใช้กระดาษหนังสือพิมพ์ในการเก็บหรือปูเพื่อวางผักและอาหาร	0.51	0.30	น้อย
4. ควรเลือกซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย อย. มีวันเดือนปีที่ผลิต และวันเดือนปีที่หมดอายุ	1.42	0.48	มาก
5. พืชและสัตว์ที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ เหรา เห็ดรา คางคก อึ่ง เป็นต้น	0.70	0.36	ปานกลาง
6. ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (ข้าว ผักผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำหรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ	1.40	0.47	มาก
7. ควรรับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี และรับประทานผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)	0.95	0.22	ปานกลาง
8. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและเลือกกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัปดาห์ละ 2-3 มื้อ	1.38	0.45	มาก
9. ควรดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำรสจืดวันละ 1-2 แก้ว	0.96	0.21	ปานกลาง
10. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังช่วยให้ร่างกายสดชื่น เหมาะแก่การเลือกซื้อ	0.73	0.44	ปานกลาง

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอาหารพบว่ามีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เน้นการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (ข้าว ผักผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมกโดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ ยังเป็นเรื่องที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญมากที่สุด (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอารมณ์ (n=340)

การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความรู้
1. อารมณ์ หมายถึงความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเป็นความรู้สึกพอใจหรือ ไม่พอใจก็ได้	0.97	0.18	ปานกลาง
2. อารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจวัติประจำวันได้น้อยลงหรือบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย	0.76	0.42	ปานกลาง
3. ประสาทตึงเครียด มีความกังวลใจ ส่งผลให้นอนไม่หลับได้	1.39	0.46	มาก
4. ความรักความอบอุ่นในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์	0.95	0.22	ปานกลาง
5. การสนับสนุนให้บุตรหลานหรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้เข้าร่วมชมรมทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เข้าค่ายธรรมะ ไม่ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ	0.55	0.50	น้อย

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านอารมณ์พบว่ามีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยอารมณ์ หมายถึงความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเป็นความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจก็ได้ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คะแนน 0-8 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9-16 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 17-25 หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง

การส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.
ด้านออกกำลังกาย (12)	9.9	1.29
ด้านอาหาร (8)	6.74	1.05
ด้านอารมณ์ (5)	4.19	0.86
รวม (25)	20.82	2.27

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนค่าเฉลี่ย รวม 20.82 อยู่ในระดับสูง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านออกกำลังกาย มีคะแนนค่าเฉลี่ย 9.9 ด้านอาหารมีคะแนนค่าเฉลี่ย 6.74 และด้านอารมณ์มีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.19 (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.9)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย 10 ข้อ ด้านอาหาร 10 ข้อ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ

การปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีการปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วัน/สัปดาห์)

การปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ด้านออกกำลังกาย (n=340)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติครั้งคราว		ไม่เคยปฏิบัติเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	53	15.59	260	76.47	27	7.94
2. สำรวจตัวเองสม่ำเสมอว่าร่างกายมีความพร้อมพอที่จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย	114	33.53	189	55.59	37	10.88
3. เลือกประเภทการออกกำลังกายโดยดูความเหมาะสม ของสภาพร่างกาย	103	30.29	189	55.59	48	14.12
4. เลือกอุปกรณ์ออกกำลังกายและปฏิบัติตามวิธีการของอุปกรณ์นั้น ๆ	145	42.65	163	47.94	32	9.41
5. มีการวางแผนหรือจัดช่วงเวลาให้เหมาะกับการออกกำลังกาย	53	15.59	221	65.00	66	19.41

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติครั้งคราว		ไม่เคยปฏิบัติเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. ก่อนปฏิบัติการออกกำลังกายทุกครั้งมีการอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อเอ็น และข้อ	117	34.41	200	58.82	23	6.76
7. เมื่อเริ่มปฏิบัติการออกกำลังกายควรเริ่มต้นที่เบา ๆ ก่อนแล้วค่อยเพิ่มความหนักนานและบ่อยครั้งของการออกกำลังกาย	122	35.88	218	64.12	0	0.00
8. ใช้เวลาปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	95	27.94	219	64.41	26	7.65
9. ปฏิบัติการออกกำลังกายประกอบด้วย 3ช่วง คือ ช่วงอบอุ่น ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย	87	25.59	195	57.35	58	17.06
10. เคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น	149	43.82	191	56.18	0	0.00

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินานๆครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ด้านอาหาร (n = 340)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติครั้งคราว		ไม่เคยปฏิบัติเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ๆ	191	56.18	125	36.76	24	7.06
2. รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อหลัก	189	55.59	140	41.18	11	3.24
3. รับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี	77	22.65	252	74.12	11	3.24
4. รับประทานผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)	86	25.29	243	71.47	11	3.24
5. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและอาหารหมักดอง	88	25.88	218	64.12	34	10.00
6. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน	137	40.29	146	42.94	57	16.76
7. ดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำวันละ 1-2 แก้ว	113	33.24	215	63.24	12	3.53
8. หลีกเลี่ยงรับประทานของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก	85	25.00	226	66.47	29	8.53
9. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวานแล	100	29.41	207	60.88	33	9.71
10. รับประทานอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	132	38.82	190	55.88	18	5.29

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอาหาร พบว่าการรับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี สามารถปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินานๆครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอารมณ์ (n = 340)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติครั้งคราว		ไม่เคยปฏิบัติเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. นอนหลับ ไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่งโมง	104	30.59	223	65.59	13	3.82
2. สวดมนต์และฝึกทำสมาธิ ครั้งละ 10-20 นาที	47	13.82	258	75.88	35	10.29
3. เข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนบ้านในชุมชน	124	36.47	216	63.53	0	0.00
4. สามารถควบคุมอารมณ์และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คับขันหรือสถานการณ์ร้าย ๆ ได้	57	16.76	283	83.24	0	0.00
5. มีการแสดงออกของความรักและความผูกพันร่วมกันทำงานอดิเรกให้เพลิดเพลินได้	108	31.76	232	68.24	0	0.00

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอารมณ์ พบว่าความสามารถควบคุมอารมณ์และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คับขันหรือสถานการณ์ร้าย ๆ ได้ สามารถปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (n = 340)

คะแนน 0-17 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 18-34 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 35-50 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติตน					
	ระดับต่ำ (0-17)		ระดับปานกลาง (18-34)		ระดับสูง (35-50)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รวม (340)	11	3.235	235	69.12	94	27.65

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.12 แสดงถึงการปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านออกกำลังกาย (n = 340)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	1.08	0.48	ปานกลาง
2. สำรวจตัวเองสม่ำเสมอว่าร่างกายมีความพร้อมพอที่จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย	1.23	0.63	ปานกลาง
3. เลือกประเภทการออกกำลังกายโดยดูความเหมาะสมของสภาพร่างกาย	1.16	0.65	ปานกลาง
4. เลือกอุปกรณ์ออกกำลังกายและปฏิบัติตามวิธีการของอุปกรณ์นั้น ๆ	1.33	0.64	ปานกลาง
5. มีการวางแผนหรือจัดช่วงเวลาให้เหมาะกับการออกกำลังกาย	0.96	0.59	ปานกลาง
6. ก่อนปฏิบัติการออกกำลังกายทุกครั้ง มีการอบอุ่นร่างกาย ด้วยการยืดกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ	1.28	0.58	ปานกลาง
7. เมื่อเริ่มปฏิบัติการออกกำลังกายควรเริ่มต้นที่เบา ๆ ก่อนแล้วค่อยเพิ่มความหนัก นานและบ่อยครั้งของการออกกำลังกาย	1.42	0.48	มาก
8. ใช้เวลาปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	1.20	0.56	ปานกลาง
9. ปฏิบัติการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง คือ ช่วง	1.09	0.65	ปานกลาง
10. เคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น	1.44	0.50	มาก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีการเลือกอุปกรณ์ออกกำลังกายและปฏิบัติตามวิธีการของอุปกรณ์นั้นๆและมีการสำรวจตัวเองสม่ำเสมอว่าร่างกายมีความพร้อมพอที่จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอาหาร (n = 340)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ไข่นม น้ำมัน)และอาหาร ประเภท ต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำหรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ	1.49	0.63	มาก
2. รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อหลัก	1.52	0.56	มาก
3. รับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี	1.19	0.47	ปานกลาง
4. รับประทานผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)	1.22	0.49	ปานกลาง
5. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและอาหารหมักดอง	1.16	0.58	ปานกลาง
6. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน	1.24	0.72	ปานกลาง
7. ดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำวันละ 1-2 แก้ว	1.30	0.53	ปานกลาง
8. หลีกเลี่ยงรับประทานของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก	1.16	0.56	ปานกลาง
9. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวานและหลีกเลี่ยง	1.20	0.59	ปานกลาง
10. รับประทานอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	1.34	0.57	มาก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอาหาร พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวยังคงให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อหลัก และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหาร ประเภท ต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอารมณ์ (n = 340)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. นอนหลับ ไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่งโมง	1.18	0.58	ปานกลาง
2. สวดมนต์และฝึกทำสมาธิครั้งละ 10-20 นาที	1.27	0.52	ปานกลาง
3. เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนบ้านในชุมชน	1.04	0.49	ปานกลาง
4. สามารถควบคุมอารมณ์และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คับขันหรือสถานการณ์ร้าย ๆ ได้	1.36	0.48	มาก
5. มีการแสดงออกของความรักและความผูกพันร่วมกันทำงานอดิเรกให้เพลิดเพลินได้	1.32	0.47	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวด้านอารมณ์ พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีการแสดงออกของความรัก และความผูกพัน ร่วมกันทำงานอดิเรกให้เพลิดเพลินได้ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการปฏิบัติในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

คะแนน 0-17 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 18-34 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 35-50 หมายถึง การปฏิบัติตนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.
ด้านออกกำลังกาย (20)	12.12	4.05
ด้านอาหาร (20)	12.82	3.38
ด้านอารมณ์ (10)	6.15	1.697
รวม (50)	31.09	8.02

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีคะแนนค่าเฉลี่ยรวม 31.09 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านออกกำลังกายมีคะแนนค่าเฉลี่ย 12.12 ด้านอาหารมีคะแนนค่าเฉลี่ย 12.82 และด้านอารมณ์มีคะแนนค่าเฉลี่ย 6.15 แสดงถึงการปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.17)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสัมพันธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์

ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (n = 340)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว						X_2	p-value
	ระดับต่ำ (0-17)		ระดับปานกลาง (18-34)		ระดับสูง (35-50)			
	จำนวน (11)	ร้อยละ	จำนวน (235)	ร้อยละ	จำนวน (94)	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	2	0.59	84	24.71	32	9.41	1.455	0.40
หญิง	9	2.65	151	44.41	62	18.24		
อายุ								
ต่ำกว่า 20 ปี	2	0.59	17	5.00	11	3.24	9.773	0.46
20-29 ปี	1	0.29	16	4.71	1	0.29		
30-39 ปี	1	0.29	44	12.94	16	4.71		
40 -49 ปี	4	1.18	66	19.41	25	7.35		
50-59 ปี	1	0.29	59	17.35	25	7.35		
60 ปีขึ้นไป	2	0.59	33	9.71	16	4.71		
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	0	0	11	3.235	5	1.47	3.226	0.90
ประถมศึกษา หรือเทียบเท่า	3	0.88	82	24.12	33	9.70		
มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	7	2.06	108	31.76	45	13.23		
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	0.29	26	7.65	10	2.94		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	0	0	8	2.35	1	0.29		
อาชีพ								
เกษตรกรรม	8	2.35	131	38.53	60	17.65	14.393	0.006*
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	2	0.59	11	3.235	11	3.235		
รับจ้างทั่วไป	1	0.29	93	27.35	23	6.76		

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว						X_2	p-value
	ระดับต่ำ (0-17)		ระดับปานกลาง (18-34)		ระดับสูง (35-50)			
	จำนวน (11)	ร้อยละ	จำนวน (235)	ร้อยละ	จำนวน (94)	ร้อยละ		
จำนวนสมาชิกครอบครัว								
จำนวน 2-3 คน	4	1.18	67	19.705	31	9.12	4.380	0.30
จำนวน 4-5 คน	7	2.06	154	45.29	53	15.59		
จำนวน 6-7 คน	0	0	14	4.12	10	2.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.18)

2. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.18)

3. ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.18)

4. อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.18)

5. จำนวนสมาชิกครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (n = 340)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว						X_2	p-value
	ระดับต่ำ (0-17)		ระดับปานกลาง (18-34)		ระดับสูง (35-50)			
	จำนวน (11)	ร้อยละ	จำนวน (235)	ร้อยละ	จำนวน (94)	ร้อยละ		
ระดับต่ำ (0-8)	0	0	0	0	0	0	32.55	0.001*
ระดับปานกลาง (9-16)	0	0	0	0	12	3.53		
ระดับสูง (17-25)	11	3.24	235	69.12	82	24.18		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.001 (รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.19)

นอกจากนี้ ได้มีการสัมภาษณ์ความรู้อื่น ๆ ด้านส่งเสริมสุขภาพเพิ่มเติมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านอบายมุขคือ สุรา และยาสูบ และสามารถปฏิบัติตนเป็นผู้ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งส่งเสริมและป้องกันชุมชนของตนเอง โดยการกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ เช่น ร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีระบบปรับอากาศ สถานที่ราชการ และยังเพิ่มความเข้มข้นในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ติดป้ายคำเตือนห้ามขายสุราและบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 โดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970: 607-610) และการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือไคสแควร์ (Chi-square Test)

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

1.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1.2.1 ประชากรในการวิจัย

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 จากจำนวนหมู่บ้าน 68 แห่ง จำนวนประชากรทั้งหมด 2,184 คน (บัญชีรายชื่อแกนนำด้านสุขภาพ ณ เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี)

1.2.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มเป้าหมายได้ 327 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 2,184 คน (จำนวนกลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970: 607-610)

1.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ไคสแควร์ (Chi-square Test)

1.3 ผลการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.29 โดยมีอายุระหว่าง 40 -49 ปี ร้อยละ 27.94 รองลงมาอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 25.0 และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 17.94 ตามลำดับ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 47.06 รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 34.70 และมีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 10.88 ส่วนใหญ่

มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.53 รองลงมามีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 34.41 และมีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมาชิกในครอบครัวโดยจำแนกตามขนาดและรูปแบบครอบครัวเดี่ยว จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 62.94 รองลงมามีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 30.0 ครอบครัวขยายหรือครอบครัวประสมสมาชิกในครอบครัวจำนวน 6-7 คน ร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 69.41 รองลงมาจากโทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียงร้อยละ 65.59 และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 60.88 ตามลำดับ

1.3.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย ด้านออกกำลังกายมีคะแนนค่าเฉลี่ย 9.9 ด้านอาหารมีคะแนนค่าเฉลี่ย 6.74 ด้านอารมณ์มีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.19 ซึ่งมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.47 มีคะแนนค่าเฉลี่ยรวม 20.82

1.3.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกายมีคะแนนค่าเฉลี่ย 12.12 ด้านอาหารมีคะแนนค่าเฉลี่ย 12.82 ด้านอารมณ์มีคะแนนค่าเฉลี่ย 6.15 ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.12 มีคะแนนค่าเฉลี่ยรวม 31.09 โดยการปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์

1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสัมพันธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่า

1) เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

2) อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

3) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

4) อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) จำนวนสมาชิกครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

1.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี ตามวัตถุประสงค์ในแต่ละประเด็นของการวิจัย ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1.1 เพศ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.29 กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมกิจกรรมในการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้านในครั้งนี้เป็นเพศหญิงมีจำนวนมาก ซึ่งให้ความสำคัญมีความตั้งใจจริงและสนใจต่อการเข้ารับการอบรมเป็นอย่างดี เพื่อนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปถ่ายทอด เมื่อกลับไปดำรงชีวิตประจำวันในหมู่บ้านและครอบครัวได้ จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของคำนึง จันทร์เหมือน (2553) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.0 เช่นกัน

2.1.2 อายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 27.94 กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมกิจกรรมในการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ระดับหมู่บ้านในครั้งนี้มีอายุอยู่ในวัยกลางคนมีจำนวนมาก จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของดัฟฟี่ (Duffy, 1988) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35-55 ปี อาจเนื่องมาจากคนในช่วงวัยนี้

ผ่านการดำเนินชีวิตมาในระดับหนึ่ง ย่อมมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสนใจห่วงใยสุขภาพ มีความเชื่ออำนาจในตน และมีการควบคุมสุขภาพภายในตนได้

2.1.3 ระดับการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 47.06 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแผนการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2535 ได้กำหนดนโยบายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงความพยายามที่รัฐจะขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานจากเดิม 6 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับประถมศึกษา และเป็นการศึกษาภาคบังคับออกไปสู่ระดับมัธยมศึกษา โดยขยายบริการการศึกษาขั้นพื้นฐานในรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย คำนึงถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด และความสามารถพิเศษของผู้เรียน เพื่อให้ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทห่างไกล ในเขตชุมชนแออัดในเมือง เขตภูเขาและชายแดน เพื่อยกระดับคุณภาพของประชาชนให้ทัดเทียมกับอารยะประเทศทั้งหลายอย่างสำนึกในความรับผิดชอบ

2.1.4 อาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.53 จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานเกษตรจังหวัดจันทบุรี (2548) ซึ่งระบุว่า ครัวเรือนในจังหวัดจันทบุรี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำสวน ทำไร่ ทำนา ทำประมงเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและลี้ยงสัตว์มีจำนวนทั้งหมด 78,068 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 47.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจังหวัดจันทบุรีมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มน้ำและชายฝั่งทะเล มีความชื้นสัมพันธ์สูง มีฝนตกเกือบตลอดปี จึงเหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม

2.1.5 ลักษณะครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวโดยจำแนกตามขนาดและรูปแบบครอบครัวเดี่ยว จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 62.94 จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการสรุปสถานการณ์สังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) ที่พบว่าโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนมีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรเพื่อประกอบอาชีพ มีผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีการสร้างครอบครัวใหม่จึงต้องการความเป็นอิสระในการอบรมเลี้ยงดูขัดเกลาบุตร ความอิสระในด้านเศรษฐกิจและในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้โครงสร้างลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

2.1.6 ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 69.41 รองลงมาจากโทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียงร้อยละ 65.59 และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 60.88 ตามลำดับ จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของอรพินธ์ สายใย (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยนำคือทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อซึ่งได้แก่การมีแหล่งบริการสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริมซึ่งได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นกัน

2.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาในประเด็นด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ มีคะแนนรวมร้อยละ 96.47 อยู่ในระดับสูง และมีคะแนนค่าเฉลี่ยรวม 20.82 อยู่ในระดับสูง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 ด้านออกกำลังกาย มีคะแนนค่าเฉลี่ย 9.9 มีข้อสังเกตว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายให้ได้ผลดีต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 98.53 มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายช่วยลดความเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเองและชะลอความแก่ คิดเป็นร้อยละ 97.65 และการออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจคิดเป็นร้อยละ 95.59

2.2.2 ด้านอาหาร มีคะแนนค่าเฉลี่ย 6.74 มีข้อสังเกตว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องควรเลือกซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย อย. มีวันเดือนปีที่ผลิต และวันเดือนปีที่หมดอายุคิดเป็นร้อยละ 100 มีความรู้เรื่องควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและเลือกกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัปดาห์ละ 2-3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ97.65 และควรดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำรสจืดวันละ1-2 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 95.59 ทั้งนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องควรเลือกใช้กระดาษหนังสือพิมพ์ในการเก็บหรือปูเพื่อวางผัก ซึ่งเป็นคำถามทางลบ กลับมีผู้รู้ว่าไม่ควรใช้ เพียงร้อยละ 51.47 สามารถอธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความเข้าใจหรือความตระหนักถึงโทษของสารอันตรายบางชนิดที่ใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตหนังสือพิมพ์ ประกอบกับหนังสือพิมพ์เป็นวัสดุที่สามารถหาซื้อได้ง่ายในชุมชน เมื่อนำมาเก็บหรือปูเพื่อการประกอบอาหารจึงเป็นสาเหตุของการปนเปื้อนสารที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคได้

2.2.3 ด้านอารมณ์ มีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.19 มีข้อสังเกตว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องอารมณ์ หมายถึงความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเป็นความรู้สึกพอใจหรือ ไม่พอใจก็ได้คิดเป็นร้อยละ

96.76 มีความรู้เรื่องความรักความอบอุ่นในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์คิดเป็นร้อยละ 95.29 และประสาทตึงเครียด มีความกังวลใจ ส่งผลให้นอนไม่หลับได้คิดเป็นร้อยละ 94.71 ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนให้บุตรหลานหรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้เข้าร่วมชมรมทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เข้าค่ายธรรมะ ไม่ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นคำถามทางลบ กลับมีผู้รู้ว่าส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เพียงร้อยละ 55.29 จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ตรังวัชรกุล (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวบ้านกลางดง ตำบลทุ่งปี้ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.1 แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ยังไม่สามารถปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวนโยบาย 6 อ จึงควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

จากข้อค้นพบที่ว่าการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถในตนเอง มีความมุ่งมั่นและไม่ท้อถอยที่จะส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรีย์ ธรรมิกบวร (2551) ได้ศึกษาการรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิดการรอบรู้สุขภาพ เป็นแนวคิดสำคัญแนวคิดหนึ่งที่ถูกระบุในกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2548 ที่ต่อจากกฎบัตรออตตาวา พ.ศ. 2529 วัตถุประสงค์การวิเคราะห์แนวคิดการรอบรู้สุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนสามารถนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังแนวคิดที่กล่าวไว้ในบทที่ 2

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาในประเด็นด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ มีคะแนนรวมร้อยละ 69.12 อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนค่าเฉลี่ยรวม 31.09 อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 ด้านออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง มีข้อสังเกตว่าสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือ มีการปฏิบัตินานๆครั้งหรือบางครั้งประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ โดยการเลือกอุปกรณ์ออกกำลังกายและปฏิบัติตามวิธีการของอุปกรณ์นั้น ๆ ได้ และมีการสำรวจตัวเองสม่ำเสมอว่าร่างกายมีความพร้อมพอที่จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายซึ่งจัดเป็นการออกกำลังกายแบบมีแบบแผน

ดังแนวคิดที่กล่าวไว้ในบทที่ 2 ทั้งนี้พบว่าสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวออกแรงในการทำกิจวัตประจำวัน สะสมให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ได้แก่ การเดินขึ้นลงบันได เดินในที่ทำงาน เดินหรือถีบจักรยาน กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างบ้านและจูงสุนัขไปเดินเล่นเป็นต้น เพื่อส่งเสริมการสุขภาพดี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ร่างกายมีความคล่องตัวและกระฉับกระเฉงอยู่ตลอดเวลา

2.3.2 ด้านอาหาร มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง มีข้อสังเกตว่าสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สามารถปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้งประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ อาทิเช่น การรับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ ทั้งนี้พบว่าสมาชิกครอบครัวยังคงให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อหลัก

2.3.3 ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง มีข้อสังเกตว่าสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือบางครั้งประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์ อาทิเช่น การแสดงออกของความรักและความผูกพัน ร่วมกันทำงานอดิเรกให้เพลิดเพลินได้ ตลอดจนความสามารถควบคุมอารมณ์และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คับขันหรือสถานการณ์ร้าย ๆ ได้

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ลักษณะเฉพาะของบุคคลและครอบครัวซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว จากผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว แต่มีข้อสังเกตว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5.1 จากผลการศึกษาครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 58.53 สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานเกษตรจังหวัดจันทบุรี (2548) ซึ่งระบุว่า ครัวเรือนในจังหวัดจันทบุรี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำสวน ทำไร่ ทำนา ทำประมงเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและลี้ยงสัตว์มีจำนวนทั้งหมด 78,068 ครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ต่อมาได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตน ในการส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค เรียกว่า ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เช่น อาชีพ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังแนวคิดที่กล่าวไว้ในบทที่ 2

จากข้อค้นพบที่ว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 69.41 รองลงมาจากโทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียงร้อยละ 65.59 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินธ์ สายใย (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยนำคือทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อซึ่งได้แก่การมีแหล่งบริการสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริมซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ปัจจุบันการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ในเรื่องสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ประชาชนให้ความสำคัญและสนใจ เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการรายงานข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นของบุคคลทางการแพทย์ที่สำคัญผ่านช่องทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลเพื่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงต่อไปได้

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5.2 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพสมชิกชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 5,445 คน โดยสอบถามความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังแนวคิดที่กล่าวไว้ในบทที่ 2

มีข้อสังเกตว่าสอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons, 2006: 50) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิด ประกอบด้วย ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่า การคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ได้พัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพมาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น คือการสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1.1 การส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว หรือแม้แต่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทย จึงประกาศวาระแห่งชาติสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรงภายในพุทธศักราช 2560 จะประสบความสำเร็จตามความคาดหวังได้นั้น ผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ จำเป็นต้องประสานชี้แจงให้การสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพแบบเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งภาครัฐภาคเอกชน แกนนำสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ให้ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

3.1.2 แกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละตำบลควรเสนอแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพนำเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ประชาชนในครอบครัวและชุมชนของตนเอง สอดรับกับการดำเนินงานในทุกกลุ่มอายุ กล่าวคือต้องสร้างพฤติกรรมที่ดีทั้ง 6 อ. ตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงผู้สูงอายุ จึงได้ส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมส่วนบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาวะที่ดี

3.1.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนข้าราชการในพื้นที่ ควรร่วมกันกำหนดแนวทางการสร้างสุขภาพให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกครอบครัวและชุมชนของตนเอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วัน/สัปดาห์)

3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

3.2.1 ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้แก่ประชาชนในครอบครัวและชุมชนของตนเองผ่านทางวิทยุชุมชน หอกระจายข่าว แผ่นปลิว สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ ให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วัน/สัปดาห์)

3.2.2 เจ้าหน้าที่สาธารสุขควรส่งเสริม สนับสนุนบทบาทการเป็นผู้นำด้านสุขภาพแก่แกนนำสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ริเริ่มให้เกิดมาตรการทางสังคมเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

3.2.3 สถานบริการสาธารณสุขในทุกสังกัด ควรมีแนวทางให้กับแกนนำสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

3.2.4 แกนนำสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ควรประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนของตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วัน/สัปดาห์)

3.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

3.3.1 ควรจัดทำคู่มือการดำเนินงานและบทบาทของแกนนำสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ต้องมีพฤติกรรมที่ดีทั้ง 6 อ. ตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงผู้สูงอายุ โดยมีเนื้อหาและรายละเอียดที่ชัดเจนในการนำไปใช้ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

3.3.2 ควรศึกษากลวิธีและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ต้องมีพฤติกรรมที่ดีทั้ง 6 อ. ตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงผู้สูงอายุ ให้เกิดกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับวิถีชุมชน

3.3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรศึกษา วิจัยพัฒนารูปแบบในการทำงานลักษณะเชิงรุก โดยมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยใช้แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา บริบทของการพัฒนาครอบครัวและสังคมของแต่ละชุมชน

3.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรศึกษา วิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจที่ให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล และสามารถนำไปใช้ได้จริงในครอบครัวและชุมชนต่าง ๆ ของตนเองได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กองสุขศึกษา. (2547). *สภาวะพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในภาพรวมของประเทศ*.กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา. (2548). *การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประเด็นพฤติกรรมการออกกำลังกายช่วงเวลา ระยะเวลา สถานที่ออกกำลังกายและเงื่อนไขที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ของประชาชน.* กระทรวงสาธารณสุข.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2542). *การวิเคราะห์สถิติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2549). *รายงานการวิจัยการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะวิถีชีวิตและภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก*. ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออก (ศวรส.) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพ*. เอกสารประกอบการสัมมนาแกนนำเด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 9-10 กรกฎาคม 2550 โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร กรมอนามัย.

ไข่มุก วิเชียรเจริญ. (2534). *การวิเคราะห์ข้อมูล*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน้า161 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

คำนึง จันทร์เหมือน. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.

นฤมล ตรังวัชรกุล. (2551). *การปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวบ้านกลางดง ตำบลทุ่งปี้ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิคม มูลเมือง. (2541). *การส่งเสริมสุขภาพ:แนวคิดก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ*. สำนักบริการวิชาการ: มหาวิทยาลัยบูรพา.

นันทิยา ต่อโคกสูง. (2554). *ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ณัฐดนัย พันธุเดช. (2546) *ศึกษาการประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามโครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กรณีศึกษาอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด* (ปัญหาพิเศษการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). สาขาวิชานโยบายสาธารณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพาณิชย์.

ธารีพร ตติยบุญสูง. (2544) . *ศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.

จรัส สุวรรณเวลา. (2543). *มุมมองใหม่ ระบบสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: คลังนานาวิทยา.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2547).*จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 1-4*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

รุจิมา สายเพชร. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกรณีศึกษาเขตบริการสถานีอนามัยบ้านหนองหินตำบลสวนสวย จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ลักขณา เติมศิริชัยกุล และสุชาดา ตั้งทางธรรม. (2541). *สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วสุธร ตันวัฒนกุล. (2547). *สุขภาพ อนามัยชุมชน และกระบวนการพัฒนา* . คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วารินทร์ ปุยทอง. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2530) . *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

พิณรวี สิงโต. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารในชุมชนตำบลนางแก้ว จังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

สมเกียรติ ภักดีนอก. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสาสมรถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา* (การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาขอนแก่น.

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2548). *รายงานสถานการณ์ครอบครัวมิติที่เปลี่ยนแปลง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *รายงานสรุปสถานการณ์สังคมไทย* .กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2548). *คู่มือการอบรมแกนสุขภาพประชาชน สำหรับวิทยากรระดับอำเภอ*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.

สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2539). *ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัญญา ใจทัน. (2552). *การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลหอกลอง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก* (การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2550). *สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ* ใน อำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อาชานานุภาพและสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (บรรณาธิการ). *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย* กรุงเทพฯ; หมอชาวบ้าน.

สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2551). *บทความวิชาการการรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด* ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2542). *พฤติกรรมองค์กรทฤษฎีและการประยุกต์* . กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อรพินธ์ สายใย. (2555) . *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์).มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

Ahijevych, K. and Bernhard, L.(1994). *Health Promoting Behaviors of African-American Women.London*: Nurs Rec.

Coburn, D. and Pope, C.R. (1974). *Socioeconomic Status and Preventive Health Behaviors***.** *Journal of Health and Social Behavior*. 15:67-78.

Duffy, M.E. (1988). *Determinants of Health-Promotion in Midlife Women***.**Nursing Research. 37: 358-362.

Gillis, A.J. (1993).*Determinants of Health-ProMoting Lifestyles:An Integrative Review***.**Journal of Advanced Hursing.18:345-353.

Heaney C.A., & Israel B.A. (2002). Social Networks and Social Support. In Glanz K. & Rimer B.K. & Lewis F.M. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 185-199). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Janz K.N., Campion V.L., & Strecher V.J. (2002). The Health Belief Model. In Glanz K. & Lewis F.M. & Rimer b.K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice* (pp. 45-53). San Francisco: Jossy-Bass.

Jun, Y.,(1999). *Perceived Banefits of and Barriers to Exercise and Exercise Activitiy amomg Female Undergraduate Students***.** Master Thesis of Nursing Science in Matemal and Child Nursing Chiang Mai University.

Nies, M.A., Vollman,M.and Cook, T. (1998). *Facilitators, Barriers and Strategies for Exercises in European American Woman in the Community.* Public Health Nursing. 15:263.

Pender, N.J. (1982) .*Health Promotion in Nursing Practice.* 2 th ed. New York:Appleton and Lange.

Pender,Nola J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5 th ed. New Jersey : Pearson Prentice Hall.

Walker, S.N. and others (1987). *Health Promoting Lifestyles of Profile:Development and Psychomatic Characteristics*. Nurs Res.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ชื่อ นายบัญชา พร้อมดิษฐ์
   วุฒิการศึกษา ดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศาสตร์)
   ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

2. ชื่อ นางรักใจ บุญระดม
   วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
   ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
   สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

3. ชื่อ นางอรุณ สิทธิโชค
   วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
   ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ที่ ศธ.0522.21/ว 1564

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาพร้อมนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวนักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ชั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชาฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆนักศึกษาจะนำเรียนด้วยตัวเอง

สาขาวิชาฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทรศิริ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
โทร 0-2503-3573
โทรสาร 0-2503-3639

ที่ ศธ.0522.21/ว 1563

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ
เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาพร้อมนี้

ในการนี้ นักศึกษามีความจำเป็นจะต้องทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย โดย……..
……

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ทดลองเครื่องมือตามวัน เวลา และรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทรศิริ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
โทร 0-2503-3573
โทรสาร 0-2503-3639

ที่ ศธ.0522.21/ว 1562

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาสัมภาษณ์ข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาพร้อมนี้

ในการนี้ นักศึกษามีความจำเป็นจะต้องเก็บสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นจาก.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวเพื่อการวิจัยตามวัน เวลา และรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทรศิริ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
โทร 0-2503-3573
โทรสาร 0-2503-3639

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว : กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงใคร่ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามชุดนี้ทุกข้อคำถามตามความเป็นจริงข้อมูลของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามด้านความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 25 ข้อ

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ นักศึกษาบัณฑิตศึกษา
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ
   - ( ) ชาย
   - ( ) หญิง
2. อายุ
   - ( ) ต่ำกว่า 20 ปี
   - ( ) 20-29 ปี
   - ( ) 30-39 ปี
   - ( ) 40 -49 ปี
   - ( ) 50-59 ปี
   - ( ) 60 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา
   - ( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา
   - ( ) ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า
   - ( ) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
   - ( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
   - ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
   - ( ) สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป
4. อาชีพ
   - ( ) เกษตรกรรม
   - ( ) ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว
   - ( ) รับจ้างทั่วไป
   - ( ) รับราชการ
   - ( ) ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน
   - ( ) รัฐวิสาหกิจ

5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว

( ) จำนวน 2-3 คน

( ) จำนวน 4-5 คน

( ) จำนวน 6-7 คน

( ) มากกว่า 8 คนขึ้นไป

6. ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) หนังสือพิมพ์/แผ่นพับ/โปสเตอร์

( ) โทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียง

( ) อินเตอร์เน็ท

( ) เพื่อนบ้าน

( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

( ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ความรู้การส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ หรือผิด ✘ ลงในช่องว่าง □ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	ถูก ✓	ผิด ✘
ความรู้ด้านออกกำลังกาย		
1. การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจ		
2. การออกกำลังกายช่วยลดความเครียด มีความเชื่อมั่นในตนเอง และชะลอความแก่		
3. การออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด		
4. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งไม่จำเป็นต้องทำการยืดกล้ามเนื้อ เอ็นข้อ และ อบอุ่นร่างกาย		
5. การออกกำลังกายให้ได้ผลดีต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที		
6. ขณะออกกำลังกายอาจมีอาการหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ เหงื่อซึม และไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที		
7. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง คือช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย		
8. การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา ไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้เพื่อการฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง		
9. การเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับเพศวัยและบุคคล		
10. การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำกิจวัตร ประจำวันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันได เดินในที่ทำงาน กวาดบ้านถูบ้าน ตัดแต่งสวนหย่อม เป็นต้น ไม่เรียกว่า เป็นการออกกำลังกาย		

ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	ถูก	ผิด
	✓	✘
ความรู้ด้านอาหาร		
11. ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร หมายถึง อาหารสด อาหารปรุงสำเร็จและอาหารแปรรูป		
12. สารปนเปื้อนในอาหารมี 6 ชนิด ได้แก่ สารบอแร็กซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน สารฟอกขาว สารกันรา และสารเร่งเนื้อแดง		
13. ควรใช้กระดาษหนังสือพิมพ์ในการเก็บหรือปู เพื่อวางผักและอาหาร		
14. ควรเลือกซื้ออาหารแปรรูปที่มีเครื่องหมาย อย. มีวันเดือนปีที่ผลิตและวันเดือนปีที่หมดอายุ		
15. พืชและสัตว์ที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ เหรา เห็ดรา คางคก อึ่ง เป็นต้น		
16. ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (ข้าว ผักผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่นม น้ำมัน) และอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ		
17. ควรรับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี และรับประทานผลไม้ วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)		
18. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและเลือกกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัปดาห์ละ 2-3 มื้อ		
19. ควรดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำรสจืดวันละ 1-2 แก้ว		
20. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังช่วยให้ร่างกายสดชื่น เหมาะแก่การเลือกซื้อ		
ความรู้ด้านอารมณ์		
21. อารมณ์ หมายถึงความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเป็นความรู้สึกพอใจหรือ ไม่พอใจก็ได้		
22. อารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจวัติประจำวันได้น้อยลงหรือบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย		
23. ประสาทตึงเครียด มีความกังวลใจ ส่งผลให้นอนไม่หลับได้		

ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	ถูก	ผิด
	✓	✘
24. ความรักความอบอุ่นในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์		
25. การสนับสนุนให้บุตรหลานหรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้เข้าร่วมชมรมทำกิจกรรมต่างๆเช่นเข้าค่ายธรรมะไม่ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ		

ท่านมีความรู้อื่นๆด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ได้แก่อะไรบ้าง.....

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

การปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (5-7 วันต่อสัปดาห์
การปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง	มีการปฏิบัตินานๆครั้งหรือบางครั้ง (1-4 วันต่อสัปดาห์)
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย

การปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	**การปฏิบัติเป็นประจำ**	**การปฏิบัติเป็นครั้งคราว**	**ไม่เคยปฏิบัติ**
สมาชิกในครอบครัวท่านปฏิบัติตนด้านออกกำลังกายดังนี้			
1. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ			
2. สำรวจตัวเองสม่ำเสมอว่าร่างกายมีความพร้อมพอที่จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย			
3. เลือกประเภทการออกกำลังกายโดยดูความเหมาะสม ของสภาพร่างกาย			
4. เลือกอุปกรณ์ออกกำลังกายและปฏิบัติตามวิธีการของอุปกรณ์นั้น ๆ			
5. มีการวางแผนหรือจัดช่วงเวลาให้เหมาะกับการออกกำลังกาย			
6. ก่อนปฏิบัติการออกกำลังกายทุกครั้งมีการอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อเอ็น และข้อ			
7. เมื่อเริ่มปฏิบัติการออกกำลังกายควรเริ่มต้นที่เบา ๆ ก่อนแล้วค่อยเพิ่มความหนักนานและบ่อยครั้งของการออกกำลังกาย			
8. ใช้เวลาปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ30 นาที			

การปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	การปฏิบัติเป็นประจำ	การปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ไม่เคยปฏิบัติ
9. ปฏิบัติการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือ ช่วงอบอุ่น ช่วงฝึกจริง และ ช่วงผ่อนคลาย			
10. เคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกแรง ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น			
สมาชิกในครอบครัวท่านปฏิบัติตนด้านรับประทานอาหารดังนี้			
1. บประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ นื้อสัตว์ ไข่ นม น้ำมัน) และอาหาร ประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หรือหมก โดยปรุงให้สุกใหม่ ๆ			
2. รับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อหลัก			
3. รับประทานผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี			
4. รับประทานผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)			
5. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและอาหารหมักดอง			
6. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน			
7. ดื่มนมรสจืด หรือนมถั่วเหลืองผสมงาดำ วันละ 1-2 แก้ว			
8. หลีกเลี่ยงรับประทานของหวาน ขนมที่มี แป้งและน้ำตาลมาก			
9. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวานและ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
10. รับประทานอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลานอน ไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง			

การปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	การปฏิบัติเป็นประจำ	การปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ไม่เคยปฏิบัติ
สมาชิกในครอบครัวท่านปฏิบัติตนด้านอารมณ์ดังนี้			
1. นอนหลับ ไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่งโมง			
2. สวดมนต์และฝึกทำสมาธิครั้งละ 10-20 นาที			
3. เข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนบ้านในชุมชน			
4. สามารถควบคุมอารมณ์และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คับขันหรือสถานการณ์ร้าย ๆ ได้			
5. มีการแสดงออกของความรัก และความผูกพันร่วมกันทำงานอดิเรกให้เพลิดเพลินได้			

ท่านมีการปฏิบัติตนด้วยวิธีการอื่น ๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ได้แก่อะไรบ้าง.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวชมภูนุช พบประเสริฐ
วัน เดือน ปีเกิด	10 ธันวาคม 2524
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา	พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ.2547
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข