

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2544

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

15 ส.ค. 2544



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544

อุบล ไตรถวิล. (2544). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารฤ , ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 350 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t – test) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวหรือทดสอบค่าเอฟ (F – test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส / พีซี (SPSS / PC : Statistical package for the social science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีความคิด - ความรู้สึกในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มี เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และกลุ่มวิชาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้

อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PUBLIC HEALTH
PERSONNEL IN CHANGWAT AYUTTHAYA



Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 2001

Ubol Trithavin. (2001). *Health Promoting Behavior of Public Hhealth Personnel In Changwat Ayutthaya*. Master thesis, M.Ed. (Health Education).

Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Sujin Preechamart, Assist. Prof. Viriya Sukwong.

The objectives of this study were to study and compare health promotion behavior of public health personnel in Chanwat Ayutthaya. The studied variables sex, age, education level, marital status, income, body mass index , experience, type of professional, perceived health promotion benefits, perceived health promotion barriers and perceived health promotion self-efficacy.

The sample in this study were 350 public health personnel in Chanwat Ayutthaya. Questionnaires constructed by the researcher were used to collect the data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t- test, One way analysis of variance or F-test and Pearson product moment correlation coefficient were used analyze the data by Statistical Package for the Social Science (SPSS).

The results of this study were as follows :

1. The health personnel in Changwat Ayutthaya had to health promotion behavior at good level. The level behavior- specific cognition and effect to health promotion about perceived health promotion benefits, perceived health promotion self-efficacy at high level and perceived health promotion barriers low level.
2. The health personnel in Changwat Ayutthaya having different in sex, education level, marital status, income, body mass index , experience and types of professional had no significant different in health promotion behavior.
3. The health personnel in Changwat Ayutthaya having different in age, perceived health promotion benefits, perceived health promotion barriers and perceived health promotion self-efficacy had significant different at .05 level in health promotion behavior
4. The perceived health promotion benefits and perceived health promotion self-efficacy of the health personnel in Changwat Ayutthaya correlates positively with health promotion behavior at .05 level statistical significant but

perceived health promotion barriers of the health personnel in Changwat Ayutthaya had correlation negatively with health promotion behavior at .05 level statistical significant.



ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

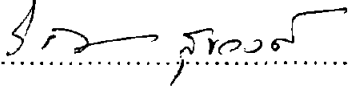
ของ
นางอุบล ไตรถวิล

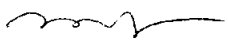
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

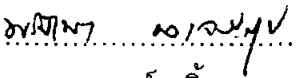

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารฤ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรพิมล เพรา ผลเจริญสุข)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์
สุจินต์ ปรีชามารต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ ประธานและกรรมการควบคุม
ปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์
พริ้มเพรา ผลเจริญสุข กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่
เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์
นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ทรงพล ค่อนี้ อาจารย์อมรา กันยวิมล นายแพทย์
สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ นายแพทย์รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล และอาจารย์เรณู สุวรรณภาค
ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมชน และสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทุกแห่ง พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่เป็นผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บ
ข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อุบล ไตรถวิล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	7
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	7
ตัวแปรที่ศึกษา.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	12
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	14
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	14
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์.....	20
แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	28
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	57
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	57
งานวิจัยในประเทศไทย.....	60
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	65
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	65
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	69
ลักษณะของเครื่องมือ.....	69
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	69
เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย.....	70
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	72

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3 (ต่อ)	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
	การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
5	สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	109
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	109
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	109
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	109
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	110
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	112
	อภิปรายผล.....	114
	ข้อเสนอแนะ.....	134
	บรรณานุกรม.....	136
	ภาคผนวก.....	148
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....	177

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	อัตราการตายของคนไทยด้วยสาเหตุสำคัญ 10 อันดับ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 – 2540.....	2
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาชีพ.....	66
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยงาน.....	67
4	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ.....	82
5	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	86
6	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา..	92
7	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ.....	97
8	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามเพศ สถานภาพการสมรส การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ.....	102

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริม สุขภาพ.....	103
10 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามอายุ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ.....	106
11 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ.....	107

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	12
2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ฉบับปรับปรุง.....	26



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต เป็นรากฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ นับตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสิ้นอายุขัย สุขภาพที่ดีนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีช่วยผลักดันให้คนเราสามารถมีชีวิตอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541 : 14) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ สุขภาพ ” ไว้คือ สุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 2) สุขภาพเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม หากปัจจัยดังกล่าวขาดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้

ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมโลกและภายในประเทศ ทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ การสื่อสาร การคมนาคม การแข่งขันทางการตลาด ตลอดจนการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยี ในด้านประชากรมีโครงสร้างเปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนของเด็กน้อยลง วัยกลางคนและผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้น คนกลุ่มอายุต่างๆมีลักษณะของโรคภัยไข้เจ็บต่างกัน เช่น เด็กจะเป็นโรคติดเชื้อที่ป้องกันด้วยวัคซีน อุบัติเหตุ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคปอดบวม ท้องเสีย และโรคขาดสารอาหารมากกว่าคนกลุ่มอื่น คนหนุ่มสาวอายุระหว่าง 15 - 44 ปี จะมีปัญหาอุบัติเหตุจราจร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคเอดส์ การทำร้ายร่างกาย ภาวะทางจิต และการใช้ยาเสพติด ประชาชนในวัยกลางคนที่มียุ่ระหว่าง 45 – 64 ปี จะมีปัญหาโรค มะเร็ง โรคหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นต้น ส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มปัญหาที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุมีทั้งที่สุขภาพดีและไม่ดี บางคนยังต้องการการช่วยเหลือจากสังคม อีกทั้งวิถีการดำเนินชีวิตของเราเปลี่ยนไป เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่สมดุล เกิดปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมทั้งทางอากาศ น้ำ อาหาร ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่แออัดรวมทั้งมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการระบาดของโรคมากขึ้น ทำให้สภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อที่ดูแนวโน้มว่าจะลดลงกลับกลายเป็นปัญหาอีก ดังเช่น การระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบันที่ขยายตัวมากขึ้นเรื่อยๆ การระบาดของวัณโรค รวมทั้งการระบาดของโรคเท้าช้างที่มีแนวโน้มจะแพร่กระจายมากขึ้น เนื่องจากการอพยพโยกย้ายของแรงงานชาวพม่าเข้ามาในประเทศไทย เป็นต้น สำหรับสถานการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อใน

ปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นและแพร่กระจายมากขึ้น (วัฒนา ส จันเจริญ. 2542 : 1-3) ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติสาเหตุการตายของคนไทยปี 2538 – 2540 ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 อัตราการตายของคนไทยด้วยสาเหตุสำคัญ 10 อันดับ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 – 2540

ลำดับที่	สาเหตุการตาย	พ.ศ.					
		2538		2539		2540	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	โรคหัวใจ	41,053	69.3	46,286	77.4	43,589	72.1
2	อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	36,435	61.5	37,054	62.0	30,031	49.7
3	มะเร็งทุกชนิด	30,195	50.9	30,172	50.5	26,478	43.8
4	ความดันเลือดสูง, โรคหลอดเลือดในสมอง	9,548	16.1	9,350	15.6	8,142	13.5
5	การฆ่าตัวตาย, ถูกฆ่าตัวและอื่นๆ	7,860	13.3	8,244	13.8	7,631	12.6
6.	โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	7,656	12.9	7,413	12.4	6,382	10.5
7	ปอดอักเสบ, โรคอื่นๆของปอด	7,000	11.8	7,518	12.6	6,299	10.4
8	ไตอักเสบ, กลุ่มไตพิการ	6,527	11.0	4,869	8.1	5,133	8.5
9	วัณโรคทุกชนิด	4,144	7.0	4,622	7.7	3,759	6.2

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. หน้า 85.

จากตาราง 1 แสดงว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกเรียงตามลำดับคือ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็งทุกชนิด ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของการตายเหล่านี้ เกิดจากปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร บุหรี่ สุรา สารเสพติด พฤติกรรมความปลอดภัย พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ ความเครียด และ พฤติกรรมในการดูแลและฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม (กองสุศึกษา. 2541 : 11)

ประเทศไทยได้กำหนดแผนงานและดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในลักษณะแบบองค์รวม (Holistic) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกคือ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ.2543 มีการดำเนินงานสาธารณสุขครอบคลุมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ (รณชัย ตั้งมั่นอนันต์กุล. 2541 : 1) แต่การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังเป็นการดำเนินงานที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลักใหญ่ มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้จากสถิติการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขของรัฐ ในปีงบประมาณ 2536 - 2538 พบว่างบประมาณส่วนใหญ่ร้อยละ 65 จัดสรรให้กับงานของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานด้านการรักษาพยาบาล และจากการศึกษาการใช้จ่ายงบประมาณสาธารณสุขตามกิจกรรมบริการต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2538 พบว่า งบประมาณด้านการรักษาพยาบาล มีสัดส่วนสูงร้อยละ 53.35 ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นบริการฝ่ายกาย งานส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วน ร้อยละ 20.6 ส่วนงานควบคุมโรคมีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 11.83 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2540 : 14 - 15) ซึ่งการจัดสรรงบประมาณโดยให้ความสำคัญในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นับว่าเป็นการลงทุนทางด้านสุขภาพที่ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงถึงปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน สรุปได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยยังคงเน้นความสำคัญในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นการลงทุนทางสุขภาพที่ได้ผลตอบแทนต่อการลงทุนที่ต่ำ
2. กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non - communicable diseases) และเป็นกลุ่มโรคซึ่งมีสาเหตุที่แท้จริงจากปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันและในระยะยาว จึงควรมีการปรับทิศทาง โดยหันมาเน้นกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพต้นทุน (Cost effectiveness) สูงกว่ากิจกรรมการรักษาพยาบาล การเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อมส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพโดยรวมมี

ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะปัจจัยที่กำหนด “ สุขภาพ ” มีมากขึ้นกว่าที่ระบบสาธารณสุขจะดูแลได้หมด ซึ่งคนไทยต้องปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพจากการ “ ซ่อมแซมรักษา ” มาสู่ “ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ ” (อารี วัลยะเสวี และคณะ. 2543 : 23 – 24) และองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศสมาชิกหมายรวมถึงประเทศไทยด้วย ให้ดำเนินกิจกรรมหลักในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ซึ่งรู้จักกันในนาม “ กฎบัตรออกดาดา ” คือ 1. การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ 2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. การสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชน 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (สุเกียรติ อชานุกาพ. 2541 : 135–139) ซึ่งการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขอันเป็นกิจกรรมข้อสุดท้ายที่ระดับนานาชาติตามกฎหมายบัตรออกดาดาเสนอแนะ ถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอันดับหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้โรงพยาบาล สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง นอกจากจะต้องปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นแล้วยังต้องหันมาแสดงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเอื้ออำนวยให้มีการจัดตั้ง “ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ” และเสริมสร้างอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งนี้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาแบบองค์รวม (Holistic) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปฏิบัติตนเป็นตัวอย่าง (Model) ที่ดีทางด้านสุขภาพ มีจิตวิญญาณของการส่งเสริมสุขภาพ มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยถือว่าโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งเป็นรากฐานของชุมชนอันหนึ่งที่จะต้องมีการดำเนินกลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ที่มีจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนาเป็นการเน้น “ คนเป็นศูนย์กลาง ” โดยมีความสำคัญของการพัฒนา 2 ลักษณะ คือ (กระทรวงสาธารณสุข. 2539 : 7)

1. การพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ และระบบสาธารณสุข

2. การพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัย ในการเสริมสร้างให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการและสภาวะแวดล้อมต่างๆให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลานามัยที่ดี

ดังนั้นระบบบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ บุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเป้าหมายแรกของการพัฒนาศักยภาพทุกๆด้านของสาธารณสุข เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง สมบูรณ์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและ

เหมาะสมในทิศทางที่พึงประสงค์ จะได้เป็นตัวแบบอย่างที่ดี (Model) ทางด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เพราะมีความสำคัญมีคุณค่าต่อประชาชนที่มารับบริการด้านสุขภาพ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังที่ เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 22 - 23) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัย และหลักสำคัญ 4 ประการ ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย คือ กินเป็น นอนเป็น อยู่เป็น และสังคมเป็น และสอดคล้องกับแนวคิดของ พาแลงค์ (Palank . 1991 : 816) ที่ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นพฤติกรรมต่างๆที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อกองไว้เพื่อเพิ่มระดับความผาสุก (Well - being) โดยการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) และความปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอและการมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด และยังสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996 : 66 - 67) ที่กล่าวว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ประสพการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ในการวางแผน กำหนดนโยบายปฏิบัติ และลดทอนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ลดลง เพื่อพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ครอบครัว ชุมชน และทำประโยชน์ให้กับสังคมและประเทศชาติต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการ ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การ รับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่จะนำข้อมูลพื้นฐานนี้ไปพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขต่อไป

3. ผลที่ได้จากการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นแนวทางในการส่งเสริม พัฒนา และลดทอนปัญหาอุปสรรคการมีพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้น

4. ช่วยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีความตื่นตัวใน การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

5. เป็นแนวทางในการวิจัยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อดกลงเบื้องต้น

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ที่มีตำแหน่งตรงตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กำหนดใน การปฏิบัติงานปัจจุบัน โดยไม่ยึดตามวุฒิการศึกษาที่จบการศึกษา ประกอบด้วยตำแหน่ง ต่างๆ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่ พยาบาล นักวิชาการ (ทุกด้าน) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ผู้ช่วยเภสัช กรรม เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการ

แพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมงานทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ

2. ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล

กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ (นักวิชาการทุกด้าน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ผู้ช่วยเภสัชกรรม เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ และนักรังสีการแพทย์)

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของประชากร กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปร ที่ศึกษา ไว้ดังนี้คือ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ในปีงบประมาณ 2543 จำนวน 2,274 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ในปีงบประมาณ 2543 จำนวน 340 คน แต่เก็บจริง 350 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามานะ (Yamane) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้น (Stratified random sampling) (Yamane. 1967 : 583)

โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล

กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 เพศ

1.2 อายุ

1.3 ระดับการศึกษา

1.4 สถานภาพสมรส

1.5 รายได้

1.6 ดัชนีมวลกาย

1.7 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

1.8 กลุ่มวิชาชีพ

1.9 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

1.10 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

1.11 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยาปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งทาง
ด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ซึ่งสามารถวัดได้จาก
แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจาก
ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 134-143) ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6
ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการ
กับความเครียด

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ ทันตแพทย์

เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล นักวิชาการ (ทุกด้าน)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

ผู้ช่วยทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ผู้ช่วยเภสัชกรรม เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์

การแพทย์ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ และนักรังสีการแพทย์

ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ทุกแห่งในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. เพศ

หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบ่งออกเป็นดังนี้

3.1 หญิง

3.2 ชาย

4. อายุ

หมายถึง จำนวนปีเกิดนับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น

ดังนี้

4.1 20 – 29 ปี

4.2 30 – 39 ปี

4.3 40 – 49 ปี

4.4 50 - 60 ปี

5. ระดับการศึกษา

หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบ่งออกเป็นดังนี้

5.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

5.2 ปริญญาตรี

5.3 สูงกว่าปริญญาตรี

6. สถานภาพการสมรส

หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี – ภรรยา แบ่งออกเป็นดังนี้

6.1 โสด

6.2 คู่

6.3 หม้าย

6.4 หย่า / แยก

7. รายได้

หมายถึง เงินเดือนรวมทั้งรายได้พิเศษอื่น ๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เฉลี่ยเป็นรายได้ต่อเดือน แบ่งออกเป็น ดังนี้

7.1 น้อยกว่า 5,000 บาท

7.2 5,000 – 10,000 บาท

7.3 10,001 – 15,000 บาท

7.4 15,001 – 20,000 บาท

7.4 มากกว่า 20,000 บาท

8. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index = BMI)

หมายถึง ปัจจัยที่เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะโภชนาการ ในผู้ใหญ่ด้วยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเมตรแล้วคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กองโภชนาการ. 2541 : 23)

$$\text{โดยสูตร} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

แบ่งออกเป็นดังนี้

8.1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม / ตารางเมตร จัดว่าน้ำหนักอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ หรือรูปร่างผอม (Underweight)

8.2 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 18.5 – 24.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร จัดว่าน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือรูปร่างสมส่วน (Normal)

8.3 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 24.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร จัดว่าน้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือรูปร่างอ้วน (Overweight)

9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน หมายถึง การมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบ่งออกเป็นดังนี้

9.1 1 – 5 ปี

9.2 6 – 10 ปี

9.3 11- 15 ปี

9.4 15 ปีขึ้นไป

10. กลุ่มวิชาชีพ

หมายถึง กลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามที่ผู้วิจัยกำหนดตามลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นดังนี้

10.1 กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

10.2 กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล

10.3 กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ

11. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

หมายถึง การรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็นดังนี้

11.1 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

11.2 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

11.3 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

12. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยับยั้ง ขัดขวางการแสดง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรม ทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทาง ด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น แบ่งออกเป็นดังนี้

12.1 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

12.2 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

12.3 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

13. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

หมายถึง ความมั่นใจ ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะกระทำ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรม ทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทาง ด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น แบ่งออกเป็นดังนี้

13.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

13.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

13.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

14. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

หมายถึง จังหวัดหนึ่งของประเทศไทยที่ตั้งอยู่ภาคกลางตอนบน มีพื้นที่ ประมาณ 2,556 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 1,608,981 ไร่ ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของ กรุงเทพมหานคร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2542 : 1)

อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ ติดต่อ จังหวัดอ่างทอง ลพบุรี

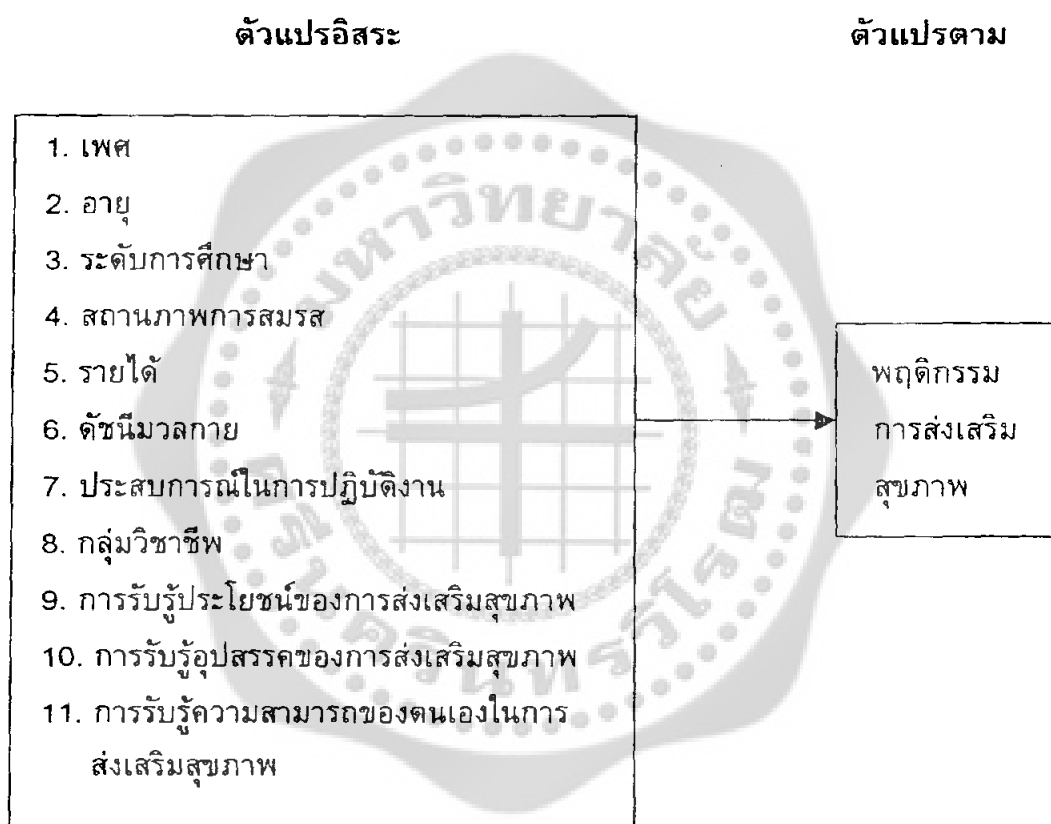
ทิศตะวันออก ติดต่อ จังหวัดสระบุรี

ทิศตะวันตก ติดต่อ จังหวัดสุพรรณบุรี

ทิศใต้ ติดต่อ จังหวัดนครปฐม ปทุมธานี นนทบุรี

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงได้สรุปเป็น กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

12. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

13. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

14. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรม ประกอบด้วย ความหมายของพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.4 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ดังนี้

บลูม (Bloom. 1975 : 65 - 197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความและคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการ จำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแนชัด ระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วน ย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดี ความต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทักษะ ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ แบ่งขั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับ หรือการให้ความสนใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูก กระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมี ภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคล ถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึก ผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคล นั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ ค่านิยม ”

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้ เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมนั้น

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยม เหล่านั้นจากดีที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความ สามารถในการแสดงออกของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึง การปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะ ปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมที่คาด คคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้อง อาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ของบุคคล คือเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ทเวดเจิล (Twaddle. 1981 : 11) ให้ความหมายพฤติกรรมว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของมนุษย์หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของคนในครอบครัว สถานการณ์และประสบการณ์

ราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 580) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมว่า หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า กริยาอาการที่ได้มาภายหลังกำเนิด กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมเช่นนั้นเพราะเคยได้ร่วมสร้างสรรค์กับเพื่อนมนุษย์มากกว่า พฤติกรรมมนุษย์ต่างกับพฤติกรรมที่มีมาในกำเนิด สันดาน อันเป็นสามัญอยู่ในชีวิตสัตว์ชนิดอื่นทั่วไป

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2529 : 4 – 6) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง อากัปกิริยาทั้งหมดของบุคคลทั้งที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรง หรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ได้แก่ การนั่ง เดิน นอน ยืน อารมณ์โกรธ เกลียด รัก และฝัน เป็นต้น แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีอยู่ในใจตนเองยากที่ผู้อื่นจะรู้ได้ถ้าบุคคลไม่บอกหรือแสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น การคิด การเข้าใจ การตัดสินใจ ฯลฯ
2. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การเดินของหัวใจ การเดิน พูด ทำงาน ฯลฯ นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่างจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยบันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง เป็นต้น

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2528 : 60) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว สังคมและ สิ่งแวดล้อมฯ (Health related behavior)
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกตนเองว่าเจ็บป่วย (Sickness behavior)

สุชาติ โสมประยูร (2535 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 173 –185) ได้กล่าวว่าองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ การจูงใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล
2. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก เช่น จากสถิติการเกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ จะพบในกลุ่มประชากรที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจนมากกว่าประชากรที่มีฐานะปานกลาง หรือร่ำรวย แต่สำหรับกลุ่มที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างดีมักจะพบปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น
3. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม
4. องค์ประกอบทางการศึกษา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ระดับการศึกษา มีผลทำให้พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ
5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนทางด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ เพราะแนวนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวน และความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขที่จัดให้กับประชาชน บางครั้งกฎหมายหรือข้อบังคับบางอย่างก็มีผลต่อสุขภาพได้เช่นกัน

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2539 : 32) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ และได้จำแนกพฤติกรรมของคนออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and promotive health behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือเสพสิ่งเสพติด การพักผ่อนที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง และอีกลักษณะหนึ่งคือพฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี การคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้อง บุคคลอาจมีพฤติกรรม

ต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อรอดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจไปแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น ไปซื้อยามารับประทานหรือไปพบแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจึงจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นขั้นของการรับรู้ (Perceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะที่สอง คือ ระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (Take action) กับความผิดปกตินั้น ๆ

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเขาเป็นโรคหัวใจต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง พักผ่อนมาก ๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้บัญญัติคำจำกัดความว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมประกอบกัน ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 2)

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การแสดงออกของบุคคล ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ไปในทางที่มีผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลที่ดีขึ้น

ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ คาลส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb. 1966 : 48) ให้ความหมายของการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำรุงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับมือกับโรค

แฮริส และกลูเตน (Harris & Gluten. 1979) ได้ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุงภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

กอตแมน (Gochman. 1982) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการแสดงที่บุคคลลงมือกระทำสิ่งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Over behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีเช่น การไม่สูบบุหรี่ นิยการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ ลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ ซึ่งครอบคลุมภาวะอารมณ์ ความรู้สึกและลักษณะเฉพาะของตน

พาลังค์ (Palang. 1991 : 818) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well being) พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Krueter. 1991) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดผลทางการปฏิบัติและเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 34) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีสุขภาพดี (Well being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Health people)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 3)

ประเวศ วะสี (2541 : 15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึก หรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจจะเรียกกระบวนการนี้ว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health promotion for all) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All for health promotion) หรือ คนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good health for all)

จากข้อความข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล หากรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เพื่อที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและบุคคล การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีสุขภาพดีขึ้น และประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพที่ดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบายเพื่อให้คนทั้งมวลมีสุขภาพดี

นอกจากการให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวแล้ว ยังมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) ใช้เป็นแนว

ทางในการอธิบาย หรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม การประยุกต์แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ด้วย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model)

เพนเดอร์ได้ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. 1975 และหลังจากที่เพนเดอร์ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 แล้ว เพนเดอร์ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและพบว่าบางมโนทัศน์ย่อยไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้ปรับปรุง แก้ไขใหม่ หรือให้คำนิยามมโนทัศน์นั้นใหม่ และได้ นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอีกครั้งในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender) ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้ เนื่องจากเพนเดอร์ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ตัวแปรบางตัวขาดนัยสำคัญไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้หมด ซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นเพนเดอร์ จึงได้ศึกษาวิจัยวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีความคาดหวังและการให้คุณค่ากับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยปรับปรุงมโนทัศน์ย่อยเสียใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น จนได้รูปแบบใหม่ที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์เฉพาะของตน ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในครั้งต่อไป และความสำคัญของผลกระทบขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในอดีต หรือลักษณะส่วนบุคคลด้วย

- 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือน ๆ กันหรือคล้ายคลึงกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกิดจากการสร้างนิสัย ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ หรือเป็นไปด้วยความตั้งใจ สนใจ ผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในปัจจุบันโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect) ในอดีตทำให้บุคคลมีโอกาสดังกล่าวที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุก ๆ ครั้งจะมีอารมณ์หรือเกิดความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ถ้าพฤติกรรมในอดีตที่บุคคลสามารถแก้ไขได้ ก็จะส่งผลในทางบวกให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต และจะนำมาซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดประจำเดือน (Menopausal) ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic activity) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility หรือความสมดุลของร่างกาย (Balance)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจตนเอง (Self-motivation) ความสามารถของตนเอง (Personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และคำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ (Race) สปีชีส์ (Ethnicity) วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย (Accultural factors) การศึกษา (Education) และสถานะเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic Status)

ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะ ต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ความคิด - ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior-specific cognition and affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือขึ้นกับผลของการ

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ประโยชน์ที่เคยได้รับการกระทำ จะแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น จากทฤษฎีความเชื่อ- ค่านิยม (Expectancy - value) การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการตั้งใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของลักษณะ และประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา ความเชื่อในประโยชน์ หรือความเชื่อที่ว่าผลจากการกระทำที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นไปในทางบวกเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าจะไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นเงื่อนไขในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม

ประโยชน์ที่ได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกก็ได้ ตัวอย่าง ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัว และการลดความรู้สึกละเลย ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การปฏิบัติพฤติกรรมในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการสู่พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า การรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการกระทำนั้น ๆ อุปสรรคเปรียบเหมือนสิ่งกีดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม หรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อขาดความพร้อมในการกระทำและอุปสรรคมีมาก การกระทำนั้นก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อมีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรค มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำและมีผลในทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ในระดับใด และบุคคลนั้นสามารถที่จะทำอะไรได้บ้างโดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ได้ การตัดสินใจความสามารถของบุคคลแสดงให้เห็นโดยการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถในการกระทำของบุคคล เป็นสิ่งเสริมให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ มีพื้นฐานที่พัฒนามาจากปัจจัย 4 ประการ คือ

2.3.1 การกระทำที่ได้ผลสำเร็จจากการที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเอง หรือจากการประเมินที่ได้รับจากบุคคลอื่น

2.3.2 ประสบการณ์จากการได้เห็นการกระทำของผู้อื่น โดยการสังเกตและนำมาประเมิน เปรียบเทียบกับตนเอง

2.3.3 การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.3.4 สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ความเจียบ สิ่งเหล่านี้บุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเอง

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถก็จะมากขึ้นในทางกลับกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมลดลง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity – related affect) หมายถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ก่อนปฏิบัติพฤติกรรม ขณะปฏิบัติพฤติกรรม และภายหลังปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้อาจเป็นระดับน้อย ๆ ปานกลางหรือรุนแรง และถูกตัดสินความคิดทำให้เกิดการเรียนรู้เก็บไว้ในความทรงจำ แล้วนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) และอารมณ์ที่เกี่ยวกับบริบทหรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context - related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ให้ยาวนานขึ้น อารมณ์และความรู้สึกนี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมแบบปฏิกริยาลูกโซ่ นั่นคือ ถ้ากิจกรรมนั้นให้ผลในทางบวกต่อความรู้สึกบุคคลก็จะปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบบุคคลจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือเจตคติของบุคคลอื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา หรือ พี่น้อง กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ บรรทัดฐานของสังคม (ความคาดหวังของบุคคล) การสนับสนุนทางสังคม (อุปกรณ์และการให้กำลังใจ) การเป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกตและประสบการณ์การกระทำพฤติกรรมเฉพาะนั้น ๆ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้ มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพฤติกรรมและส่วนที่เกี่ยวข้องพบว่า บรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการกระทำ ซึ่ง

บุคคลที่จะยอมรับหรือปฏิเสธได้ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น การเป็นแบบอย่างที่ทำให้คิดต่อกันมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคม หรือส่งเสริมให้บุคคลมีการกระทำ และวางแผนในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะต่าง ๆ ที่ต้องการและลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม ที่จะทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้น อิทธิพลของสถานการณ์จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงและทางอ้อม ทางตรงก็คือ การแสดงให้เห็นในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ โดยการใส่สัญลักษณ์หรือสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ เช่น การติดป้าย "ห้ามสูบบุหรี่" "ห้ามส่งเสียงดัง" แสดงให้เห็นสัญลักษณ์ที่ต้องการของสถานที่นั้นว่า ต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ นอกจากนั้นสถานการณ์อาจมีผลโดยการนำเสนอสิ่งชี้แนะ (Cues) เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมให้มากขึ้น

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) การกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำเป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ นอกจากจะมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก ซึ่งบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้หรือมีความพึงพอใจในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมในสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ตั้งแต่ต้น การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จประกอบด้วย

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ความตั้งใจเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยความเต็มใจ

ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในเวลา และสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลโดยเฉพาะหรือทำโดยลำพัง โดยไม่คำนึงว่า จะมีสิ่งใด ๆ เข้ามาแทรก

3.1.2 การวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริม ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นการหาวิธีที่เฉพาะในการปฏิบัติที่จะใช้กับพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ทำร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้สำเร็จ ความตั้งใจเพียงอย่างเดียวโดยไม่สัมพันธ์กับวิธีการนั้นจะบังเกิดผลเพียงความตั้งใจดี (Good intention) แต่มักจะล้มเหลวในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณค่า

3.2 ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate competing demands preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด และสามารถจะทำได้ก่อนเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความต้องการที่แทรกแซงเข้ามานั้นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้นจะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจที่แทรกแซงเข้ามานั้นถูกมองว่า เป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่า หรือเหนือกว่า ที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง สามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งใจไว้ตั้งแต่แรกได้ เมื่อพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เข้ามาแทรกแซงมากกว่า ความสามารถในการเอาชนะความพอใจที่แทรกแซงเข้ามานั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถของเขาที่จะควบคุมตนเอง

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health – promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรระลึกไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งเกิดขึ้นต่อสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ทุกมุมมองของการดำเนินชีวิตโดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ ในทางบวกและภาวะสุขภาพตลอดทุกช่วงชีวิต

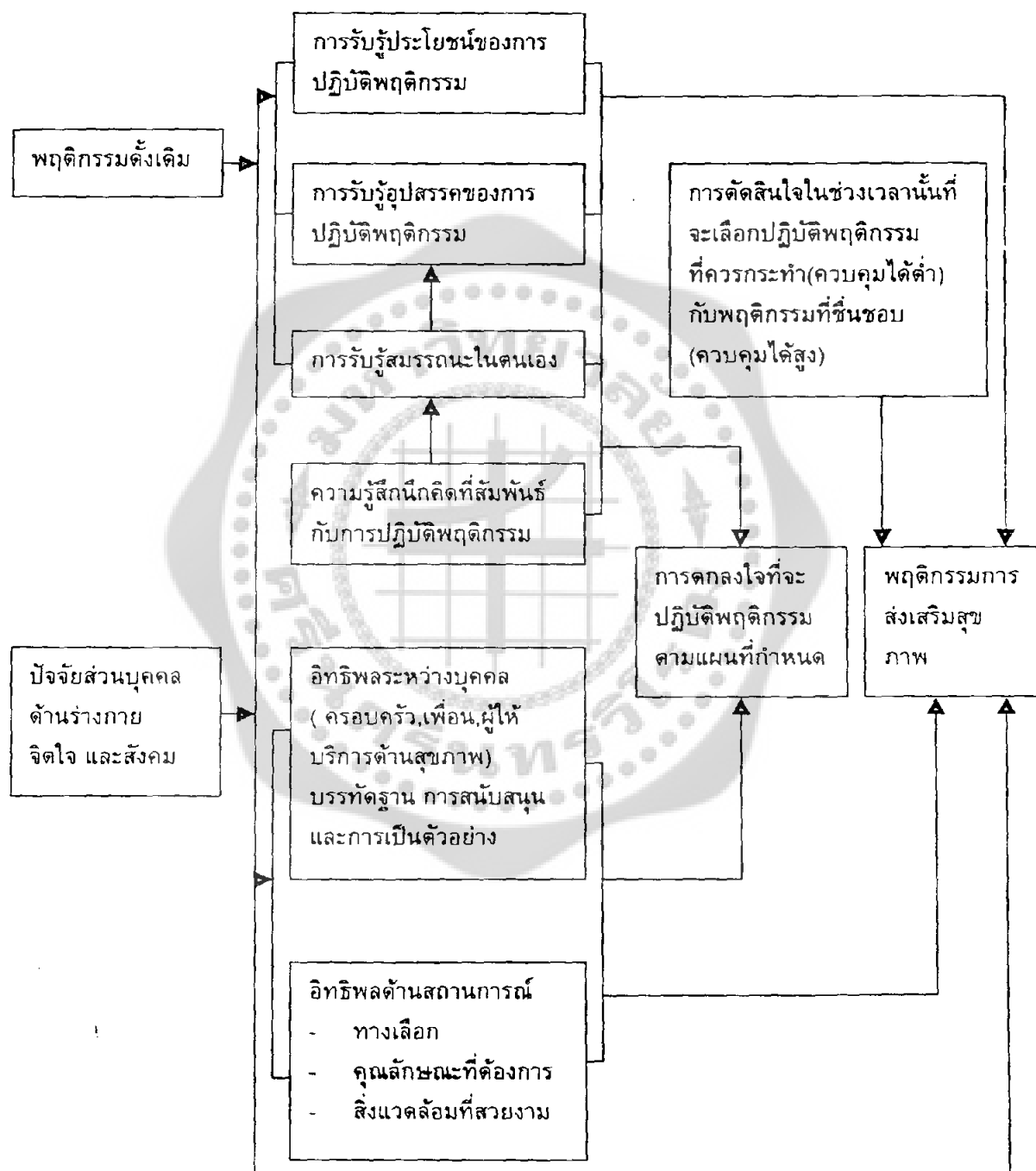
แต่การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมได้ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66 - 73) มาศึกษาและประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในมโนทัศน์ที่ 2 ความคิด-ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior – specific cognition and affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived health promotion benefits) การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived health promotion barriers) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived health promotion self-efficacy) สาเหตุเพราะตัวแปรทั้ง 3 กลุ่มนี้ได้รับการยอมรับและมีผลงานการวิจัยว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Pender, 1996 : 66 - 73) ; (รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล. 2541 : 44-48)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) (Pender . 1996 : 67) ได้เสนอไว้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์

ปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจ
และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะ
เจาะจงต่อพฤติกรรม

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง

แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 134) ได้ปรับปรุงการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอีก โดยนำรูปแบบการประเมิน แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al. 1987 : 76 - 81) มาปรับปรุงใหม่ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งเพนเดอร์ให้ชื่อว่า “แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพ II” (Health promoting lifestyle profile II : HPLP- II) ซึ่งประกอบไปด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลย์ของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ
5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือการวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิต
6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 134) คือ “แบบวัดแผนการดำเนินชีวิตการส่งเสริมสุขภาพ” ที่ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางจํานร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับ ความเครียด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ต่อไปนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, et al. 1988 : 80) เสนอว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการตระหนักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการดูแลตนเอง การสนใจและยอมรับที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ เกิดขึ้นด้วยตนเอง การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การรับความช่วยเหลือจากบุคคลากร ทางการแพทย์เมื่อจำเป็น เช่น การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี การพูดคุยหาข้อมูลเกี่ยว กับสุขภาพ มีการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น มีรายละเอียดของความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ ดังนี้

1. การตรวจสุขภาพประจำปี

เบเลอร์ และคณะ (Behler, et al. 1993 : 510) เสนอให้วัยกลางคนได้มีการตรวจ สุขภาพกับแพทย์ทุกปี เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอ็กซเรย์ปอด ตรวจมะเร็งปาก มดลูกทุกปี ผู้หญิงควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ดูแลสุขภาพปากและฟัน ควรพบ ทันตแพทย์ทุก 6 เดือน – 1 ปี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีความสนใจในการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มเติม โดยการอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง สุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และมีการใช้ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

การได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ ที่เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค บางโรคได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น นอกจากนี้ การตรวจสุขภาพการมองเห็น การได้ยิน ภาวะไขมันในเลือด วัดความดันโลหิต เป็นการตรวจ ซึ่งใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ไม่เกิดความเจ็บปวดและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากนัก แต่คนทั่วไปไม่ ค่อยแน่ใจว่าควรจะไปตรวจเมื่อใด และจำเป็นต้องตรวจอะไรบ้าง จึงทำให้ไม่สามารถทราบถึง ความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก อย่างไรก็ตามการตรวจสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายความว่าต้องตรวจหลายๆ อย่าง หรือตรวจโดยเทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือการตรวจที่ต้องใช้วิธี วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โครงการตรวจสุขภาพที่ดีจะกำหนดให้ตรวจเฉพาะรายการที่ผล การตรวจเป็นสิ่งที่ใกล้ตัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลตนเองได้รวมทั้งสามารถ

วินิจฉัยโรคที่อยู่ในร่างกายโดยเจ้าตัวยังไม่รู้สึกรู้ว่ามีความผิดปกติ คือ เป็นการตรวจเพื่อหวังผลในการค้นหาโรคที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่แสดงอาการ และตรวจในเรื่องที่เป็นเหตุเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตรวจให้เหมาะสมกับสภาพและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้รับบริการที่สำคัญก็คือ การตรวจสุขภาพควรตรวจด้วยวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก ไม่เสี่ยงต่ออันตราย ไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะการตรวจสุขภาพเป็นมาตรการเพื่อการป้องกันซึ่งมีหลักการว่าเป็นการใช้งบประมาณที่ถูกต้องกว่าการรักษา

1.1 ควรไปรับการตรวจสุขภาพเมื่อใด

ถ้าคิดตามทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และสรีรวิทยาร่างกายผู้ที่ มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจสุขภาพปีละครั้ง ในคนที่ผ่านการตรวจร่างกายสมบูรณ์เต็มที่ การตรวจครั้งต่อไปอาจเป็นปีเว้นปี เมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว การตรวจสุขภาพควรได้ทำทุกปี แต่ถ้ามีความผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดในช่วงอายุใดก็ตามควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทันที ความผิดปกติเหล่านี้ ได้แก่

1.1.1 น้ำหนักตัวลดลงอย่างผิดปกติ โดยที่อาจไม่ได้อยู่ในระยะของการลดน้ำหนักของสถานบริการใด ๆ วันดีคืนดีน้ำหนักค่อย ๆ ลดลงอย่างผิดสังเกต ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายทันที

1.1.2 เมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ แม้แต่รายการอาหารที่เคยชอบก็ไม่สามารถเรียกความรู้สึกอยากรับประทานอาหารของท่านให้กลับคืนมาได้ ถ้าท่านไม่ได้อยู่ในช่วงของความทุกข์ ความวิตกกังวล แต่มีอาการเบื่ออาหาร ตามมาด้วยน้ำหนักตัวลด ก็ควรไปตรวจร่างกายเช่นเดียวกัน

1.1.3 เมื่อยล้า อ่อนเพลียตลอดเวลา มีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการแม้ในยามปกติก็ไม่มีแรง เข้าตื่นขึ้นมาแทบลุกจากที่นอนไม่ไหว ไปทำงานก็ไปนั่งง่วงเหงาหาวนอนหมดอาลยตายอยากในชีวิต เพราะความรู้สึกอ่อนเปรี้ยเพลียแรงตลอดเวลา ก็ควรไปพบแพทย์

1.1.4 นอนไม่หลับ การไม่หลับในที่นี้ไม่ได้เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่เป็นปกตินิสัย อาจเป็นการนอนไม่หลับในระยะต้น คือ เข้านอนแล้วไม่หลับ กระสับกระส่ายดาสว่างอยู่ยาวนาน ๆ มีความรู้สึกเหมือนตนเองตกนรก คือตื่นตึก ๆ แล้วไม่หลับอีก (ซึ่งส่วนมากจะพบในผู้สูงอายุ) แต่ไม่ว่าจะเป็นกรณีใด การนอนไม่หลับจะทำให้มีผลต่อร่างกายตั้งแต่ข้อ 1-3 ถึงแม้การแก้ไขปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เสมอไป แต่ต้องไม่รักษาอาการนอนไม่หลับโดยการซื้อยามากินเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ การไปตรวจสุขภาพจะช่วยให้พบสาเหตุของปัญหาและแก้ไขได้ตรงประเด็น

1.1.5 มีเลือดออกที่อวัยวะหนึ่งอวัยวะใดผิดปกติ เช่น การมีเลือดออกทางช่องคลอด มีเม็ดเลือดแดงออกมากับอุจจาระซึ่งสังเกตจากการถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ

1.1.6 มีก้อนผิดปกติซึ่งคลำพบแล้วก้อนนี้ไม่หายไป หรือเป็นก้อนที่เคลื่อนที่ได้เป็นครั้งคราว ปวดข้อ ปวดหลัง ปัสสาวะน้อยหรือมากผิดปกติ มีเหงื่อออกมาก

ผิดปกติ ฯลฯ ความผิดปกติทั้งหลายเหล่านี้ คือสัญญาณอันตรายที่บอกให้รู้ว่าท่านควรไปตรวจร่างกาย

1.2 การตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 70-73) กล่าวว่า การตรวจสุขภาพประจำปี คือ การพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพร่างกายควรทำอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยกลางคน เพราะการตรวจสุขภาพจะทำให้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น และยังเป็นการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถป้องกันและรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ สำหรับการตรวจนี้ควรมีการตรวจร่างกายปีละครั้ง สิ่งที่ควรตรวจคือ

1.2.1 การตรวจเกี่ยวกับหัวใจ สาเหตุการตายอันดับสองของประเทศไทย รองจากอุบัติเหตุ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด คนที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ คนอ้วน ผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีไขมันในเส้นเลือดสูง มีความเครียด วิตกกังวลตลอดเวลา และมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

1.2.2 การตรวจวัดความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติ เช่นมีไขมันไปจับเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้เลือดไหลเวียนได้ยาก เนื่องจากช่องภายในเส้นเลือดแดงแคบลง เป็นผลทำให้หัวใจต้องพยายามทำงานให้หนักขึ้น เพื่อขับเลือดออกมาให้เพียงพอและความดันโลหิตก็จะเพิ่มสูงขึ้น

1.2.3 การตรวจหาระดับไขมันในโลหิต ตรวจได้โดยการเจาะเลือดแล้วนำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ชนิดของไขมันในโลหิตที่ควรตรวจ ได้แก่ ระดับของ Total Cholesterol, HDL- Cholesterol, LDL- Cholesterol, Triglyceride ในรายที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ แพทย์จะให้เจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในเส้นเลือด ภายหลังจากการงดอาหารและเครื่องดื่ม 12-14 ชั่วโมง ค่าปกติของระดับไขมันในเลือดสำหรับโคเลสเตอรอล ไม่ควรสูงเกิน 200 Mg/dl

1.2.4 การตรวจปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะหาว่ามีน้ำตาลในปัสสาวะหรือไม่ เป็นการตรวจเพื่อดูโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ การตรวจปัสสาวะสามารถตรวจหาโปรตีนหรือเซลล์เม็ดเลือดแดงอันเป็นผลจากโรคไต และความผิดปกติซึ่งเกิดจากโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ

1.2.5 การตรวจคลื่นไฟฟ้า คือ ตรวจดูการทำงานของหัวใจขณะที่ออกกำลังกาย (Exercise stress test) ทำให้สามารถตรวจพบในผู้ป่วยบางรายซึ่งไม่พบความผิดปกติของการตรวจหัวใจขณะพัก การตรวจหัวใจนี้ผลการตรวจจะออกมาเป็นกราฟ จึงต้องให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะเป็นผู้อ่านและแปลผล

1.2.6 การตรวจหามะเร็ง มะเร็งเป็นโรคซึ่งเมื่อเป็นแล้วย่อมจะต้องมีการสูญเสียชีวิตอย่างแน่นอน โดยเฉพาะถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ในสหรัฐอเมริกา

พบว่า ร้อยละ 22 ของการตายทั้งหมดมาจากสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็ง การตรวจพบโรคได้เร็วและเข้ารับการรักษาทันท่วงทีทำให้มีโอกาสรอดจากโรคนี้ได้

1.3 การตรวจสอบทางการแพทย์ที่ทุกคนควรได้รับ

ต่อไปนี้เป็นบรรทัดฐานของผู้ที่ไม่เคยมีอาการแสดงของโรคหัวใจหรือโรคอื่น ๆ ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรได้ตรวจสอบและระยะเวลาที่ควรตรวจสอบ คือ

1.3.1 การตรวจหาปริมาณสารชีวเคมีในเลือด ควรทำทุก 1 ปี

1.3.2 การวัดความดันโลหิต ควรทำทุก 2 - 3 เดือน

1.3.3 การตรวจฟัน ควรทำทุก 6 เดือน

1.3.4 การตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า ควรทำทุก 3-5 ปี (สำหรับผู้ที่มียายุ 40 ปีขึ้นไป)

1.3.5 การตรวจวัดสายตา ควรทำทุก 3-5 ปี

1.3.6 การตรวจสอบการได้ยิน ควรทำทุก 5 ปี เมื่อมีอายุ 40 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 70 ปี หลังจากนั้นควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทุกปี

1.3.7 ในผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมทุก 2 ปี อายุ 50 ปีขึ้นไปตรวจปีละ 1 ครั้ง การตรวจหามะเร็งปากมดลูก อายุ 40 ปีขึ้นไปควรตรวจปีละครั้ง

การตรวจสุขภาพจะได้ผลดี ผู้แจ้งผลซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเทคนิคการแพทย์ จะต้องประมวลผลการตรวจเข้าด้วยกัน แล้วแปลผลให้ผู้มารับการตรวจเข้าใจให้คำอธิบายเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหา เมื่อพบความบกพร่องหรือความผิดปกติที่ต้องแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและส่งต่อเพื่อการดูแลที่ลึกลงเฉพาะเรื่อง นอกเหนือจากผลการตรวจสุขภาพที่ได้รับ ควรแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีร่วมไปด้วย

2. บุหรี่ (Cigarette)

บุหรี่เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า “บุหรี่” หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ บุหรี่ เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติด คือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ และก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกาย และจิตใจของผู้เสพ และยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย ”

2.1 สาเหตุของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีสาเหตุพอสรุปได้คือ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. 2534 : 136)

2.1.1 คำนิยามทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็รับรอง

เช่นกัน

2.1.2 ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีนี้มักใช้ร่วมกับการดื่มสุราในงานเลี้ยง

2.1.3 การเลียนแบบ เด็กๆ มักจะเริ่มสูบบุหรี่โดยเลียนแบบจากเพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นยังถือว่าการสูบบุหรี่เป็นของดี เพราะจะทำให้ดูเป็นผู้ใหญ่ยิ่งขึ้น หรือเพียงเพื่อแสดงการต่อต้านคำสั่งห้ามสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ได้

2.1.4 ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ เกือบเขินหรือไม่ทราบจะทำอะไร ก็จะคว้าบุหรี่มาสูบบุหรี่ตามเคยชิน

2.1.5 การใช้ฤทธิ์ของนิโคตินเป็นยาหล่อมอารมณ์ ผู้ที่สูบบุหรี่จนเป็นนิสัยจะสะสมนิโคตินในเลือดไว้ระดับหนึ่ง ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการหล่อมอารมณ์ เมื่อนิโคตินลดลงเพราะการขยับถ่าย หรือมีอาการโกรธหรืออื่น ๆ จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อให้นิโคตินอยู่ในระดับเดิมต่อไป

2.2 โทษของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสีย ดังนี้

2.2.1 ผลเสียทางเศรษฐกิจ

2.2.1.1 ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ทั้งส่วนตัว และใช้รับแขก ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากพิษของการสูบบุหรี่

2.2.1.2 ทำให้เสียเวลาในการทำงาน ถ้าผู้สูบบุหรี่ทดลองจับเวลาการสูบบุหรี่แต่ละมวนแล้วคำนวณเวลาที่ใช้ไปตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน จะพบว่าเวลาที่ใช้ไปนั้นมากจนน่าตระหนกเป็นอย่างยิ่ง

2.2.1.3 การที่ต้องสั่งไปยาสูบและส่วนประกอบในการผลิตบุหรี่จากต่างประเทศ ทำให้เสียเศรษฐกิจของประเทศ

2.2.2 ผลเสียทางสังคม

2.2.2.1 เกิดการเลียนแบบที่ไม่ดีสำหรับเยาวชน

2.2.2.2 ทำให้เสียบุคลิกภาพ

2.2.2.3. ทำให้บ้านเมืองสกปรก อากาศเป็นพิษ และเกิดอัคคีภัยได้

2.2.2.4 อาจเป็นสาเหตุไปสู่การใช้ยาเสพติดที่ร้ายแรงอื่น ๆ

2.2.3 ผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากและเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2.3 พิษของบุหรี่ต่อสุขภาพ

นักเภสัชวิทยาได้ทำการวิเคราะห์บุหรี่ พบว่า เมื่อจุดบุหรี่สูบเพียง 3 วินาที บริเวณการเผาไหม้จะมีอุณหภูมิสูงประมาณ 850-880 องศาเซลเซียส ซึ่งสามารถสลายสารเคมีกว่า 1,200 ชนิดในควันบุหรี่ และ 102 ชนิดในใบยาสูบ จนเกิดเป็นสารพิษต่อร่างกายได้ สารพิษจากบุหรี่ที่สำคัญประกอบด้วย (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2534 : 138-41)

2.3.1 ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ มีความไวต่อการจับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนจนถึง 200 เท่า จึงเป็นสาเหตุทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายขาดออกซิเจน ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่เริ่มหัดสูบบุหรี่บางคนมีอาการตาข่าย มีนงงคล้ายคนเมาบุหรี่ สำหรับนักกีฬาที่สูบบุหรี่จัดจะหายใจไม่คอยทันหรือหอบเหนื่อยเร็วกว่านักกีฬาที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้มารดาที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนขึ้นไปต่อวันในระหว่างการตั้งครรภ์ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จะเป็นตัวการสำคัญในการตัดจำนวนออกซิเจนที่ไปบำรุงเลี้ยงเล็กในครรภ์ลดลง และนิโคตินทำให้หลอดเลือดของทารกที่อยู่ในครรภ์มารดามีลักษณะตีบเล็กเข้า ซึ่งไปลดจำนวนเลือดที่เลี้ยงทารกให้เจริญเติบโตทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติถึง 6 ออนซ์ มีการแท้งบ่อย ๆ หรือคลอดออกมามีตาย และต่อจากนั้นทารกมักจะสูญเสียชีวิตในระยะหนึ่งเดือนภายหลังคลอดได้ง่ายอีกด้วย

2.3.2 สารประเภทน้ำมันดิน เป็นของเหลว เหนียว ชัน สีน้ำตาลเข้ม มีกลิ่นเหมือนน้ำมันดินในน้ำมันดินมีสารเคมีอยู่ประมาณ 30 ชนิด ที่ช่วยก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ คือ บีตาแนฟทิลามีน (Beta naphthylamine) เมื่อผู้สูบบุหรี่อดควันเข้าไปสู่ส่วนที่ลึกที่สุดของปอด น้ำมันดินซึ่งเป็นยางเหนียวชันนี้จะไปเคลือบช่องทางเดินลมหายใจ ทำให้ "ซีเลีย" ซึ่งมีรูปร่างคล้ายเส้นขนละเอียด ไม่สามารถทำหน้าที่โบกพัดฝุ่นละอองที่ติดเข้ามาได้ และยางเหนียวที่สะสมมากขึ้นนี้จะทำให้เซลล์ตามผิวผนังของช่องนี้เปลี่ยนแปลงไป จำนวนเซลล์จะเพิ่มขึ้นอย่างปกติ จนกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจแพร่ไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ น้ำมันดินยังไปอุดหลอดลมเล็ก ๆ ทำให้เกิดถุงลมโป่งพองและมีโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ วัณโรค ตลอดจนมะเร็งของปอด เป็นต้น

2.3.3 สารกัมมันตรังสี จากการตรวจปัสสาวะนักสูบบุหรี่ที่สูบ 40 มวนต่อวัน พบว่ามีสารโพลีเนียม 210 ซึ่งมีรังสีแอลฟาอยู่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า สำหรับสารกัมมันตภาพรังสีของสารนี้อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นมะเร็งก็ได้

2.3.4 นิโคติน เป็นสารแอลคาลอยด์ (Alkaloid) มีลักษณะเป็นน้ำมันระเหย ละลายน้ำได้และไม่มีสี นิโคตินมีฤทธิ์เป็นด่างและระคายต่อผิวหนังรวมทั้งเยื่อเมือกต่าง ๆ ถูกดูดซึมได้ดีทางระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหารและทางเยื่อช่องปาก ผู้ที่รับประทานนิโคตินขนาดน้อย ๆ เข้าไปอาจมีอาการน้ำลายฟูมปาก คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนหน้ามืด หัวใจเต้นช้าลง แต่ถ้าฉีดสารนี้จำนวน 60 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือด จะตายภายในเวลา 2 - 3

วินาทีเท่านั้น ขณะที่บุหรี 1 มวน อาจมีนิโคตินสูงถึง 120 มิลลิกรัม แต่โดยเฉลี่ยแล้วการสูบบุหรี 1 มวน จะได้สารนิโคตินประมาณ 6 - 8 มิลลิกรัม ส่วนการสูบบุหรีนั้นจะได้ประมาณ 15 - 40 มิลลิกรัม สารนิโคตินนี้เป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติดยาขึ้น จึงจัดว่าเป็นยาพิษอย่างแรง ซึ่งอาจจำแนกฤทธิ์ที่มีต่อร่างกายได้ ดังนี้

2.3.4.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด นิโคตินมีฤทธิ์ต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้กล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดตีบตันลง และแรงดันเลือดสูงขึ้นจากปกติ ประมาณ 10 - 20 มิลลิกรัม ของปรอทหัวใจเต้นถี่เร็วกว่าปกติ ประมาณ 15 - 25 ครั้งต่อนาที ส่วนหลอดเลือดที่ตีบตามแขนและขาจะมีอาการปวดเจ็บหรือชาตามน่อง มือ และเท้า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เนื้อตายได้ ถ้าหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary) ที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบจะทำให้ปวดเจ็บตรงบริเวณหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าโอกาสเป็นโรคหัวใจของผู้สูบบุหรีจะมากขึ้นตามจำนวนบุหรีที่สูบบุหรีต่อวันอีกด้วย

2.3.4.2 ระบบประสาทกลาง นิโคตินขนาดน้อยมีฤทธิ์กระตุ้น แต่ถ้าขนาดมากจะเกิดทำให้หายใจช้าและเกิดพิษเหมือนกับการที่ร่างกายขาดออกซิเจน นอกจากนี้ศูนย์ประสาทบริเวณไขสันหลังจะถูกกระตุ้นทำให้มือสั่น กระตุก อวัยวะรับความรู้สึกและการทรงตัวจะเสื่อมลงไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ

2.3.4.3 ระบบหายใจ ในตอนแรกนิโคตินจะกระตุ้นการหายใจ ต่อมาจะกดเป็นเหตุให้หายใจช้าลง จนถึงหยุดหายใจได้ กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกและบริเวณกระบังลมซึ่งช่วยในการหายใจจะถูกกดด้วย ทำให้ผู้สูบบุหรีจัดแน่นหน้าอกและหายใจไม่สะดวก

2.3.4.4 ระบบทางเดินหายใจ นิโคตินจะกระตุ้นเยื่อและต่อมต่าง ๆ ให้หลั่งน้ำย่อยออกมามากผิดปกติ ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน เหนืออากเสบ เมื่ออาหาร น้ำหนักลด และเป็นโรคแผลที่กระเพาะอาหารได้ง่าย

2.3.4.5 ระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรีมีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ สำหรับในหญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรีจัดเป็นเวลานาน ๆ พบว่ามักทำให้แท้งบุตรหรือไม่ก็ทารกคลอดออกมาตาย หรือคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของเด็กอย่างมาก

2.3.4.6 กล้ามเนื้อ การทดลองฉีดนิโคตินเข้ากล้ามเนื้อพบว่า จะทำให้กล้ามเนื้อสันกระดูกและถ้าเพิ่มขนาดมากขึ้นจะทำให้เป็นอัมพาต ตลอดจนกล้ามเนื้อการหายใจก็หยุดทำงานด้วย นิโคตินจะออกฤทธิ์ตรงรอยต่อระหว่างประสาทกับกล้ามเนื้อนั่นเอง ผู้ที่เป็นนักกีฬาจึงไม่ควรสูบบุหรีอย่างยิ่ง

2.3.4.7 วิตามินซี ได้มีผู้พบว่า จากการที่ร่างกายอาจใช้วิตามินซีทำลายพิษของนิโคตินจึงทำให้ผู้สูบบุหรีมักมีวิตามินซีในเลือดต่ำกว่าปกติ

อย่างไรก็ตาม สารนิโคตินจะถูกขับถ่ายออกทางไตเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งตรวจพบได้ในปัสสาวะประมาณชั่วโมงครึ่งภายหลังจากการสูบบุหรี่ 1 มวน และพบได้นาน 15-24 ชั่วโมง

2.3.5 สารประเภทอื่น ๆ เช่น สารอาร์เซนิคที่คั่งค้างอยู่ในใบยาสูบ ไกรเซอร์ล และโคเอทีลีน ไกลคอลซึ่งเป็นสารกันชื้นในบุหรื ไฮโดรไซยาไนด์ ในโครเจนได้ออกไซด์ แร่ธาตุและก๊าซอื่น ๆ ตลอดจนความร้อนขณะที่เผาไหม้ล้วนแต่เป็นอันตรายต่อร่างกายทั้งสิ้น

2.4 การป้องกันและแก้ไข

การป้องกันและแก้ไขการสูบบุหรี่ ควรแก้ที่ค่านิยมเป็นอันดับแรก โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2534 : 143)

2.4.1. บิดามารดาหรือผู้ปกครองจะต้องไม่สูบบุหรี่ที่เป็นตัวอย่างให้เด็กเห็น และควรสั่งสอนหรือห้ามปรามเด็ก ๆ ของตนมิให้ริเริ่มหัดสูบบุหรี่

2.4.2 ครูไม่ควรสูบบุหรี่เพื่อจะได้เป็นตัวอย่างที่ดีของนักเรียน และทางโรงเรียนควรห้ามนักเรียนทุกคนสูบบุหรี่ ตลอดจนให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรื

2.4.3 พระภิกษุสงฆ์ควรเทศน์ และแสดงตนเป็นตัวอย่าง อุบาสก อุบาสิกา ในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้อุบาสก อุบาสิกา ก็ไม่ควรนำบุหรืไปถวายพระภิกษุสงฆ์อีกด้วย

2.4.4 แพทย์ควรทำตนเป็นตัวอย่างแก่ประชาชน และชี้ให้เห็นถึงพิษของบุหรื

2.4.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนอื่น ๆ เพื่อชี้แจงถึงอันตรายของบุหรืต่อสุขภาพของประชาชน ด้วยการเขียนบทความลงในหนังสือพิมพ์ บรรยายทางวิทยุ โทรทัศน์ และแทรกเข้าไปในงานศิลปะต่าง ๆ เช่น เพลง ละคร ภาพยนตร์ การ์ตูน รูปภาพและคำขวัญที่ต่อต้านการสูบบุหรี่

2.4.6 รัฐบาลควรดำเนินการตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการจำกัดการสูบบุหรี่ ดังนี้

2.4.6.1 ควรออกกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรื

2.4.6.2 ให้เขียนไว้ ที่ริมซองว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.4.6.3 ให้ทุก ๆ ซองแสดงส่วนผสมของนิโคตินและทาร์ไว้ให้ชัดเจน

2.4.6.4 ให้ทุก ๆ ซองเขียนไว้ชัดเจนทำอย่างไรจึงจะลดการสูบบุหรี่ลงได้

2.4.6.5 เพิ่มภาษียาสูบให้สูงขึ้น

นอกจากนี้ รัฐบาลควรกำชับให้เจ้าหน้าที่ตำรวจทำการจับกุมและปรับอย่างจริงจัง สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น ในโรงภาพยนตร์

3. สุรา (Alcohol)

สุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน หมายถึง เครื่องดื่มทุกชนิดที่มีฤทธิ์แอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) ผสมอยู่ เช่น วิสกี้ บรั่นดี คอ냏ค์ แชมเปญ ยิน รัม เบียร์ สุราโรง สุราเถื่อน กระแช่ สาโท อุ น้ำตาลเมา ฯลฯ

3.1 สาเหตุของการดื่มสุรา

การดื่มสุรมีสาเหตุต่างๆ กันซึ่งพอจะแบ่งได้ดังนี้ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. 2534 :127)

3.1.1 สาเหตุทางด้านร่างกาย โดยดื่มเพื่อช่วยให้เจริญอาหาร ลดความเจ็บปวดในยามป่วยไข้ บางคนใช้แก้ปัญหาริคนอนไม่หลับ และบางคนใช้แก้หนาว แต่เมื่อดื่มสุราบ่อย ๆ ก็คิดได้ในที่สุด

3.1.2 สาเหตุทางด้านจิตใจ ผู้ดื่มสุราคิดว่าสามารถสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง ปิดบังหรือลดปมด้อยบางประการ ลดความกังวล ความเครียด ความกลัว และขจัดความผิดหวัง ดื่มย้อมใจเพื่อใช้เป็นเครื่องมือแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือก่ออาชญากรรม

3.1.3 ค่านิยมของสังคมเยาวชนดื่มสุรามาจากความอยากรู้ อยากเห็น และอยากทดลอง ถูกชักชวนจากเพื่อนและเลียนแบบจากผู้ใหญ่ สำหรับผู้ใหญ่เองก็ลอกเลียนแบบจากสังคมชั้นสูง เพราะเข้าใจว่าสังคมชั้นสูงจะต้องมีการสังสรรค์กันด้วยการดื่มสุรา นอกจากนี้บางคนอาจเข้าใจว่าการดื่มสุราจะทำให้สมองแจ่มใส มีความสามารถในงานศิลปะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งล้วนแต่เป็นความเข้าใจที่ผิดทั้งสิ้น

3.2 โทษของการดื่มสุรา

การดื่มสุราทำให้เกิดผลเสีย ดังนี้

3.2.1. ทางด้านศาสนา ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามห้ามการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นอบายมุขและบ่อเกิดแห่งความชั่วทั้งหลาย สำหรับศาสนาคริสต์ถือว่าการดื่มสุราจนมึนเมามากเกินไปทำให้เสียสุขภาพ เป็นบาป เพราะทำลายร่างกายที่พระเจ้าสร้างและยังเป็นที่ให้ทำชั่วอื่น ๆ อีกด้วย

3.2.2 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

3.2.2.1 ผู้ที่ดื่มสุราและครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสุรา ทั้งดื่มส่วนตัวและใช้รับแขก นอกจากนี้ยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการติดสุราอีก

3.2.2.2 ทำให้เสียเวลาในการทำงาน นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการทำงานก็ลดลง

3.2.2.3 การสั่งสุราจากต่างประเทศเข้ามาทำให้เสียเศรษฐกิจของไทย

3.3.3 ผลเสียทางสังคม การดื่มสุราจนมึนเมาเป็นเหตุนำมาซึ่งความแตกร้างในครอบครัว อุบัติเหตุ ความผิดทางเพศ และคดีอาชญากรรม เป็นต้น

3.2.4 ผลเสียทางสุขภาพ การดื่มสุร่าจำนวนมากหรือความเข้มข้นสูง จะ
ง ๆ ได้ เช่น โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเหน็บชา โรคหัวใจ
คิดเชื่อต่าง ๆ และโรคพิษสุรา เป็นต้น

3.3 พิษของสภาวะต่อสุขภาพ

สุราทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้ (สุพรรณ
วีระเวชเจริญชัย. 2534 : 128-131)

3.3.1 ระบบทางเดินอาหาร

3.3.1.1 กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น ซึ่งช่วยให้เจริญอาหาร แต่ถ้าแอลกอฮอล์มีปริมาณมาก และความเข้มข้นสูงจะเป็นเหตุให้มีการระคายเคือง และเกิดการอักเสบของเยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังก็ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง ซึ่งเป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและวิตามินหลายชนิด เช่นวิตามินบีหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นตลอดจนมีอาการท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร และอาเจียนเป็นเลือดได้

3.3.1.2 ดับอ่อน แอลกอฮอล์มีผลทำให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อน เป็นเหตุให้น้ำย่อยที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่สามารถออกไปได้ จึงเป็นต้นเหตุให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือระดับสะดือมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง อาจช็อคและตายได้

3.3.1.3 **ดื่บ** ดื่บเป็นอวัยวะสำคัญในการเผาผลาญหรือทำลายพิษของแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกัน แอลกอฮอล์ก็จะทำให้มีไขมันแทรกอยู่ในดื่บมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เซลล์ของดื่บตาย แล้วเกิดแผลเป็นมีพังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้น ถ้าเกิดดื่บอีกสลับร่วมด้วยจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้นในที่สุดก็จะกลายเป็นดื่บแข็ง และอาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ดื่บได้ ผู้ที่ดื่บอีกสลับจากพิษสุราจะม่มีอาการไข้สูง ดีซ่าน เจ็บปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ดื่บโต และอาจเสียชีวิตได้

3.3.2 ระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ

แอลกอฮอล์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง จนถึงกับทำให้หมดสติและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์สกัดกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ ในทางตรงกันข้ามแอลกอฮอล์ยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือมีอาการของเบาหวานได้ เนื่องจากการทำลายเซลล์ตับอ่อนซึ่งสร้างอินซูลิน (Insulin) ให้แก่ร่างกาย

แอลกอฮอล์ทำให้กรดแลคติก (Lactic) เป็นเหตุให้การขับถ่ายกรด
ยูริกทางไตน้อยลง ระดับกรดยูริกในเลือดจึงสูงขึ้น และตกตะกอนในส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไต และไตอักเสบ ตลอดจนข้ออักเสบที่เรียกว่า เกาท์ (Gout) นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นการหลั่งของเลือดที่ไต และสกัดกั้นการ หลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) จากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้ หน้าที่เก็บน้ำไว้ในร่างกาย เป็นเหตุให้มีการถ่ายปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากปกติ

3.3.3 ระบบประสาทส่วนกลาง

แอลกอฮอล์จะไปก่อกำหนดการทำงานของสมอง ทำให้เกิดผลต่าง ๆ ดังนี้

3.3.3.1 ผลต่อความรู้สึกและการรับรู้ แอลกอฮอล์ทำให้ความไวต่อ กลิ่นและรสเสื่อมลง หูอื้อ ตาพร่า ความสามารถในการแยกความเข้มของแสงลดลงโดยเฉพาะ แสงสีแดง การคาดคะเนความเร็วและระยะทางของวัตถุต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นสาเหตุให้เกิด อุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ความไวต่อการเจ็บปวดก็น้อยลง เพราะสารมีฤทธิ์เหมือนยาสลบ

3.3.3.2 ผลต่อกลไกการเคลื่อนไหว แอลกอฮอล์ทำให้ปลายประสาท เกิดการอักเสบเป็นเหตุให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงและทำงานไม่ประสานกัน ผู้ดื่มสุราจึงพูดไม่ ชัดเจนเหมือนคนลื่นไถล ยืนโอนเอนไปมา เดินไม่ตรงทางหรือบางครั้งถึงกับเดินไม่ได้ เพราะเกิดเป็นตะคริวบ่อยๆ มีอาการชาตามปลายมือและปลายเท้า ทั้งนี้ก็เพราะการขาด วิตามินบีหนึ่งนั่นเอง

3.3.3.3 ผลต่ออารมณ์ แอลกอฮอล์ทำให้ขาดความยับยั้งในการพูด และการแสดงออก ผู้ที่ดื่มสุราจึงมักจะพูดจาไม่สุภาพ กิริยาก้าวร้าว กล้าและยอมรับ การ เสี่ยงมากขึ้น มีอารมณ์เคลิ้มฝัน การตัดสินใจและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง ตลอดจนประสาท รับความรู้สึกและสติปัญญาเสื่อมลง

3.3.3.4 ผลต่อความรู้สึกทางเพศ แอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ดื่มมีความรู้ จักรับผิดชอบต่อสาธารณชนน้อยลง ความรู้สึกอยากแสดงความรักมีมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นบางคน ยังดูเหมือนว่ามีความสามารถต่อกิจกรรมทางเพศภายหลังการดื่มเท่านั้น ข้อสังเกตนี้เป็น อันตรายต่อการสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าแอลกอฮอล์ส่งเสริมหรือช่วยปรับปรุงกิจกรรมทางเพศ ข้อเท็จจริงก็คือแอลกอฮอล์กระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศแต่ก็เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ที่ดื่มสุรามากจะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง ส่วนผู้ที่ติดสุราจะมีความบกพร่อง และไร้สมรรถภาพทางเพศ ผู้มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะชราภาพและต่อมเพศเสื่อมก่อน เวลาอันสมควร ตลอดจนเพิ่มปัญหาทางเพศแก่คู่ชีวิตอีกด้วย

3.3.3.5 ผลต่อการนอนหลับ ผู้ที่ดื่มอย่างหนักมาแล้วเมื่อเข้านอน จะนอนพลิกตัวกลิ้งไปมาเป็นพักๆ และตื่นขึ้นมาตอนเช้าด้วยอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลียมาก

นอกจากแอลกอฮอล์จะไปก่อกำหนดสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความรู้สึก การรับรู้ กลไกการเคลื่อนไหวและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลให้ เกิดอุบัติเหตุต่างๆ และการทำผิดกฎหมายสูงขึ้นแล้ว แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดอาการอักเสบ และปวดที่เยื่อหุ้มสมองและที่เนื้อสมองอีกด้วย

3.3.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจต่ำลง เนื่องจากมีการสะสมไขมัน และสารที่สำคัญ เช่น Norepinephrine, Magnesium และ Enzymes ต่าง ๆ นอกจากนี้ในผู้ที่ดื่มสุราจัดเป็นเวลานานจะพบโรคหัวใจที่เกิดจากพิษสุรา (Alcoholic cardiomyopathy) โดยมีอาการหายใจลำบาก ใจสั่น ไอ หัวใจโต และเดินผิดปกติ หัวใจเสื่อมลง และเกิดภาวะหัวใจวายได้ คือ ทำให้เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ท้องบวม เท้าบวม แอลกอฮอล์ทำให้หลอดเลือดขยาย ความดันเลือดสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น แต่การไหลเวียนของเลือดจะเกิดการขัดข้องได้ง่ายเพราะเลือดไม่สามารถผ่านตัวได้สะดวก เนื่องจากตัวแข็งนอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดโรคเลือดจาง เนื่องจากการทำงานของไขกระดูก ซึ่งมีหน้าที่สร้างเม็ดเลือดเสียไป

3.3.5 ระบบการต่อต้านจุลชีพ

แอลกอฮอล์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง เป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคปอดบวมหรือติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม

3.4 การป้องกันและแก้ไขการดื่มสุรา

การป้องกันและแก้ไขการดื่มสุราปฏิบัติได้ดังนี้ (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. 2534 : 135-136)

3.4.1 การใช้สุราเพื่อเจริญอาหารหรือบรรเทาความเจ็บป่วยของร่างกาย จิตใจ สังคมนั้นควรปรึกษาแพทย์อย่างใกล้ชิด และพึงระลึกเสมอว่าสุราไม่สามารถใช้แก้ปัญหานั้นได้อย่างแท้จริง

3.4.2 ผู้ปกครองหรือครูอาจารย์จะต้องหลีกเลี่ยงการดื่มสุราให้เด็กและเยาวชนเห็น นอกจากนี้ควรเป็นแบบอย่างในการไม่ดื่มสุราตลอดจนชี้แจงให้เด็กและเยาวชนตระหนักถึงโทษของการดื่มสุราอีกด้วย

3.4.3 ช่วยกันสร้างค่านิยมที่ถูกต้องว่า การเป็นผู้ดีในสังคมชั้นสูงหรือการเป็นลูกผู้ชาย มิใช่อยู่ที่การดื่มสุรา แต่อยู่ที่ตัวเราเองมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ตกอยู่ในห้วงอบายมุข ทั้งปวงต่างหาก

3.4.4 ผู้ที่เคยดื่มหรือติดสุราควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในร้านสุรา บาร์ ในที่คลับ หรืองานสังสรรค์ที่มีการดื่มสุราเพราะจะกระตุ้นให้กลับไปดื่มสุราอีกได้

3.4.5. ไม่ดื่มสุราทุกวัน และไม่ดื่มตามลำพัง

3.4.6 ถ้าดื่มไม่เป็นอย่าพยายามลอง ถ้าทดลองแล้วควรเลิกไม่ควรลองต่อไปอีก

3.4.7 เมื่อจำเป็นต้องดื่มควรดื่มในระหว่างอาหาร และดื่มเพียงเล็กน้อย

3.4.8 ควรให้สุศึกษาแก่เยาวชนและประชาชนทั่วไป เพื่อทราบถึงพิษภัยของสุราอย่างแท้จริง

3.4.9 ควรสร้างบรรยากาศในครอบครัวให้มีความสุข เพื่อป้องกันปัญหาและความคับข้องใจที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยการตีตรา

3.4.10 รัฐบาลควรถือเป็นนโยบายในการลดปริมาณการผลิตสุราลง เพิ่มภาษีขาเข้าสุราต่างประเทศให้สูงขึ้น และออกกฎหมายห้ามการโฆษณาสุรา

4. การสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัย

4.1 การสวมหมวกนิรภัย

ทุกครั้งที่ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ควรสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ขณะเกิดอุบัติเหตุผู้ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย จะได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าผู้ที่สวมหมวกนิรภัย ถึง 5 เท่าหรือตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่า 3 เท่า(เอมอัชมา วัฒนานุภานนท์. 2535:6)

4.1.1 วิธีการใช้หมวกนิรภัย

เมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ หรือซ้อนท้ายจักรยานยนต์ ควรสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งไม่ควรยืมหมวกของคนอื่นมาใช้ เพราะขนาดของศีรษะแต่ละคนแตกต่างกัน ทุกครั้งที่ใส่จะคาดสายรัดคางให้กระชับ ทดลองผลักตัวหมวกมาทางด้านหลังและหมวกจะต้องไม่เลื่อนถึงกลางศีรษะจึงจะใช้ได้อย่างปลอดภัย

4.1.2 ประโยชน์ของหมวกนิรภัย

หมวกนิรภัยไม่ใช่เครื่องมือป้องกันอุบัติเหตุแต่ช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุที่บริเวณศีรษะ ศีรษะเป็นตำแหน่งที่บรรจุสมองอยู่ภายในและเป็นอวัยวะที่สำคัญเมื่อสมองได้รับการกระทบกระเทือนจนบาดเจ็บ เนื้อสมองตาย หรือพิการไปแล้ว จะไม่สามารถกลับฟื้นคืนดีเหมือนกับบาดเจ็บที่อื่นของร่างกายได้

4.2 การคาดเข็มขัดนิรภัย

4.2.1 ประโยชน์ของเข็มขัดนิรภัย

การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะเกิดอุบัติเหตุจะช่วยลดการบาดเจ็บให้น้อยลงเศษหนึ่งส่วนสามเท่า และจะลดการตายให้น้อยลงถึงเศษสี่ส่วนห้าเท่า นอกจากนั้นเข็มขัดนิรภัยยังช่วยยึดร่างกายของคนในรถไว้ไม่ให้กระเด็นออกจากรถด้วย ซึ่งหากว่ามีการกระเด็นออกไปนอกรถจะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าที่จะอยู่ภายในรถถึง 5 เท่า

4.2.1 อันตรายที่เกิดจากการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย

4.2.1 คนที่อยู่ในรถ ถ้าไม่คาดเข็มขัดนิรภัยจะเดินทางด้วยความเร็วเท่ากับรถยนต์เมื่อชนและหยุด ศีรษะ หน้า และร่างกายของคนในรถจะกระแทกกับพวงมาลัย และกระจกหน้ารถอาจทำให้หมดสติหรือเสียชีวิตได้

4.2.2 อวัยวะภายในร่างกาย เช่น ตับ ไต ลำไส้ สมอง ไขสันหลัง ซึ่งมีการเคลื่อนไหวอยู่ภายในจะเคลื่อนไหวเท่ากับความเร็วของรถ เมื่อคนในรถหยุด อวัยวะภายในจะเคลื่อนไหวยู่ภายในจะเคลื่อนไหวเท่ากับความเร็วของรถ เมื่อคนในรถหยุด อวัยวะภายในจะเคลื่อนไหวยู่ภายในจะเคลื่อนไหวเท่ากับความเร็วของรถ เมื่อคนในรถหยุด

ในจะกระแทกกันเอง ทำให้ดับ ใต้ ลำไส้ หรือสมองฉีกขาดได้ จะพบคนเป็นอัมพาตหลังถูกรถชนถึงร้อยละ 45.2

4.2.2 ใครบ้างที่ควรใช้เข็มขัดนิรภัย

4.2.2.1 คนขับรถทุกคนและทุกครั้งที่ขับรถ ควรคาดเข็มขัดนิรภัยไม่ว่าจะเดินทางใกล้หรือไกลจะขับรถในเมืองหรือนอกเมือง จากสถิติพบว่า อุบัติเหตุมักจะเกิดขึ้นไม่ห่างจากบ้านของผู้ประสบอุบัติเหตุมากนัก

4.2.2.2 ผู้โดยสารทุกคนที่อยู่ในรถ ไม่ว่าจะนั่งอยู่ด้านหน้าหรือด้านหลังของรถ ควรคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง

4.2.2.3 ในรถโดยสารขนาดใหญ่ หรือแม้แต่รถโรงเรียนที่มีเข็มขัดนิรภัยก็ควรต้องคาด

ด้านกิจกรรมทางด้านการร่างกาย (Physical activity)

กิจกรรมทางด้านการร่างกาย เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย รวมทั้งการใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน ซึ่งการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลทุกวัย

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 295-296) ได้เสนอแนวคิดว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย และครอบคลุมถึงการพักผ่อนและสันทนาการเอาไว้ด้วย เสนอว่าการออกกำลังกายต้องกระทำอย่างเต็มที่ ใช้พลังงานอย่างน้อย 400 แครอรี ให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 70 –80 ของศักยภาพสูงสุดหรือประมาณ 120 – 150 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 20 –30 นาที มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกันระหว่างการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ การเดิน ขี่จักรยาน การเดินแอโรบิก ออกกำลังกายนาน 30 – 60 นาที 4 – 5 วันต่อสัปดาห์ และประสานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต ขณะออกกำลังกายต้องหายใจให้ถูกต้องเพราะร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ต้องเตรียมร่างกายก่อนออกกำลังกายเสมอและกระทำด้วยความสนุกสนาน นอกจากการออกกำลังกายเป็นกิจลักษณะในยามว่างแล้ว เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 202-203) ยังเสนอให้มีการออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน โดยทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเพื่อใช้พลังงาน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินไปเปิดทีวีแทนการใช้เครื่องควบคุม เดินเล่นในเวลาพักแทนการนั่งอยู่ในห้อง

จรรยาพร ธรนิษฐ์ (2530 : 2) กล่าวว่า การออกกำลังกาย (Physical exercises) หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย (Physical activities) ทั้งหลายที่บุคคลเลือกกระทำเพื่อต้องการให้ร่างกายได้รับการเคลื่อนไหวในอันที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อได้ทำงาน และเกิดความเจริญเติบโตส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ทรวดทรงดี ปอดและหัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้เข้าร่วมเป็นประการสำคัญ

การออกกำลังกายในทางการแพทย์ หมายถึง การใช้กิจกรรมทางร่างกายทั้งหลาย ที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจจากอัตราปกติ 78 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปถึงประมาณ 150 – 160 ครั้งต่อนาที ทั้งนี้ได้เน้นในประเด็นการทำงานของหัวใจให้สูบน้ำเลือดไปเลี้ยงร่างกายมีปริมาณ (Blood – volume) มากกว่าปกติ เป็นผลทำให้ร่างกายแข็งแรงและชีวิตยืนนานได้

สุธีรัตน์ ทรัพย์ไพศาล (2536 : 1) ได้ให้คำจำกัดความว่า การออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น กายบริหาร เดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือการฝึกกีฬาที่มีได้มุ่งที่การแข่งขัน

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2537 : 2) กล่าวว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาป เป็นระยะเวลานานติดต่อกันเพียงพอที่จะให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดจึงจะมีผลต่อสุขภาพ โดยมีหลัก 3 ประการคือ

1. ความหนัก คือ การออกกำลังกายให้หนักพอเพื่อให้อัตราชีพจรสูงถึง 170 ครั้งต่อนาที

2. ความนาน คือ ให้ติดต่อกันอย่างน้อยการออกกำลังกาย 20 – 30 นาที

3. ความบ่อย คือ ออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

พอสรุปได้ว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือการออกกำลังกายหรือการฝึกซ้อมให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าภาวะปกติอย่างเป็นระบบ ระเบียบ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกายของแต่ละคนเป็นสำคัญ จนเป็นให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายนั้นๆ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและการทำงานไปในทางที่ดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

สุธีรัตน์ ทรัพย์ไพศาล (2536 : 2-2) กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีผลดีต่อร่างกายดังนี้

1. ระบบหมุนเวียน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง หลอดเลือดยืดหยุ่นได้ดี ชีพจรขณะพักลดลง

2. ระบบหายใจ ทำให้ถุงลมหดรและขยายยืดตัวได้ดี ปอดแข็งแรง

3. ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ข้อต่อเคลื่อนไหวได้ดี

นอกจากนี้ยังเกิดประโยชน์ทั่วไป คือไขมันในเลือดลดลง น้ำหนักร่างกายเหมาะสม ลดความตึงเครียดทางสมอง ช่วยลดน้ำตาลในกระแสเลือด แก่โรคนอนไม่หลับ แก่โรคท้องผูกเรื้อรัง ช่วยให้หัวใจแข็งแรง ช่วยแก้โรคความดันโลหิต กระฉับกระเฉง ไม่อ่อนเพลีย

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2537 : 6) กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายทาง การแพทย์ดังต่อไปนี้

1. การเจริญเติบโต การออกกำลังกายจะช่วยให้เจริญอาหาร การย่อยและ การขับถ่ายดี
2. รูปร่างทรวดทรง การออกกำลังกายสามารถป้องกันและรักษาการเสียทรวดทรงได้ โดยการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในส่วนที่ต้องการ และทำให้กล้ามเนื้อกระชับ
3. สุขภาพทั่วไป เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการออกกำลังกายทำให้อวัยวะต่างๆ มีการเจริญได้ดีทั้งขนาด รูปร่าง และโอกาสการเกิดโรคที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อมีน้อยลง
4. สมรรถภาพทางกาย การออกกำลังกายสามารถสร้างสมรรถภาพร่างกายในทุกๆ ด้าน ด้วยการออกกำลังกายที่ใช้สมรรถภาพร่างกายในด้านนั้นๆ
5. การป้องกันโรค การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคได้หลายชนิด โดยเฉพาะ โรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของอวัยวะ อันเนื่องมาจากการมีอายุมากขึ้นประกอบกับปัจจัย อื่นๆในชีวิตประจำวัน เช่น ความเครียด การสูบบุหรี่มาก การกินอาหารเกิน โรคข้อต่อเสื่อม เป็นต้น ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคเหล่านี้ได้ช้ากว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย หรืออาจไม่เกิดขึ้นเลยก็เป็นได้
6. การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพโรคต่างๆ ที่กล่าวถึงในข้อ 5 หากเกิดขึ้นแล้วการ จัดการจัดการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยรักษาและฟื้นฟูสภาพได้

หลักของการออกกำลังกาย

เจริญ กระบวนรัตน์ (2530 : 49) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับหลักการ ออกกำลังกาย ไว้ดังนี้

1. ควรเริ่มออกกำลังกายช้าๆ สม่ำเสมอ พยายามเพิ่มทีละน้อย อย่าหักโหมใน ตอนแรก และออกกำลังกายในระดับที่หัวใจเต้นไม่เกิน 125 ครั้งต่อนาที ซึ่งเป็นขีดปลอดภัย สำหรับผู้มีวัยในช่วง 40 – 49 ปี
2. กิจกรรมที่ใช้ในการออกกำลังกาย ควรจะทำให้ออกแรงพอเหนื่อย
3. กิจกรรมนี้ต้องทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้ออกแรง และทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้ หลายลักษณะ
4. ควรเลือกเล่นกีฬาที่สนุกสนาน เล่นได้สะดวก และก็ได้เล่นได้นาน
5. ปริมาณการออกกำลังกายของแต่ละคนอาจแตกต่างกันออกไปแล้วแต่เพศ
6. สำหรับผู้มีสุขภาพไม่ดี หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต สูง ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

7. การออกกำลังกายทุกครั้ง ควรปฏิบัติให้ถูกหลักสุขวิทยา เช่น ไม่ออกกำลังกาย ขณะหิวหรืออิ่มใหม่ ๆ หลังออกกำลังกายควรนั่งพักให้หายเหนื่อยและเหงื่อแห้งก่อน ค่อยอาบน้ำหรือทำธุระกิจอื่น ๆ

เสก อักษรานุเคราะห์ (2534 : 134-135) ได้สรุปหลักการออกกำลังกายแบบสาย กลางว่าจะต้องประกอบด้วย

1. เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกขั้นพื้นฐาน
2. เป็นการออกกำลังกายที่ออกแรงเพียงร้อยละ 50 โดยวัดจากชีพจร
3. เป็นการออกกำลังกายที่ติดต่อกันระหว่าง 20-30 นาที และทำเพียงวันเว้นวันก็เพียงพอ แต่ถ้าทำทุกวันได้ก็ดียิ่งขึ้น
4. วิธีออกกำลังกายให้อุ่นเครื่อง 5 นาที ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจนชีพจรขึ้นถึงร้อยละ 50 ออกกำลังกายร้อยละ 50 ไปตลอด 20 นาที แล้วผ่อนคลายเป็นอีก 5 นาที
5. ชนิดของการออกกำลังกายจะต้องไม่เพิ่มการบาดเจ็บให้กับจุดอ่อนของตัวเอง และเลือกชนิดที่ทำให้บาดเจ็บน้อยแห่ง
6. การออกกำลังกายควรคำนึงถึงสภาวะของร่างกาย เช่น ในสภาวะร่างกาย อ่อนแอ มีไข้ ไม่สบาย ต้องงดหรือลดปริมาณการออกกำลังกายลง เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้
7. การแต่งกาย ควรแต่งกายให้เหมาะสมกับกิจกรรมการออกกำลังกาย เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้าต้องเคลื่อนไหวได้คล่องตัวและมีการระบายความร้อนที่ออกจากร่างกายดี รวมทั้งอุปกรณ์ในการออกกำลังกายต้องสะอาด
8. มีสมาธิในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ
9. งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารกระตุ้น และสิ่งเสพติด
10. การออกกำลังกายแบบสายกลางของคน ๆ เดียวกันแต่ละเวลาอาจจะไม่เหมือนกัน จะต้องเปลี่ยนไปตามอายุและสภาพร่างกาย

วิธีออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สามารถทำได้หลายวิธี การออกกำลังกายที่นิยมกันในขณะนี้พอจะประมวลได้ดังนี้ (จรรยาพร ธรณินทร์. 2530 : 51)

1. การเดิน หมายถึง การเดินระยะไกลและเดินเร็วพอควร การเดินในระยะต้นควรใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ขึ้นอยู่กับสุขภาพของคนเดิน เมื่อร่างกายแข็งแรงแล้วจึงเพิ่มเวลาเดินให้มาก เดินก้าวเท้ายาว ๆ ในจังหวะเร็วเพราะจะต้องใช้พลังงานมากกว่าการเดินก้าวเท้าสั้น ๆ ทีเดียว การเดินชนิดนี้ต้องรู้สึกหอบพอสมควร ควรเดินให้ได้ประมาณวันละ 30-60 นาที เดินติดต่อกันไปไม่มีการพักจึงจะพอเพียงที่จะรักษาให้ร่างกายแข็งแรงได้

2. การวิ่ง เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด การวิ่งทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลังกาย ในระยะเริ่มต้นควรวิ่งเหยาะ ๆ ก่อนใช้เวลา 5-10 นาที หากรู้สึกเหนื่อยมากควรหยุดหรือเปลี่ยนเป็นเดินหายใจเหนื่อยแล้วค่อยวิ่งต่อ เมื่อร่างกายแข็งแรงดีแล้วจึงเพิ่มการวิ่งให้มาก โดยเพิ่มระยะทางหรือความเร็วในการวิ่งขึ้นทีละน้อย

3. ขี่จักรยานเดินทาง การขี่จักรยานเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีประเภทหนึ่ง เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ ซึ่งไม่เหมาะสมกับการวิ่งเหยาะ แต่การขี่จักรยานต้องใช้เวลามากกว่าการวิ่ง โปรแกรมการขี่จักรยานที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพ คือ ขี่จักรยานวันละ 30 นาที จากวันจันทร์ถึงศุกร์ และ 45-60 นาที ในวันเสาร์ - อาทิตย์ วิธีการขี่จักรยานเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอาจทำได้โดยขี่ด้วยความเร็วพอสมควรแต่สม่ำเสมอ หรือขี่ช้า ๆ สลับเร็ว ๆ เป็นช่วง ๆ ระยะทางที่ใช้ควรไกลพอสมควร

4. ขี่จักรยานอยู่กับที่ อุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกายที่สามารถหาซื้อได้ด้วยราคาไม่แพงนัก คือ จักรยานอยู่กับที่ที่สามารถปรับความต้านทานให้มากขึ้นได้ ปรับอัตราการขี่เร็ว - ช้าได้ การออกกำลังกายชนิดนี้จึงนับได้ว่าเป็นการออกกำลังกายตั้งแต่เบาไปจนถึงหนัก แต่แต่ละคนมีความสามารถทางกายไม่เท่ากัน การฝึกจึงจำเป็นต้องเริ่มจากการฝึกที่เบา ๆ โดยให้หัวใจเต้นประมาณร้อยละ 50-60 ก่อนในสัปดาห์แรก ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น อายุ เพศ และสภาพร่างกาย

5. การว่ายน้ำ การว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีเยี่ยม เพราะได้เคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนได้คุณค่าการใช้พลังงาน นอกจากนี้ยังมีแรงพยุงในน้ำจึงเหมาะสำหรับคนอ้วนหรือผู้ที่มีปัญหาข้อต่อ เป้าหมายในการว่ายน้ำเพื่อสุขภาพ คือ ฝึกสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เช่น ศุกร์-เสาร์ อาทิตย์ เพราะเป็นวันที่เหมาะที่จะปลีกตัวไปว่ายน้ำ เป้าหมายของการว่ายน้ำ คือ อย่างน้อยฝึกให้ได้สัปดาห์ละ 90 นาที การว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ควรว่ายน้ำให้เร็วและไกลพอสมควร

6. การกระโดดเชือก เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เป็นการเล่นพื้นเมืองของไทยทำได้ง่าย สะดวก ใช้เนื้อที่จำกัด ก่อนการกระโดดเชือกควรอบอุ่นร่างกายก่อน 5-10 นาที กระโดดเชือกนาน 6 นาที เป็นอย่างน้อย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาที ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ มีโรคประจำตัว เช่น หัวใจ ความดันเลือด เบาหวาน และผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายด้วยการกระโดดเชือกมาก่อน ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการกระโดดเชือก

7. แอโรบิกแดนซ์ หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่นำเอาท่าบริหารกายมาผสมผสานกับทักษะการเคลื่อนไหวเบื้องต้น และจังหวะการเต้นรำ ที่กระตุ้นหัวใจ และปอดต้องทำงานมากขึ้นถึงจุดหนึ่งด้วยระยะเวลาซึ่งนานพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จุดสำคัญของการเต้นแอโรบิก ต้องให้ร่างกายทำงานหนักหรือรุนแรงพอที่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วถึงอัตราเป้าหมาย เมื่อเต้นแอโรบิกจนกระทั่งการเต้นของหัวใจถึงอัตรา

เป้าหมาย แล้วจึงค่อย ๆ ลดความหนัก หรือความรุนแรงลง จนกระทั่งหยุดเต้น ปกติต้องเต้นติดต่อกันอย่างน้อย 15 นาที โดยไม่รวมเวลาอบอุ่นร่างกายและช่วงผ่อนคลาย โดยแบ่งทำเป็นสัปดาห์ สัปดาห์ ละ 3-5 ครั้ง

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยทำให้กล้ามเนื้อทุกสัดส่วนของร่างกายมีการหดตัว ขยายตัว รวมทั้งข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหว โดยมีวัตถุประสงค์คือ ได้พักผ่อนหย่อนใจ สนุกสนาน และมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีพร้อม ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับคนเราทุกเพศทุกวัย การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น บุคคลควรประเมินความพร้อมของตนเองก่อนแล้วเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย และสภาวะของร่างกายแต่ละบุคคล การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ปอด ไต กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ผู้ที่เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะบ่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำจะช่วยลดอาการดังกล่าวได้รวมทั้งทำให้การเป็นโรคติดเชื้อ เช่น หวัด เจ็บคอ ลดน้อยลงด้วย จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งมีควรละเลยในการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ แล้วช่วยให้มีชีวิตที่ยืนนานอีกด้วย

ด้านโภชนาการ (Nutrition)

โภชนาการ เป็นการปฏิบัติตนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกประเภท ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น

เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 212) เสนอให้บุคคลทั่วไปรับประทานอาหารตามที่สำนักงานเกษตรสหรัฐอเมริกา (US. Department of agriculture) แนะนำ คือ รับประทานตามความต้องการพลังงานในแต่ละวัน ประกอบด้วย อาหารจากไขมันร้อยละ 30 โดยให้เป็นไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ไขมันไม่อิ่มตัวหลายโมเลกุล และไขมันอิ่มตัวโมเลกุลเดี่ยวร้อยละ 10 เท่ากัน คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 – 60 และโปรตีนร้อยละ 10 – 20 นอกจากนี้ยังเสนอให้รับประทานโคเรสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม รับประทานอาหารที่ผ่านการฟอกหรือผ่านการดัดแปลงร้อยละ 10 และลดการดื่มแอลกอฮอล์ลง นอกจากนี้ต้องรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากเมล็ดข้าว

นภาพร มัชฌิมากร (2539 : 109 – 115) ได้กล่าวว่าการกินอาหารหรือการนำอาหารเข้าสู่ร่างกายเพื่อใช้ในการดำรงชีวิต และเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเป็นสุข ไม่เกิดโรคหรือสิ่งผิดปกติต่อร่างกาย อาหารที่นำมาบริโภคนั้นจะต้องเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ปราศจากสิ่งมีพิษ และอาหารเหล่านั้นต้องประกอบด้วยสาร

อาหารต่างๆ ซึ่งได้แก่โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ น้ำ ถ้าแบ่งหน้าที่ที่สำคัญแล้ว สามารถแบ่งอาหารได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. อาหารที่ให้พลังงานได้แก่ อาหารประเภท แป้ง ข้าว ไขมัน ไขมันสัตว์ อาหารเหล่านี้มีสารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตและไขมันเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ในกรณีร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ สารอาหารพวกโปรตีนสามารถเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงานได้

2. อาหารที่นำไปใช้สร้างเป็นส่วนประกอบของร่างกาย ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่างๆ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น นม ไข่ และถั่ว

3. อาหารที่ใช้ควบคุมกระบวนการต่างๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ ผักและผลไม้ ซึ่งอาหารพวกนี้ประกอบด้วย เกลือแร่ต่างๆ และวิตามินเป็นส่วนสำคัญ

การบริโภคอาหารในภาวะปกติจะแตกต่างกันตามเพศ วัย และประเภทของงานที่ทำได้ ผู้ที่ต้องใช้แรงงานมากย่อมมีความต้องการพลังงานมากกว่าผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะ โดยทั่วไปแล้วเด็กจะมีความต้องการสารอาหารและพลังงานมากกว่าผู้ใหญ่ อาหารที่บริโภคควรเป็นอาหารที่สุกสะอาด อยู่ในสภาพดี ไม่บูด ไม่เน่าเสียและไม่ควรมีสิ่งปนเปื้อนหรือสิ่งปลอมปน การเลือกบริโภคอาหารสดจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และไม่ต้องเสี่ยงต่อพิษภัยที่เกิดจากสารเคมีที่ใช้เป็นวัตถุเจือปนอาหาร

หลักการบริโภคอาหาร

สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ (2543 : 36 -37) ได้เสนอหลักพื้นฐานในการปฏิบัติตัวด้านอาหาร ดังนี้ คือ

1. ควรรับประทานอาหารสด ซึ่งมีคุณค่าต่อร่างกายมากกว่าอาหารที่ทำสำเร็จรูปแล้ว
2. ควรเปลี่ยนชนิดของอาหารบ้าง โดยเลือกชนิดของอาหารที่ให้ความแตกต่างกันในแต่ละวัน
3. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงไม่ถูกสุขลักษณะและสิ่งปรุงแต่งรสอาหาร ซึ่งได้แก่สีผสมอาหาร ผงชูรส อาหารหมักดอง และสารเคมีอื่นๆ ในกระบวนการผลิต เช่น สารไนเตรด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งลำไส้จะพบได้ในอาหารพวกเบคอน ไส้กรอก กุนเชียง เป็นต้น
4. ควรหลีกเลี่ยงหรือลดอาหารปิ้งย่าง เพราะเป็นอาหารที่มีสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การกินปลาร้า ปลาจ่อมที่หมักไว้ ควรทำให้สุกด้วยความร้อน เพื่อฆ่าพยาธิ และทำลายสารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งจากการหมักโปรตีน แต่สามารถสลายตัวด้วยความร้อน
5. งดเว้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น อาหารขบเคี้ยว บะหมี่ซอง เพราะอาหารพวกนี้ทำจากแป้งขัดขาว ทอดในน้ำมันซ้ำๆ ซึ่งเต็มไปด้วยอนุมูลอิสระ ทั้งใส่วัตถุกันเสีย ผงชูรส สีสังเคราะห์ บั่นทอนสุขภาพทำให้ร่างกายเสื่อม ภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย

6. ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เช่นน้ำอัดลม ไอศกรีม เครื่องดื่ม บำรุงกำลัง เป็นต้น ซึ่งอาหารพวกนี้มิได้ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการแก่ร่างกาย

7. จำกัดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ และยาที่ทำให้ติดได้

8. เลือกรับประทานอาหารโปรตีนที่ให้คุณค่าต่อร่างกายให้เหมาะสม ที่ดีที่สุดควรเป็นประเภทปลา สำหรับแหล่งอาหารที่ให้อาหารโปรตีนที่มีคุณค่าและราคาถูกลงสมควรบริโภคได้แก่ อาหารจำพวกเมล็ดพืช เช่น ถั่วต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถั่วเหลืองซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการสูงและมีสารต้านอนุมูลอิสระช่วยป้องกันมะเร็งได้

9. ควรรับประทานอาหารประเภทผักสด ผลไม้สดทุกวัน เพราะผักสดและผลไม้สดเป็นแหล่งที่มาของเกลือแร่ เอ็นไซม์ ฮอร์โมน ซึ่งเกลือแร่และวิตามินมีบทบาทเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันร่างกายจากความเสื่อม รักษาความอ่อนเยาว์ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย และยังพบว่ามีแคลเซียมสูง ช่วยบำรุงกระดูกอีกด้วย

10. ควรรับประทานอาหารที่มีกากทุกวัน เพื่อช่วยระบบการย่อยอาหารและการขับถ่ายสะดวกขึ้น ตัวอย่างเช่นการรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนการกินข้าวขาว เพราะข้าวกล้องมีเส้นใยมากกว่าข้าวขาวหลายเท่า ซึ่งจะช่วยป้องกันมะเร็งได้

11. ควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารพอสมควร โดยมีเวลารับประทานอาหารอย่างไม่มีรีบเร่ง เป็นช่วงที่ได้ผ่อนคลายความเครียดและมีความสุขกับการรับประทานอาหารโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิต

12. ควรรับประทานอาหารมื้อเช้าและอาหารมื้อเที่ยงที่มีคุณค่าต่อร่างกายเป็นอาหารหลักทุกวัน ส่วนอาหารมื้อเย็นควรเป็นอาหารที่เบาๆระหว่างมือ

13. จำกัดการกินอาหารรสจัด เพราะจะทำให้สุขภาพเสีย เช่นทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น

14. ไม่ควรรับประทานอาหารที่ผ่านการทอดในน้ำมันที่ใช้หลายๆครั้ง เช่น ไก่ทอด มันทอด กลัวยแซก ปลาทอดไก่ เพราะผู้ขายมักใช้น้ำมันซ้ำๆ ซึ่งเต็มไปด้วยอนุมูลอิสระ จะเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นน้ำมันที่เหลือจากการทอดอาหารควรทิ้งไป

สรุปได้ว่าการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งถูกบรรจุไว้ในสุขบัญญัติแห่งชาติข้อที่ 4 ว่า “ รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด ” ซึ่งมีข้อปฏิบัติและวิธีการปฏิบัติของการบริโภคอาหาร ดังนี้

1. เลือกซื้ออาหาร สด สะอาด ปลอดภัย โดยคำนึงถึงหลัก 3 ป. คือ

1.1 ประโยชน์ คือ ต้องเป็นอาหารที่สดใหม่ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน

1.2 ปลอดภัย คือ ต้องเลือกอาหารที่แน่ใจว่าสะอาด ปลอดภัย ทั้งนี้เพราะสารเคมีไม่สามารถทำลายด้วยความร้อน

1.3 ประหยัด คือ ต้องเลือกอาหารตามฤดูกาล ซึ่งจะทำให้ได้อาหารที่มีคุณภาพ ราคาถูก หาซื้อได้ง่าย

2. ประุงอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และใช้เครื่องปรุงรสที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงหลัก 3 ส. คือ

2.1 สงวนคุณค่า คือ วิธีปรุง และประกอบอาหารที่จะช่วยสงวนคุณค่าของอาหาร ให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์เต็มที่ เช่น ล้างก่อนหั่น

2.2 สุกเสมอ คือ ต้องใช้ความร้อนในการปรุงอาหารให้สุก เพื่อทำลายเชื้อโรค

2.3 สะอาด ปลอดภัย คือ ก่อนปรุงอาหารต้องอยู่ในสภาพที่สะอาด ปลอดภัย ไม่เน่าเสีย โดยเฉพาะปลอดภัยจากสารเคมีตกค้างในอาหาร ผู้ปรุงอาหารต้องมีสุขนิสัยในการ ปรุงอาหารที่ดี ใช้ภาชนะ อุปกรณ์ และการปรุงอาหารที่ถูกต้อง

3. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและ รับประทานให้ถูกหลักโภชนาการทุกวัน

1.1 รับประทานพืชผัก ผลไม้เป็นประจำ

1.2 รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ อาหาร เหล่านี้ให้โปรตีน ปลาเป็นแหล่งโปรตีนที่ดีของวัยผู้ใหญ่เพราะย่อยง่ายและมีไขมันต่ำ

1.3 ดื่มนมเป็นประจำ เพราะนมเป็นแหล่งให้แคลเซียม โปรตีนและวิตามิน อื่นๆ ควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว

4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน

5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่สุกๆดิบๆ หรืออาหารรสจัด ของหมักดอง หรือ อาหารที่ใส่สีสังเคราะห์ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่างๆควรปรุงให้สุกด้วยความร้อนก่อนรับ ประทาน

6. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)

เป็นการปฏิบัติที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้ รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ลดความตึงเครียด หรือช่วยแก้สถานการณ์ต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เกิดขึ้น บุคคลจะได้รับและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดเวลา โดยปกติบุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์ภายในตนเองก่อน เมื่อไม่ สามารถแก้ปัญหาได้จึงขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มที่อยู่ในระบบสนับสนุนของตนเอง เช่น ครอบครัว กลุ่มสังคม หน่วยงานหรือชุมชน (Pender. 1996 : 255 –266) ความช่วยเหลือที่ได้ อาจจะเป็นรูปธรรม เช่น สิ่งของ เงินทอง การกระทำเพื่อบรรลุปเป้าหมายที่ต้องการ

หรืออาจเป็นนามธรรม เช่น กำลังใจ ความอบอุ่น ความรัก การประคับประคองอารมณ์ คำแนะนำข้อมูล แนวทางที่จะบรรลุเป้าหมายหรือการประเมินผลการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เติบโต ลดสถานการณ์เครียดในชีวิต ให้ข้อมูลป้อนกลับหรือยืนยันการกระทำและลดผลทางลบที่จะเกิดขึ้นจากความเครียด (Pender, 1987 : 396 –398) บุคคลที่มีระบบสนับสนุนมากมีโอกาสดีได้รับความช่วยเหลือมากกว่าบุคคลที่มีระบบสนับสนุนน้อย ไม่พบว่ามีผู้เสนอวิธีการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลเฉพาะสำหรับกลุ่มใดโดยเฉพาะ แต่เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 255 –266) เสนอการพัฒนา ระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลสำหรับผู้ใหญ่ทั่วไปว่ามีความสำคัญ และสามารถกระทำได้โดยสร้างความแข็งแกร่งของสัมพันธภาพเชิงสนับสนุนที่มีอยู่เดิม สร้างความผูกพันที่น่าพึงพอใจระหว่างบุคคลด้วยการพัฒนาทักษะในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือสร้างสัมพันธภาพเชิงสนับสนุนกับบุคคลอื่นด้วยการเรียนรู้ที่จะประเมินและปรับเปลี่ยนการรับรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม ปรับปรุงรูปแบบปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุย การให้และรับคำยกย่อง ชมเชย การเพิ่มเสน่ห์ทางกาย การจัดการกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง สร้างความคิดต่อดตนเองในทางบวกให้มากขึ้น และป้องกันผลทางลบที่เกิดจากการสูญเสียความสัมพันธ์หรือความผูกพันโดยให้บุคคลเผชิญกับความสูญเสียหรือภาวะวิกฤต สามารถใช้ชีวิตตามลำพังกับกิจกรรมที่มีประโยชน์และน่าพึงพอใจได้

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพทางจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่ทำให้การดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความรัก ความสนุกสนาน ความจริงใจต่อคนอื่น ความสงบสุข และความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุจุดมุ่งหมายในชีวิต การพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสำคัญในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เพราะความเชื่อเกี่ยวกับจิตวิญญาณจะมีอิทธิพลต่อการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การพัฒนาทางจิตวิญญาณประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ปรัชญา ได้แก่ พันธสัญญาเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์หรือความไว้วางใจในพระเจ้า และความเชื่อในศาสนา นั้นๆ จะทำให้บุคคลได้พบกับความสงบสุข และนำไปสู่ความมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต (Pender, 1996 : 132)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณยังรวมถึงการไปถึงซึ่งจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose of life) การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self actualization) การที่ชีวิตประสบความสำเร็จ

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง การที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ให้ช่วยคุ้มครองเป็นกำลังใจ ทำให้หายจากโรคและมีสุขภาพดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิตคือการหายจากโรค มีสุขภาพดีมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเพื่อดูการเจริญเติบโต ความสำเร็จของลูกหลาน หรือตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ชอบใช้ (2536 : ข) ที่ศึกษาเรื่อง ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในชีวิต มีการตระหนักในคุณค่าของตนเอง และผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการควบคุมโรค เพื่อที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management)

สภาพสังคมในปัจจุบันนี้ในบางครั้งทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นปัญหาส่วนตัว ปัญหาในครอบครัว ปัญหาในกิจการงาน ปัญหาการเงิน การครองชีพ ฯลฯ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนแต่สร้างความกดดันให้กับคนเรา และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ความเครียด (Stress) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้ ดังนี้

พิมลพรรณ สุพรรณโง (2531 : 75-77) กล่าวว่า สาเหตุของความเครียดมักมาจาก การงาน การเรียน การเงิน ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540 : 31) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

ระดับความเครียด

เนื่องจากความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องประสบเหมือนกันทุกคน บางครั้งความเครียดที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลนั้น อาจมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้าเดียวกันบางคนอาจเกิดความรู้สึกเครียดแต่บางคนกลับไม่รู้สึกอะไรเลย ทำให้บุคคลมีการแสดงออกที่แตกต่างกันตามระดับของความเครียด

ผลกระทบจากความเครียด

สุปราณี ผลชีวิน (2530 : 68-82) กล่าวว่า ความเครียดมักก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ดังนี้ คือ โรคภูมิแพ้ อาการเจ็บหน้าอก โรคหัวใจ โรคหืด ผอมร่าง ความดันโลหิตสูง โรคลำไส้อักเสบ โรคปวดศีรษะไมเกรน และโรคกระเพาะอาหาร

อรุณ หงษ์ทอง (2530 : 17) กล่าวว่า ผลกระทบจากความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ทางร่างกาย ได้แก่ ใจสัน น่านหน้าอก อาหารไม่ย่อย ปวดช่องท้อง ท้องร่วง ปัสสาวะบ่อย ขาดความต้องการทางเพศ คันแขน คันขา ปวดต้นคอบ่อย ปวดศีรษะ เป็น ผื่นที่ผิวหนัง เห็นภาพเชิงซ้อน

2. ทางจิตใจ ได้แก่ อาการหงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ และเจ้าอารมณ์

3. ทางพฤติกรรม ได้แก่ ผลที่ได้รับจากทางร่างกายและจิตใจแล้วส่งผลมาสู่ทาง พฤติกรรมคือ เป็นคนเจ้าอารมณ์ สุกดิบหรือจัด ตี๋มสุรามาก มานตาขยายกว้าง มือสั่น เป็นต้น

วิธีการบริหารจัดการความเครียด

มีหลายท่านได้แนะนำถึงวิธีการจัดการกับความเครียด ดังนี้

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 78-79) กล่าวว่าเมื่อเกิด ความเครียดแล้วจะทำให้ร่างกายและจิตใจต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว ถ้าหาก การปรับตัวไม่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจในขณะเกิดความเครียดไว้ได้ ก็จะมี ความเจ็บป่วย ดังนั้น ควรใช้การปรับตัวเมื่อเกิดความเครียดขึ้นด้วยวิธีการ ดังนี้

1. รับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ยอมรับความจริง และปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตน และสังคมส่วนใหญ่ ก็ยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความเครียดได้ ส่วนการไม่ยอมรับจะสร้างความคับข้องใจทำให้เครียด มากขึ้นจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต

2. ใช้กลไกการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้น

3. หาที่พึ่งและความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ เช่น การระบายออก ด้วยการพูดสนทนา หรือขอคำแนะนำปรึกษา แล้วแต่ว่าปัญหาความเครียดนั้นมีลักษณะเป็น อย่างไร

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2536 : 152) ได้เสนอแนะวิธีการจัดการกับความเครียด ดังนี้

1. การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การเดิน หรือ วิ่งเพียงวันละ 30 นาที จะสามารถเอาสารพิษออกไปจากร่างกายได้และช่วยให้ร่างกายหลั่งสารสุข (เอนดอร์ฟิน) ออก มาด้วย สารสุขจะช่วยให้อาการของโรคเกี่ยวกับประสาททั้งหลายหมดไป

2. ความสุขที่สำคัญที่สุด คือ ความสุขที่เกิดจากการให้ การยืดอก ทาน ศิล และการ ภาวนา การรู้จักว่าอะไรดีควรทำ ไม่ดีควรหลีกเลี่ยง การให้จะช่วยให้คนละกิเลสได้มากขึ้น ไม่โลก ขณะเดียวกัน การไม่คิด การละเว้น จะช่วยทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น

3. การฝึกสมาธิ กัมมฐาน การวิปัสสนา โดยอาศัยทวารทั้ง 6 ในการฝึกสมาธิ เช่น โดยใช้ฐานตาเป็นอุบายในการฝึกจิตให้หนึ่ง ลึน กาย ใจ หู และจมูก การทำวิปัสสนาเป็นการ กำหนดสติให้ทันกับปัจจุบัน เพื่อสติที่ไวขึ้นจะคุมทวารทั้ง 6 ได้ การกระทำในสิ่งที่กล่าวมานี้ จะช่วยให้ละเว้นความชั่ว อยากทำแต่ความดี จิตใจเบิกบาน

สมจิตร หนูเจริญกุล (2537 : 113) ได้กล่าวถึงการจัดการกับความเครียด มีทั้งการให้คำปรึกษาและการดูแลช่วยเหลือตนเอง วิธีการดูแลตนเองที่จะช่วยลดหรือป้องกันความเครียด และลดผลของความเครียด แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักหาทางออก เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

2. ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น บุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังเกินไป การรู้จักยืนยันความคิดในการติดต่อสื่อสาร (Assertive communication) เป็นการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยไม่ลบหลู่ดูถูกบุคคลอื่น การยืนยันความคิดเช่นนี้มีประโยชน์ในภาวะที่ความมีคุณค่าและความนับถือตนเองถูกคุกคาม และเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเอง

3. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุม การตอบสนองทางร่างกาย (Biofeedback) และการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง วิธีนี้เป็นการสอนร่างกายและจิตใจให้ตอบสนองต่อคำสั่งเพื่อให้ผ่อนคลายอย่างมีระบบ ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะต้องรู้จักเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540 : 37 – 80) ได้เสนอแนะวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้

1. การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน โดย

1.1 การฝึกหายใจให้ถูกต้อง โดยวิธีนั่งในท่าสบายๆ สูดหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ 3-5 ครั้ง หรือทำไปเรื่อยๆ

1.2 ทำกิจกรรมสันทนาการและนันทนาการต่างๆ ได้แก่ การเล่นดนตรี การฟังเพลง การร้องเพลง การดูโทรทัศน์ การทำงานอดิเรก การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน เป็นต้น

1.3 การเล่นกีฬาและบริหารร่างกาย ถือว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ดีวิธีหนึ่ง เพราะขณะออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้จิตใจสดชื่น เบิกบาน

1.4 การสร้างอารมณ์ขัน คนที่จะสร้างอารมณ์ขันได้การคิดและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2. การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ

2.1 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) คือ การฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทีละส่วนสลับกันไป

2.2 การฝึกการสร้างภาพในจินตนาการ (Visual imagery) เป็นการสร้างภาพในจินตนาการหรือในภาพในเหตุการณ์ที่น่ารื่นรมย์ เป็นเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจนำมาใช้ลดความเครียด

2.3 การฝึกการหายใจเพื่อลดความเครียด

2.4 การนวดเพื่อลดความเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายอย่างมากทั่วตัว อารมณ์ปลอดโปร่งคล้ายกับว่าความทุกข์โศกและความวิตกกังวลคลี่คลายหายไปหมดสิ้น เป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปรารภนา ประสงค์ดี (2539 : 13 – 16) ได้กล่าวถึงความหมาย บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไว้ดังนี้

ความหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เป็นผู้ที่ทำให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาว โดยการนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรงพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจและมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมด้วยการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มชน ทุกหมู่บ้าน

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ การให้บริการกับประชาชนโดยมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยยึดหลักการให้บริการเป็นหลัก ซึ่งการบริการสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐจัดให้มีขึ้นสำหรับบริการประชาชนเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว จำเป็นต้องดำเนินการให้บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ในจังหวะและเวลาที่เหมาะสม และให้มีการดำเนินงานผสมผสานกันไปทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ การบริการสาธารณสุขประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมเพื่อมิให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ บริการดังกล่าว ได้แก่การให้สุขศึกษา การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว

2. การป้องกันและควบคุมโรค เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคแก่ประชาชนในกลุ่มที่ไวต่อการเกิดโรค มิให้เกิดโรครุนแรงได้ และบริการสาธารณสุขที่ควบคุมหรือกำจัดโรคที่เกิดขึ้นแล้วมิให้ลุกลามหรือระบาคออกไป รวมทั้งกำจัดโรคให้หมดไปในที่สุด ได้แก่ การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การควบคุมหรือกำจัดโรคติดต่อ

3. การรักษาพยาบาล เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็น สำหรับการวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรครุนแรงแล้ว โดยถือหลักที่ว่า จะต้องวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาพยาบาลโรคอย่างทันเวลาที่ ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ ให้เร็วที่สุด และป้องกันหรือกำจัดความพิการมิให้เกิดขึ้นหรือเกิดน้อยที่สุด ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การรับส่งผู้ป่วยระหว่างสถานบริการที่มีขีดความสามารถน้อยกว่ากับสูงกว่า

4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันผู้ป่วยมิให้เกิดความพิการหรือกำจัดความพิการให้หมดไป เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งทางกาย จิตใจ และการดำรงชีพอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข ได้แก่ การเคลื่อนไหวแขนขา การพลิกตัว การออกกำลังกายบางส่วนหรือทั้งหมด และกายภาพบำบัดอื่น ๆ

กระบวนการบริการสาธารณสุขทั้ง 4 องค์ประกอบดังกล่าว จำเป็นต้องจัดให้มีขึ้นในสถานบริการทุกระดับ

หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริการสาธารณสุขกับประชาชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการควบคุมโรค นักวิชาการสุขาภิบาล เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู และอื่น ๆ แต่ละสายงานจะมีบทบาทหน้าที่และลักษณะงานที่แตกต่าง แต่จะมีส่วนสนับสนุนซึ่งกันและกันในการให้บริการสาธารณสุขซึ่งเป็นไปตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้แก่ (อำพล จินดาวัฒน์และคณะ. 2531 : 61)

แพทย์ ลักษณะงานเป็นงานเทคนิคบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติโดยผู้ประกอบเวชกรรม เป็นการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องต่อร่างกาย สุขภาพ และอนามัยของประชาชนหรือที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตลอดจนการรักษา สืบรวจ วิเคราะห์ ประเมินผล และเสนอแนะเกี่ยวกับแผนปฏิบัติงาน กำหนดรูปแบบและแนวทางปฏิบัติและการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการศึกษา สืบรวจ วิเคราะห์ วิจัย เพื่อที่จะกำหนดเป็นมาตรฐานทางวิชาการและพัฒนาวิชาการ เพื่อให้งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขสัมฤทธิ์ผล นอกจากนี้ยังให้

คำปรึกษาและการสอนด้านการแพทย์หรือสาธารณสุขแก่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ทันตแพทย์ ลักษณะงานเป็นงานให้บริการทั้งทางด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขเพื่อตรวจวินิจฉัยป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคในช่องปากและความผิดปกติอื่น ๆ ของอวัยวะในช่องปากหรืออวัยวะที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย ทางด้านทันตแพทยศาสตร์

เภสัชกร ลักษณะงานเป็นงานให้บริการทั้งทางด้านเภสัชกรรมและเภสัชสาธารณสุขทั้งในด้านการบริหารจัดการยา การบริการด้านยา การผลิตยา การสอนและฝึกอบรมด้านเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุน การป้องกัน การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การกำหนดติดตาม ประเมินและรักษามาตรฐาน งานบริการเภสัชกรรมและเภสัชสาธารณสุข การศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยด้านเภสัชศาสตร์ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

พยาบาลวิชาชีพ ลักษณะงานเป็นงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาบริการซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้คำปรึกษาสุขภาพ การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ และการเผยแพร่กระจายเชื้อโรค การวางแผนครอบครัว การผดุงครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดเบื้องต้น และการให้ยาระงับความรู้สึก การใช้เครื่องมือ หรือวิธีพิเศษบางประเภท เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษาการจัดระบบบริการในโรงพยาบาล ในสถานพยาบาลในชุมชนหรือในครอบครัว การศึกษา วิเคราะห์ คิดค้นกลวิธี เพื่อพัฒนาการพยาบาลและควบคุมการพยาบาลให้มีคุณภาพและมาตรฐาน การส่งเสริมพัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้กับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ฝึกปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการวางแผนการประสานงาน การบันทึกผลงาน การประเมิน และการปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

นักวิชาการสาธารณสุข ลักษณะงานเป็นงานที่ปฏิบัติกับการศึกษา วิเคราะห์ และวินิจฉัยปัญหาสาธารณสุข เสนอแนะนโยบาย วางแผนงาน และดำเนินงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามแผน กำหนดระบบและวิธีการด้านการนิเทศ รวมทั้งการนิเทศ ควบคุม ติดตาม และประเมินผลงานด้านสาธารณสุข ศึกษาค้นคว้า วิจัย สอนและฝึกอบรม ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะและสร้างมาตรฐานงานสาธารณสุข

นักวิชาการสุขภาพจิต ลักษณะงานเป็นงานที่ปฏิบัติเพื่อควบคุมองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งองค์ประกอบเหล่านั้นจะส่งผล หรืออาจจะส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาทางร่างกาย และจิตใจโดยการจัดหา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงแก้ไข ควบคุมและกำจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดหรืออาจก่อให้เกิดสภาวะที่เป็นภัยให้หมดไปและหรือคงอยู่ในสภาพที่ดี เหมาะสมและมีคุณภาพถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทางด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนได้มีการดำรงชีวิต อยู่อย่างเป็นปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นการจัดหาและควบคุมคุณ

ภาพนำดื่ม น้ำใช้ การกำจัดสิ่งปฏิกูล การควบคุมสภาวะมลพิษ การควบคุมแมลงและสัตว์นำโรค การสุขาภิบาลอาคารสถานที่ การสุขาภิบาลอาหาร

นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะงานเป็นงานที่ปฏิบัติ ในการตรวจวินิจฉัย รักษาให้บริการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน และอนามัยประชาชน รวมทั้งการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การศึกษา สํารวจ วิเคราะห์ วิจัย วางแผน ประเมินผล ให้คำปรึกษาแนะนำ ดำเนินการฝึกอบรม เผยแพร่ตลอดจนนิเทศงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ ลักษณะงานเป็นงานที่ต้องใช้หลักวิชาการทางรังสีการแพทย์เพื่อปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ทางด้านรังสีวินิจฉัย รังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ หรือรังสีฟิสิกส์ การใช้เทคนิคหรือกรรมวิธีพิเศษ การใช้สารกัมมันตภาพรังสี การพัฒนาปรับปรุงดัดแปลงเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ด้านรังสีการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยเกี่ยวกับการบำบัดรักษาคนไข้ การวิเคราะห์ วิจัย

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ลักษณะงานเป็นงานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขชุมชน โดยให้การรักษายาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงงานอนามัยแม่และเด็ก งานทันตกรรมสาธารณสุข การสุขาภิบาล การให้ภูมิคุ้มกัน เพื่อควบคุมป้องกันโรค หรือปฏิบัติงานทางระบาดวิทยา เช่น การสอบสวนภาวะการเกิดโรคติดต่อ รวบรวมและวิเคราะห์สถิติข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรค ศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการระบาดของโรคให้การนิเทศงานทางระบาดวิทยาแก่เจ้าหน้าที่ หรือปฏิบัติงานสนับสนุน ส่งเสริมให้บริการสาธารณสุขแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านการบริหารและวิชาการสาธารณสุข เช่นการวางแผนปฏิบัติงาน กำหนดวิธีการดำเนินงาน พิจารณา เสนอแนะ ให้บริการสาธารณสุข ฝึกอบรมฟื้นฟูทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ฝึกอบรมและให้คำแนะนำ ตอบปัญหาและชี้แจงเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับงานในหน้าที่ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ดัฟฟี่ (Duffy, 1988 : 358 – 362) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35 – 65 ปี ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยสาธารณสุขขนาดใหญ่ในแถบภาคตะวันตกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา จำนวน 262 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ รายได้ของครอบครัว ผลการ

วิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ คือ ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพโดยบังเอิญ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความห่วงใยสนใจสุขภาพ การจบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ ร้อยละ 25

วอลเคอร์ และคณะ (Walker, et al. 1988 : 76 - 90) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 - 88 ปี จำนวน 452 คน ด้วยแบบวัดแบบแผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอลเคอร์ ชีคริส และเพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ (อายุ 55 - 88 ปี) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีกว่าวัยกลางคน (อายุ 35- 54 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18 - 34 ปี) ยกเว้นการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต การออกกำลังกาย และการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุ พบว่า อายุ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการออกกำลังกายและการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล การศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รายได้สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านโภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด สถานภาพสมรสสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

ไฮเจวีและเบอร์นาร์ด (Ahijevych & Bernard. 1994 : 86 - 89) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอกเกอร์และคณะ (Walker, et al. 1987) จำนวน 48 ข้อ โดยจะมีคำถามที่ใช้วัดความถี่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self actualization) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal support) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ความแตกต่างของลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ดังนี้ อายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อาศัยอยู่ด้วยกัน รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว และอาชีพ ส่วน

สถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 12 ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ร้อยละ 5.8 ประวัติการมีโรคประจำตัวร้อยละ 4.3 อาชีพร้อยละ 2.3 ส่วน อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนผู้อาศัยที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่า ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

/ลัสค์ เคอร์และโรนีส (Lusk, Kerr & Ronis 1995 : 20 - 24) ได้ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotiong lifestyle profile) จำนวน 48 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรหลายตัว (ANOVA) ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุก ๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับบริหารมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ทำงานระดับคนงานนั้น พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกตามชนชาติ โดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาว และชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ ยังพบว่า คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และเพศที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ด้านการศึกษา พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al. 1996) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 58) เลือกศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในบริษัทที่มีคนงาน มากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้น ๆ ประกอบด้วย กิจกรรม การบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ใช้วิธีการเลือก โดยความสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้อีก 3 เดือนต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน มีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้และปัจจัยร่วม สามารถทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 31

งานวิจัยในประเทศไทย

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 122) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบกลุ่ม 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 79.10 มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.20 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบรรลุเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับสูง ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนและเชื่ออำนาจผู้อื่น เขตที่อยู่อาศัย รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เพศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจโดยความบังเอิญ อายุ ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ

โดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และโดยความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญ ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 38.20

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 52-55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender. 1987) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป แบบสัมภาษณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender. 1987) และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับความเครียด สำหรับ ในด้านความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำนวนปีที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมยกเว้นการรับประทานอาหาร การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตนเองและการรับประทานอาหาร และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตน จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 134-153) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ตามรูปแบบการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน โดยศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมความสามารถในการทำนายปัจจัยทั้ง 3 ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง จำนวน 400 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ 30 Cluster เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 5 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม

สุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และแบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.00 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากที่สุด ในด้านการช่วยเหลือพึ่งพาหากัน ร้อยละ 59.00 รองลงมา คือด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 39.00 ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน สถานภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีชมรมผู้สูงอายุ การมีและเข้าถึงแหล่งบริการด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการทำนายพฤติกรรมส่งเสริม พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ประมาณร้อยละ 42.00 และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

สุทธนิจ หุณหสาร (2539 : 152-167) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี จำนวน 380 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 9 ส่วน ตามตัวแปรที่ศึกษา ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำที่สุด (ร้อยละ 57.10) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.70) ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ ประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ดัชนีน้าหนักของร่างกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา พบว่า ค่านิยม ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อำนาจตน การรับรู้ความสามารถตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่การรับรู้สถานะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ พบว่า การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำ

สนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านความสามารถในการทำนาย พบว่า ปัจจัยร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 47.90 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 48.40 ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 17.20 โดยปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยร่วม คือ ประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาคือค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติคือการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

สมจิตร เห่งเกษ (2539 : 116 – 121) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 321 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 พบว่าด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี และมีความรู้-การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.8 ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์การทำงานที่ศูนย์ฯ และปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ

ปรารภนา ประสงค์ดีและคณะ (2539 : 100 – 103) และ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540 : 141 – 146) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ทั้งสองครั้งได้ข้อมูลเหมือนกันคือ ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 370 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยร่วมได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้- การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การมีนโยบายกฎระเบียบในการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดให้มีกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มวิชาชีพ รายได้ และสถานภาพการรับราชการ ตามลำดับ

นุชระพี สุทธิกุล (2540 : ก – ข) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถม ศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอนและเป็นสัดส่วนระหว่างครูชายและหญิง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 360 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยร่วมได้

แก่ เพศ รายได้ครอบครัว และการมีโครงการ/กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้- การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า ปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูโดยรวมทุกด้านได้ร้อยละ 36.5 และพบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูได้ดีที่สุด

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : ง) ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 563 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดี ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ร้อยละ 33 การรับรู้สถานะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุ อาการของภาวะหมดประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพวัยหมดประจำเดือนมีผลทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลทางลบ สตรีโสดมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าสตรีคู่แต่มากกว่าสตรีหม้าย และหย่า

ยุพดี กรรพพฤทธิ์ (2543 : 92 – 101) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 563 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ครูประถมศึกษาที่มีเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ รายได้ ประสิทธิภาพในการสอน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 2,274 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2543 : 7-8)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐ 16 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 แห่ง จำนวน 350 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) และมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ไม่เกิน .05 โดยใช้สูตร

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

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 340 คน แต่เก็บจริง 350 คน
จากจำนวนประชากร 2,274 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 จากจำนวนประชากรตามข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 2,274 คน ต้องการ
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน โดยแบ่งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล

กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ

นำมาเทียบอัตราส่วนหาขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ตามสูตรดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{ประชากรทั้งหมดในกลุ่ม}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ

กลุ่มที่	กลุ่มประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วน (คน)
1. แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	187	30
2. พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล	1,077	165
3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ	1,010	155
รวม	2,274	350

2.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใน
สังกัดสำนักงานที่สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (สสจ.) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาล
(รพ.) จำนวน 16 แห่ง สำนักงานที่สาธารณสุขอำเภอจำนวน (สสอ.) จำนวน 16 แห่ง รวมทั้ง
สิ้นจำนวน 33 แห่ง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยงาน

หน่วยงาน	กลุ่มที่ 1						กลุ่มที่ 2						กลุ่มที่ 3						รวม	
	แพทย์		ทันต		เภสัช		พยาบาล		พยาบาล		เจ้าหน้าที่		เจ้าหน้าที่							
	แพทย์		กร		วิชาชีพ		เทคนิค		พยาบาล		สาธารณสุข									
	อื่นๆ																			
	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n				
1. สสจ.อยุธยา	3	1	2	0	4	1	13	2	6	1	0	0	60	10	88	14				
2. รพ.อยุธยา	44	6	9	2	17	3	194	30	144	22	19	4	42	8	469	72				
3. รพ.เสนา	21	3	3	1	9	1	104	17	63	9	1	0	29	5	230	36				
4. รพ.บางปะอิน	3	1	1	0	2	0	32	5	22	3	1	0	20	3	81	12				
5. รพ.ท่าเรือ	3	1	1	0	2	1	19	3	18	3	1	0	15	2	59	10				
6. รพ.ผักไห่	2	0	2	0	2	0	16	2	14	2	0	0	13	2	49	6				
7. รพ. ภาชี	3	1	1	0	2	0	25	4	19	3	0	0	12	2	62	10				
8. รพ.ลาดบัวหลวง	2	0	2	0	2	0	15	2	20	4	0	0	13	2	54	8				
9.รพ.วังน้อย	2	0	1	0	2	1	24	4	15	2	0	0	14	3	58	10				
10.รพ.บางบาล	2	1	1	0	2	1	21	3	19	3	0	0	12	1	57	9				
11.รพ.บางไทร	3	1	2	1	3	1	14	2	16	2	0	0	13	2	52	9				
12.รพ.บางปะหัน	1	0	1	0	2	0	15	2	16	3	0	0	13	2	48	7				
13.รพ.บางซ้าย	1	0	0	0	1	0	9	1	13	2	0	0	8	1	32	4				
14.รพ.อุทัย	2	0	1	0	2	0	17	3	15	2	0	0	11	2	48	7				
15.รพ.มหาราช	1	0	2	1	2	0	15	2	17	3	0	0	10	1	47	7				
16.รพ.บ้านแพรก	1	0	1	0	2	0	13	2	20	3	0	0	9	1	46	6				
17.รพ.สมเด็จพระสังฆราช	3	1	2	1	2	0	27	4	11	2	1	0	18	3	64	11				
18.สสอ.อยุธยา	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	68	11	70	11				
19.สสอ.อุทัย	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	44	8	45	8				

ตาราง 3 (ต่อ)

หน่วยงาน	กลุ่มที่ 1				กลุ่มที่ 2				กลุ่มที่ 3				รวม			
	แพทย์ ทันต		เภสัช พยาบาล		พยาบาล		เจ้าหน้าที่		เจ้าหน้าที่							
	แพทย์		กร วิชาชีพ		เทคนิค		พยาบาล		สาธารณสุข							
	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n				
20.สสอ.บางไทร	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	67	11	68	11
21.สสอ.บางบาล	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	50	7	53	8
22.สสอ.บางปะอิน	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	58	9	61	10
23.สสอ.บางปะหัน	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	48	8	50	8
24.สสอ.ผักไห่	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	7	47	7
25.สสอ.ภาชี	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	33	5	33	5
26.สสอ.ลาดบัวหลวง	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	28	3	28	3
27.สสอ.วังน้อย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	6	39	6
28.สสอ.เสนา	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	50	7	52	7
29.สสอ.บางซ้าย	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	26	4	28	4
30.สสอ.มหาราช	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	40	5	43	5
31.สสอ.บ้านแพรก	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	3	18	3
32.สสอ.ท่าเรือ	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	0	0	42	5	47	6
33.สสอ.นครหลวง	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	43	6	47	7
รวม	97	16	32	5	58	9	577	88	476	73	24	4	1,010	155	2,274	350

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2543). รายงานประจำปี 2542
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. หน้า 7- 8.

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 1 ชุด โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิด - ความรู้สึก (Behavior-specific cognition and affect) ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66 -67) ใน 3 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่แสดงทั้งลักษณะทางบวกและทางลบ
2. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่แสดงทั้งลักษณะทางบวกและทางลบ
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีข้อความที่แสดงทั้งลักษณะทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อความที่แสดงทั้งลักษณะทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามและแบบวัดพฤติกรรม จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามให้ได้เนื้อหาครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ได้

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 46 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 53 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 55 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมจำนวน 57 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วตามข้อ 3 เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ เพื่อขอคำแนะนำและนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข นำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบอีกครั้ง ได้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 30 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 33 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 38 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 57 ข้อ

6. นำแบบสอบถามตามข้อ 5 ไปลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 47 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความคิด - ความรู้สึก (Behavior – specific cognition and affect) ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ซึ่งมีข้อคำถามนี้มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ

1.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ข้อความที่มีความหมายทางลบ

	(คะแนน)	(คะแนน)
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การจัดระดับการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งระดับดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย
สูง	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ต่ำ	1.00 - 1.66

1.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
(คะแนน)	(คะแนน)
เห็นด้วย 1	3
ไม่แน่ใจ 2	2
ไม่เห็นด้วย 3	1

การจัดระดับการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งระดับดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ระดับการมีอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย
สูง	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ต่ำ	1.00 - 1.66

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
(คะแนน)	(คะแนน)
มาก 3	1
ปานกลาง 2	2
น้อย 1	3

การจัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งระดับดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย
สูง	2.34 – 3.00
ปานกลาง	1.67 – 2.33
ต่ำ	1.00 - 1.66

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ
	(คะแนน)	(คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

การจัดระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนน
รวม โดยแบ่งระดับดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 10)

ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย
ดี	1.34 - 2.00
พอใช้	0.67 - 1.33
ไม่ดี	0.00 - 0.66

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)

โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้ง 3 ตอน จำนวน 211 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อ นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตร IC ถ้าเป็นข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.50 หรือมากกว่าแสดงว่าข้อคำถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ข้อคำถามจำนวน 158 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลแสงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 70 คน และในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแสงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 100 คน นำมาตรวจให้คะแนน แล้วทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่น

2.1 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item analysis) โดยนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม

สูง – ต่ำ ใช้เทคนิคร้อยละ 25 แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) เลือกคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 139) ได้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 31 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 47 ข้อ

2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าอำนาจจำแนก ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 133) โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70 , 0.87 , 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงและมีความเหมาะสมไปใช้เป็นเครื่องมือ โดยได้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 47 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยเครื่องมือ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดำเนินการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 16 แห่ง และสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 แห่ง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล -

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 1 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 รวมเป็นระยะเวลา 28 วัน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อย ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และคัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แยกตามตัวแปรอิสระ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 4, 9 และข้อ 11
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F – test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8 และข้อ 10
5. ในกรณีที่ผลการทดสอบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน คูลส์ (Newman - Keuls method)
6. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
7. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 59)

$$P = \frac{fx \cdot 100}{n}$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2538 : 73)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้างโดยอาศัย
 คุณพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face validity) แต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้
 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

- + 1 เมื่อแน่ใจข้อความนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจข้อความนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์โดยนำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) เป็นรายข้อ

วิเคราะห์แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 139)

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาของการแจกแจงแบบค่า t
 $\overline{X}_1$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนสูง
 $\overline{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนต่ำ
 S_1^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ได้คะแนนสูง
 S_2^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ
 n_1 แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มสูง
 n_2 แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มต่ำ

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

(Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถามที่ใช้วัด
	s_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	$\sum s_i^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การทดสอบค่าสถิติ (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน 1, 4, 9 และข้อ 11 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 164 –170)

โดยมี

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{X}_1$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	$\bar{X}_2$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	S_1^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F – test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10 และข้อ 11 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 23)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
 MS_B แทน ค่าผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
 MS_W แทน ค่าผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ในการนี้พบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ นิวแมน คูลส์ (Newman - Kuels method) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 251-252)

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง
 MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
 n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$n = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อใช้ทดสอบสมมุติฐานข้อ 12, 13 และ 14 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน x และ y
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด x
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด y
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด x แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง x กับ y
	n	แทน	จำนวนคน

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t - test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541 : 317)

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{1-r^2}$$

เมื่อ	r	แทน	ค่าสถิติที่ (t-test)
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	n	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t- distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F- distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน เป็นชาย 72 คน เป็นหญิง 278 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส /พีซี (SPSS/PC : Stastical Package for the Social Science / Personal Computer) การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความคิด-ความรู้สึก (Behavior-specific cognition and effect) ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม

สุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา โดยการแจกแจงความถี่เป็น คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(S) และตัดสินระดับเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม แล้วนำเสนอในรูปของตารางประกอบ
ความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้
ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริม
สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบค่าที (t - test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็น
อิสระจากกัน และทดสอบค่าเอฟ (F - test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม
เมื่อพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไปโดยวิธี
ของนิวแมน คูลส์ (Newman Keuls method) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม
สุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product
moment correlation coefficient) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้
ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริม
สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ส่งเสริมสุขภาพ โดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และ กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	72	20.60
หญิง	278	79.40
รวม	350	100.00
2. อายุ		
20 – 29 ปี	136	38.90
30 – 39 ปี	141	40.30
40 – 49 ปี	60	17.10
50 – 60 ปี	13	3.70
รวม	350	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	127	36.30
ปริญญาตรี	211	60.30
สูงกว่าปริญญาตรี	12	3.40
รวม	350	100.00
4. สถานภาพการสมรส		
โสด	143	40.90
คู่	207	59.10
หม้าย	0	0
หย่า/แยก	0	0
รวม	350	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ก	ร้อยละ
5. รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	0	0
5,000 – 10,000 บาท	111	31.70
10,001 – 15,000 บาท	132	37.70
15,001 – 20,000 บาท	71	20.30
มากกว่า 20,000 บาท	36	10.30
รวม	350	100.00
6. ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (ผอม)	97	27.70
เกณฑ์ปกติ (รูปร่างสมส่วน)	191	54.60
เกินเกณฑ์ (อ้วน)	62	17.70
รวม	350	100.00
7. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน		
1 – 5 ปี	101	28.90
6 – 10 ปี	70	20.00
11 – 15 ปี	60	17.10
15 ปีขึ้นไป	119	34.00
รวม	350	100.00
8. กลุ่มวิชาชีพ		
กลุ่มที่ 1 (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร)	30	8.60
กลุ่มที่ 2 (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาล เทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล)	165	47.10
กลุ่มที่ 3 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ)	155	44.30
รวม	350	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ		
ระดับสูง	348	99.40
ระดับปานกลาง	2	0.60
รวม	350	100.00
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ		
ระดับสูง	10	2.80
ระดับปานกลาง	108	30.90
ระดับต่ำ	232	66.30
รวม	350	100.00
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ		
ระดับสูง	212	60.60
ระดับปานกลาง	138	39.40
รวม	350	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 350 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลส่วนตัวดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ พบว่า หญิงมีจำนวนมากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ 79.40, 20.60 ตามลำดับ

อายุ พบว่า อายุ 30 – 39 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.30 รองลงมาคือ อายุ 20 – 29 ปี และอายุ 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.90 และ 17.10 เรียงตามลำดับ ส่วนอายุน้อยที่สุดคืออายุ 50 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.70

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.30 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.30 และน้อยที่สุดคือระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.40

สถานภาพการสมรส พบว่า สถานภาพการสมรสคู่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.10 รองลงมาคือสถานภาพการสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 40.90 และไม่พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านใดที่มีสถานภาพการสมรสหม้าย และหย่า/แยก

รายได้ พบว่า รายได้เฉลี่ย 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือนมีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.70 รองลงมาได้แก่รายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.70 และ 20.30 เรียงตามลำดับ ส่วนรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.30 และไม่พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านใดที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

ดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ(รูปร่างสมส่วน)มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมาคือดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์(ผอม) คิดเป็นร้อยละ 27.70 และดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์(อ้วน)มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.70

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 รองลงมาคือประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1- 5 ปี และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.90 และ 20 เรียงตามลำดับ ส่วนที่น้อยที่สุดคือประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.10

กลุ่มวิชาชีพ พบว่า กลุ่มวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล) มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.10 รองลงมาได้แก่กลุ่มที่ 3 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) คิดเป็นร้อยละ 44.30 และน้อยที่สุดได้แก่กลุ่มที่ 1 (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) คิดเป็นร้อยละ 8.60

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.40 รองลงมามีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 0.60

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.30 รองลงมามีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.90 และน้อยที่สุดได้แก่การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 2.80

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.60 รองลงมาได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.40

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความคิด- ความรู้สึก (Behavior-specific cognition and effect) ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม และ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการแจกแจงความถี่เป็น คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินระดับพฤติกรรมเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม ดังปรากฏตามตาราง 5 - 6

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ			
1. การตรวจสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดการรักษายาบาลได้	2.84	0.41	สูง
2. การระมัดระวังและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดบาดแผลจากการทำงาน ทำให้ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	2.57	0.71	สูง
3. การดื่มสุราเป็นการแก้ปัญหา หรือผ่อนคลายความตึงเครียดที่ถูกต้อง	2.94	0.28	สูง
4. การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่รถยนต์จะช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุได้	2.95	0.28	สูง
5. การออกกำลังกายวันละเล็กน้อยมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าการออกกำลังกายหักโหม	2.89	0.33	สูง
6. การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจะช่วยป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย	2.91	0.34	สูง
7. การออกกำลังกายจนเหนื่อยหอบมากจะทำให้หัวใจยิ่งแข็งแรง	2.75	0.55	สูง
8. การสวมเสื้อผ้าและสวมรองเท้าที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายแต่ละประเภทจะช่วยให้ดูสวยงามทันสมัย	2.32	0.83	ปานกลาง
9. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้ดูอ่อนกว่าวัย	2.54	0.61	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
10. การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือเป็นประจำ ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ได้	2.53	0.60	สูง
11. การรับประทานปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ทำให้กระดูกไม่เปราะ	2.86	0.39	สูง
12. การรับประทานเนื้อปลา จะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่นๆ	2.70	0.59	สูง
13. การหลีกเลี่ยงการรับประทานไข่แดง ดับ หอย กุ้ง ทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อระดับโคเรสเตอรอลสูง	2.68	0.64	สูง
14. การรับประทานอาหารมื้อหลักที่มีประโยชน์ต่อร่างกายคืออาหารมื้อเย็น ส่วนอาหารมื้อเช้าควรเป็นอาหารที่เบาๆ	2.86	0.45	สูง
15. การรับประทานอาหารเสริมเช่น แร่ธาตุ วิตตามินต่างๆ เป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง	2.51	0.63	สูง
16. การทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สร้างความรัก ความอบอุ่นที่ดี	2.98	0.18	สูง
17. การทำงานคนเดียวโดยไม่ไว้วางใจกับผู้อื่น ทำให้งานสำเร็จได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ	2.54	0.58	สูง
18. การลดน้ำหนัก เป็นการช่วยลดความตึงเครียดได้	2.93	0.28	สูง
19. การใช้ธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้ลดปัญหาความขัดแย้ง ความตึงเครียดได้	2.93	0.27	สูง
20. เมื่อมีปัญหา ไม่สบายใจ การค้นหาและแก้ไขที่สาเหตุ จะทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุดที่สุด	2.93	0.29	สูง
21. เมื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองไม่ได้ ควรปรึกษากับญาติหรือเพื่อนสนิท	2.89	0.34	สูง
22. การนวดช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ	2.70	0.54	สูง
รวม	2.76	0.14	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ			
1. ท่านยังไม่เห็นความจำเป็นของการส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่	1.33	0.41	ต่ำ
2. ท่านไม่ไปตรวจสุขภาพประจำปีเพราะไม่ทราบรายละเอียด และวิธีการตรวจ	1.20	0.50	ต่ำ
3. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องยุ่งยากในการปฏิบัติ	1.17	0.46	ต่ำ
4. ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ไม่ทราบถึงหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	1.60	0.76	ต่ำ
5. ท่านอยากออกกำลังกายแต่กิจวัตรประจำวันทำให้ท่านเหนื่อยเกินกว่าที่จะปฏิบัติได้	2.08	0.86	ปานกลาง
6. ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ที่บ้านหรือที่ทำงานไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย	1.56	0.82	ต่ำ
7. ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ที่บ้านหรือที่ทำงานไม่มีอุปกรณ์การออกกำลังกาย	1.72	0.89	ปานกลาง
8. ลักษณะการทำงานผลิต 8 ชม. ในโรงพยาบาลหรือการปฏิบัติเวรนอกเวลาราชการในที่ทำงาน ทำให้ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้	1.67	0.85	ปานกลาง
9. การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพดี จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง	1.18	0.50	ต่ำ
10. ท่านไม่รับประทานอาหารเข้าที่มีคุณค่าต่อร่างกายทุกวัน เพราะไม่มีเวลาเตรียม	1.74	0.89	ปานกลาง
11. ท่านต้องซื้ออาหารสำเร็จรับประทาน จึงไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าตามที่ต้องการได้	1.63	0.81	ต่ำ
12. พืชผักจากสารเคมีที่ใช้ฉีดฆ่าแมลงในผัก ผลไม้ทำให้ท่านไม่รับประทานผักและผลไม้	1.37	0.64	ต่ำ
13. บัญหาร้านอาหารปรุงอาหารโดยใช้ไขมันสัตว์ ใสผงชูรส ทำให้ท่านไม่รับประทานอาหารเช้ารูป	2.01	0.80	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
14. การทำงานต่างๆทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา ภรรยา บุตร ฯลฯ	1.67	0.83	ปานกลาง
15. ท่านไม่มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้อื่นก่อน	1.34	0.61	ต่ำ
16. ท่านมีความคับข้องใจทุกครั้งเมื่อต้องเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา	1.22	0.43	ต่ำ
17. ปัญหาความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานหรือผู้บังคับ บัญชา ทำให้ท่านทำงานอย่างขาดความสุข	2.17	0.88	ปานกลาง
18. ท่านไม่กล้าในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และเป็นสิ่ง ที่ท้าทายความสามารถ	1.26	0.53	ต่ำ
19. ท่านไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่จะ ปรึกษาปรึกษาและขอคำแนะนำเมื่อมีปัญหา	1.22	0.53	ต่ำ
20. ท่านทราบประโยชน์ของการคลายเครียด แต่ไม่ ทราบวิธีการคลายเครียดที่ถูกต้อง	1.75	0.81	ปานกลาง
21. ความรีบร้อนในชีวิตประจำวันทำให้ท่านไม่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคลายความเครียด	2.00	0.85	ปานกลาง
22. ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อคลายเครียดได้	1.59	0.78	ต่ำ
รวม	1.56	0.34	ต่ำ

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

การส่งเสริมสุขภาพ

1. ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพร่างกายได้ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.50	0.63	สูง
2. ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพภายในช่องปาก และฟัน กับทันตแพทย์ทุก 6 เดือน	2.00	0.73	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
3. ท่านสามารถใช้หลักการป้องกันแบบ ครอบจักรวาล(Universal precaution)ในการ ให้บริการผู้ป่วยทุกครั้ง	2.38	0.61	สูง
4. เมื่อต้องขับรถเอง ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ทุกครั้ง	2.81	0.47	สูง
5. ถ้าท่านต้องขับรถยนต์/จักรยานยนต์ท่านสามารถ คาดเข็มขัดนิรภัย/สวมหมวกนิรภัย ได้ทุกครั้ง	2.62	0.58	สูง
6. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยใช้เวลานั้นละ 20 – 30 นาที	1.84	0.76	ปานกลาง
7. ท่านสามารถประเมินการเต้นของหัวใจ(โดยการ จับชีพจร)ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง	2.02	0.81	ปานกลาง
8. ท่านสามารถอบอุ่นร่างกาย(WARM UP)และ คลายอุ่น(WARM DOWN)ทุกครั้งก่อนออกกำลังกาย	2.12	0.76	ปานกลาง
9. ท่านสามารถจัดหาผักและผลไม้มารับประทาน ได้ทุกวัน	2.50	0.62	สูง
10. ท่านสามารถงดรับประทานอาหารประเภท เผ็ดจัด เค็มจัด หรือหวานจัด	2.20	0.65	ปานกลาง
11. ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารในร้านที่ ประกอบอาหารได้ถูกสุขลักษณะ	2.38	0.58	สูง
12. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร แปรรูป เช่น แยมเบอ์เกอร์ แหนม กุนเชียง	2.25	0.58	ปานกลาง
13. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร อาหารสุกๆดิบๆได้	2.74	0.52	สูง
14. ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัวอยู่เป็นประจำ	2.45	0.64	ปานกลาง
15. ท่านสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ใกล้ชิดและบุคคลอื่นได้	2.67	0.48	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
16. ท่านชอบมีความเห็นขัดแย้งกับบุคคลใน ครอบครัวและผู้ร่วมงานอยู่เป็นประจำ	2.59	0.60	สูง
17. ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายหรือวางแผน ในการดำเนินชีวิตของตัวเอง	2.57	0.52	สูง
18. ท่านตัดสินใจที่จะทำสิ่งต่างๆโดยตัวของ ท่านเองโดยไม่ปรึกษากับผู้ใกล้ชิดอยู่เป็นประจำ	1.90	0.62	ปานกลาง
19. ท่านสามารถแสดงความคิดเห็น กล่าวชมความ สำเร็จและความสามารถของผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	2.72	0.47	สูง
20. ท่านสามารถทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จิต เช่น ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฯลฯ	2.24	0.70	ปานกลาง
21. เมื่อเกิดความเครียด ท่านสามารถค้นหาปัญหา และแก้ไขสาเหตุได้ด้วยตนเอง	2.37	0.55	สูง
22. ท่านสามารถหาบุคคลที่จะปรึกษาปัญหา ปรับทุกข์ พูดคุย เมื่อมีความเครียดได้ทุกครั้ง	2.44	0.59	สูง
23. เมื่อเกิดความเครียดท่านสามารถผ่อนคลาย ความเครียดโดยการฟังเพลง ร้องเพลง	2.52	0.60	สูง
24. เมื่อเกิดความเครียด ท่านสามารถหาวิธี ผ่อนคลายความเครียดโดยการออกกำลังกาย	2.10	0.72	ปานกลาง
รวม	2.37	0.26	สูง

จากตาราง 5 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็น-ความรู้สึกในด้านต่างๆ เป็นรายข้อและโดยรวม ดังต่อไปนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 21 ข้อ รองลงมา มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ และไม่มีข้อคำถามใดที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.76$, $S = 0.14$)

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 14 ข้อ รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 ข้อ และไม่มีข้อคำถามใดที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.56, S=0.34$)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 14 ข้อ รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 ข้อ และไม่มีข้อคำถามใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.37, S=0.26$)

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
1. ทานสูบบุหรี่	1.91	0.33	ดี
2. ทานดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	1.53	0.54	ดี
3. ทานบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร	1.44	0.53	ดี
4. ทานขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา	1.56	0.58	ดี
5. ทานสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น การตรวจคลำเต้านม น้ำหนักที่ลดผิดปกติ	1.61	0.53	ดี
6. ทานตรวจสุขภาพ หรือตรวจสมรรถภาพร่างกาย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1.44	0.64	ดี
7. ทานตรวจสารเคมีในเลือด เป็นต้นว่า น้ำตาล ไขมัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1.25	0.75	พอใช้
8. ทานได้ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันกับทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน	1.07	0.62	พอใช้

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
9. ท่านชอบอยู่ในที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ ห้องคาราโอเกะ	1.51	0.53	ดี
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย			
10. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และอย่างน้อยครั้งละ 20 – 30 นาที	1.03	0.62	พอใช้
11. ท่านออกกำลังกายโดยอบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกายจริงแล้วคลายอุ่น ทุกครั้ง	1.04	0.61	พอใช้
12. ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก	1.18	0.58	พอใช้
13. ท่านได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับ ชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย	0.81	0.64	พอใช้
14. ท่านได้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสมกับ การออกกำลังกายแต่ละประเภทในแต่ละครั้ง	1.25	0.60	พอใช้
15. ท่านเคลื่อนไหวออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้แก่การทํากิจวัตรประจำวัน งานบ้าน เป็นต้น	1.60	0.54	ดี
ด้านโภชนาการ			
16. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	1.66	0.50	ดี
17. ท่านดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้ อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กล่อง	1.27	0.61	พอใช้
18. ท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ	1.66	0.49	ดี
19. ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย เมล็ดถั่วแห้ง กุ้งแห้ง ฯลฯ	1.37	0.50	ดี
20. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช เป็นประจำ	1.73	0.47	ดี
21. ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้งย่าง รนควัน อยู่เป็นประจำ	0.97	0.33	พอใช้
22. ท่านรับประทานไขมันมากกว่า 3 ฟอง/สัปดาห์	1.00	0.59	พอใช้

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
23. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่นเผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด หรือหวานจัด	1.05	0.59	พอใช้
24. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท น้ำชา กาแฟ	0.95	0.72	พอใช้
25. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชูกำลัง	1.83	0.42	ดี
26. ก่อนซื้ออาหารกระป๋อง ท่านตรวจสอบภาชนะบรรจุ อาหารว่าฉีกขาด บวม บวม และดูฉลากถึงรายละเอียดต่างๆ	1.90	0.32	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
27. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่นรับประทานอาหาร ตกแต่งบ้าน ฯลฯ	1.61	0.51	ดี
28. ท่านสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ใกล้ชิดและบุคคล อื่นด้วยการพูดคุย การร่วมเป็นสมาชิก	1.71	0.45	ดี
29. ท่านปรับความเข้าใจ และประนีประนอมเมื่อ มีความขัดแย้งกับผู้อื่น	1.55	0.55	ดี
30. ท่านแสดงความรู้สึกชมเชยและยินดีกับความ สำเร็จของผู้อื่นได้อย่างไม่ขัดเขิน	1.73	0.45	ดี
31. ท่านขอความช่วยเหลือกับบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่นเมื่อมีเหตุจำเป็น	1.47	0.51	ดี
32. ท่านชอบทำงานคนเดียว ไม่ชอบวุ่นวาย กับเพื่อนร่วมงานอยู่เป็นประจำ	1.07	0.46	พอใช้
ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ			
33. ท่านกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการ ดำเนินชีวิตของตนเองในระยะยาวได้	1.47	0.52	ดี
34. ท่านใช้ความพยายาม และความอดทนในการ ปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้	1.60	0.50	ดี
35. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง และไม่มุ่งหวังในสิ่ง ที่เป็นไปไม่ได้	1.60	0.53	ดี

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
36. ท่านสำรวจข้อดีและข้อเสียของตนเองแล้ว พิจารณาปรับปรุงแก้ไข	1.52	0.51	ดี
37. ท่านใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่า ใช้อารมณ์	1.55	0.52	ดี
38. ท่านทำใจยอมรับได้กับความเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี	1.51	0.51	ดี
39. ท่านทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น ด้านการจัดการกับความเครียด	1.22	0.61	พอใช้
40. ท่านมักจะหลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิด เกิดความเครียด	1.47	0.51	ดี
41. เมื่อมีความเครียด ท่านพยายามค้นหาปัญหา และแก้ไขสาเหตุด้วยตัวท่านเอง	1.50	0.51	ดี
42. ท่านปรึกษาปัญหา พูดคุย ปรับทุกข์ กับผู้ใกล้ชิด ที่ไว้วางใจ เมื่อมีความเครียด	1.54	0.52	ดี
43. ท่านจะผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา	1.08	0.57	พอใช้
44. ท่านจะผ่อนคลายความเครียดโดยการ ฟังเพลง ร้องเพลง อ่านหนังสือ	1.57	0.52	ดี
45. ท่านจะผ่อนคลายความเครียดโดยการ ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ หรือฝึกการหายใจ	0.82	0.66	พอใช้
46. เมื่อท่านรู้สึกเครียด โกรธ หรือไม่พอใจ ท่านจะ หงุดหงิด อารมณ์เสียใส่ผู้อื่น	1.12	0.50	พอใช้
47. ท่านจะรับประทานยาระงับประสาท หรือ ยานอนหลับ เมื่อมีความเครียด	1.70	0.53	ดี
รวม	1.41	0.19	ดี

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามรายด้าน			
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.48	0.27	ดี
2. ด้านกิจกรรมทางกาย	1.15	0.42	พอใช้
3. ด้านโภชนาการ	1.40	0.21	ดี
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.53	0.28	ดี
5. ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	1.50	0.34	ดี
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	1.35	0.26	ดี
รวม	1.41	0.19	ดี

จากตาราง 6 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 30 ข้อ รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 17 ข้อ และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับไม่ดี

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 5 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 1 ด้าน คือด้านกิจกรรมทางกาย และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับไม่ดี

เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=1.41, S=0.19$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริม

สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบค่าที (t - test) และค่าเอฟ (F - test) ดังปรากฏตามตาราง 7 - 10

ตาราง 7 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
1. เพศ			
ชาย	72	1.41	0.21
หญิง	278	1.41	0.19
รวม	350	1.41	0.20
2. อายุ			
20 - 29 ปี	136	1.41	0.20
30 - 39 ปี	141	0.37	0.18
40 - 49 ปี	60	1.47	0.19
50 - 60 ปี	13	1.40	0.12
รวม	350	1.41	0.19
3. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	127	1.38	0.18
ปริญญาตรี	211	1.42	0.20
สูงกว่าปริญญาตรี	12	1.38	0.22
รวม	350	1.40	0.19

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
4. สถานภาพการสมรส			
โสด	143	1.39	0.20
คู่	207	1.41	0.18
หม้าย	0	0	0
หย่า/แยก	0	0	0
รวม	350	1.40	0.19
5. รายได้			
น้อยกว่า 5,000 บาท	0	0	0
5,000 – 10,000 บาท	111	1.39	0.20
10,001 – 15,000 บาท	132	1.40	0.19
15,001 – 20,000 บาท	71	1.41	0.17
มากกว่า 20,000 บาท	36	1.46	0.19
รวม	350	1.41	0.19
6. ดัชนีมวลกาย			
ต่ำกว่าเกณฑ์ (ผอม)	97	1.40	0.19
เกณฑ์ปกติ (รูปร่างสมส่วน)	191	1.41	0.18
เกินเกณฑ์ (อ้วน)	62	1.39	0.20
รวม	350	1.40	0.19
7. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน			
1 – 5 ปี	101	1.40	0.21
6 – 10 ปี	70	1.39	0.20
11 – 15 ปี	60	1.41	0.16
15 ปีขึ้นไป	119	1.41	0.19
รวม	350	1.40	0.19

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
8. กลุ่มวิชาชีพ			
กลุ่มที่ 1 (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร)	30	1.43	0.18
กลุ่มที่ 2 (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาล เทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล)	165	1.40	0.19
กลุ่มที่ 3 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ)	155	1.40	0.19
รวม	350	1.41	0.19
9. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ			
ระดับสูง	348	1.40	0.19
ระดับปานกลาง	2	0.97	0.03
รวม	350	1.05	0.11
10. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ			
ระดับสูง	10	1.34	0.18
ระดับปานกลาง	108	1.33	0.17
ระดับต่ำ	232	1.44	0.19
รวม	350	1.41	1.19
11. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ			
ระดับสูง	212	1.50	0.14
ระดับปานกลาง	138	1.25	0.15
รวม	350	1.40	0.15

จากตาราง 7 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามตัวแปรต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชายและหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=1.41, S=0.21$ และ $\bar{X}=1.41, S=0.19$)

อายุ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X}=1.47, S=0.19$) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 20 – 29 ปี ($\bar{X}=1.41, S=0.20$) กลุ่มอายุ 50 – 60 ปี ($\bar{X}=1.40, S=0.12$) และกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี ($\bar{X}=1.37, S=0.18$) เรียงตามลำดับ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ระดับการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X}=1.42, S=0.20$) รองลงมาได้แก่ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X}=1.38, S=0.18$) และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X}=1.38, S=0.22$) เรียงตามลำดับ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับการศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

สถานภาพการสมรส พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีสถานภาพการสมรสคู่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X}=1.41, S=0.19$) รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสโสด ($\bar{X}=1.40, S=0.20$) และไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านใดที่มีสถานภาพสมรสหม้าย, หย่า/แยก ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งสองกลุ่มสถานภาพการสมรสมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

รายได้ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีรายได้มากกว่า 2,0000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X}=1.46, S=0.19$) รองลงมาได้แก่ รายได้ตั้งแต่ 15,001 – 20,000 บาท ($\bar{X}=1.41, S=0.17$) รายได้ตั้งแต่ 10,001 – 15,000 บาท ($\bar{X}=1.40, S=0.19$) และรายได้ตั้งแต่ 5,000 – 10,000 บาท ($\bar{X}=1.39, S=0.20$) ตามลำดับ และไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านใดที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกกลุ่มรายได้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ดัชนีมวลกาย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X}=1.41, S=0.18$) รองลงมาได้แก่ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์(ผอม) ($\bar{X}=1.40, S=0.19$) และน้อยที่สุดได้แก่ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์(อ้วน) ($\bar{X}=1.39, S=0.20$) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกเกณฑ์ดัชนีมวลกายมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11 – 15 ปี ($\bar{X}=1.41, S=0.16$) และ 15 ปีขึ้นไป ($\bar{X}=1.41, S=0.19$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด รองลงมาคือประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี ($\bar{X}=1.41, S=0.16$) และต่ำสุดคือ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 6 – 10 ปี ($\bar{X}=1.39$,

$S = 0.20$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกกลุ่มประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

กลุ่มวิชาชีพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพกลุ่มที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X} = 1.43, S = 0.18$) รองลงมาได้แก่กลุ่มวิชาชีพกลุ่มที่ 2 ($\bar{X} = 1.40, S = 0.19$) และกลุ่มวิชาชีพกลุ่มที่ 3 ($\bar{X} = 1.40, S = 0.19$) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกกลุ่มวิชาชีพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X} = 1.40, S = 0.19$) และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.97, S = 0.03$) และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X} = 1.44, S = 0.19$) และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี รองลงมาได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ($\bar{X} = 1.34, S = 0.19$) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และต่ำสุดมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.33, S = 0.17$) และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($\bar{X} = 1.50, S = 0.14$) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.25, S = 0.15$) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

จากข้อมูลตามตาราง 7 จำแนกตามเพศ สถานภาพการสมรส การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังปรากฏตามตาราง 8 และจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามเพศ สถานภาพการ
สมรส การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
1. เพศ					
ชาย	72	1.41	0.21	0.06	.951
หญิง	278	1.41	0.19		
2. สถานภาพการสมรส					
โสด	143	1.40	0.20	-.77	.440
คู่	207	1.41	0.19		
3. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ					
ระดับสูง	248	1.40	0.20	18.20*	.009
ระดับปานกลาง	2	0.97	0.19		
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ					
ระดับสูง	212	1.50	0.14	15.56*	.000
ระดับปานกลาง	138	1.25	0.15		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่าง มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตามตัวแปรต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างชายและหญิง มีพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยาที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

สถานภาพการสมรส แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีสถานภาพการสมรสโสด และสถานภาพการสมรสคู่ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพการ สมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 9 โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง จะมี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่า เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม สุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ และ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.39	0.13	3.36*	.0132
	ภายในกลุ่ม	346	12.52	0.36		
	รวม	349	12.91			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	0.12	0.06	1.67	.1906
	ภายในกลุ่ม	347	12.79	0.04		
	รวม	349	12.91			

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
3. รายได้						
	ระหว่างกลุ่ม	3	0.16	0.51	1.40	.2417
	ภายในกลุ่ม	346	12.76	0.37		
	รวม	349	12.91			
4. ดัชนีมวลกาย						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.02	0.01	0.28	.7564
	ภายในกลุ่ม	347	12.89	0.03		
	รวม	349	12.91			
5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน						
	ระหว่างกลุ่ม	3	0.02	0.00	0.21	.8861
	ภายในกลุ่ม	346	12.88	0.04		
	รวม	349	12.91			
6. กลุ่มวิชาชีพ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.03	0.02	0.51	.5977
	ภายในกลุ่ม	347	12.89	0.04		
	รวม	349	12.91			
7. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.92	0.46	13.44*	.000
	ภายในกลุ่ม	347	11.98	0.03		
	รวม	349	12.91			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามตัวแปรต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุต่างกันมี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

รายได้ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่าง
กัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพแตกต่างกัน

ดัชนีมวลกาย แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มี
ดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติ
ฐานข้อ 6 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมี
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ประลบการณ์ในการปฏิบัติงาน แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด
 พระนครศรีอยุธยาที่มีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด
 พระนครศรีอยุธยาที่มีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 แตกต่างกัน

กลุ่มวิชาชีพ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่อยู่ใน
กลุ่มวิชาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติ
ฐานข้อ 8 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพต่างกัน
จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

จากตัวแปร อายุ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน คูลท์ (Newman – Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามอายุ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

อายุ		30 – 39 ปี	50 – 60 ปี	20 – 29 ปี	40 – 49 ปี
	$\bar{X}$	1.37	1.40	1.41	1.47
30 – 39 ปี	1.37	-	0.03	0.04	0.10*
50 – 60 ปี	1.40		-	0.01	0.07*
20 – 29 ปี	1.41			-	0.06
40 – 49 ปี	1.47				-
การรับรู้อุปสรรคของ การส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$		ปานกลาง 1.33	สูง 1.34	ต่ำ 1.44
ระดับปานกลาง	1.33		-	0.01	0.11*
ระดับสูง	1.34			-	0.10
ระดับต่ำ	1.44				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามตัวแปรต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุ 40 – 49 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 30– 39 ปี และอายุ 50 – 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 40 – 49 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 30 – 39 ปี และอายุ 50 – 60 ปี ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่างกัน

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ	350	.1685 *	.002
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	350	-.2537 *	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	350	.6429 *	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ,13 และข้อ 14 ตามลำดับ



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

12. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

13. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

14. การรับรู้ความสามารถของตนเองของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2543 จำนวน 2,274 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาปี 2543 จำนวน 350 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากสูตร ยามาเน่ (Yamane) โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและกลุ่มวิชาชีพ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิด - ความรู้สึกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใน 3 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 22 ข้อ

2. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 22 ข้อ

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งระดับความมั่นใจออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 24 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบจำนวน 47 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส /พีซี (SPSS/PC :Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม โดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความคิด - ความรู้สึก (Behavior-specific cognition and effect) ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการแจกแจงความถี่เป็นคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้

ดัชนีมวลกาย ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบค่าที (t - test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และทดสอบค่าเอฟ (F- test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม เมื่อพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls method)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการสำรวจข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 79.40 อายุ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 30 - 39 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.30 ระดับการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.30 สถานภาพสมรส พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.10 รายได้ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีรายได้ 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือนมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.70 ดัชนีมวลกาย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ (รูปร่างสมส่วน) มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.60 ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34 กลุ่มวิชาชีพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มที่ 2 (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล) มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.10 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับสูงมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 99.40 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับต่ำมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.30 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับสูงมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.60

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และระดับความคิด - ความรู้สึกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

3. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.10 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.11 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.12 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.13 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.14 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความคิด – ความรู้สึกต่อการ ส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ซึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยดี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้สูง มีอาชีพรับราชการที่มั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 161 – 162) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ย่อมทำให้มีโอกาสดีใน การแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังมีบทบาทเป็นครูสอนสุขศึกษาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู สุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริม สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ สูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66 – 73) ที่ว่าตัวแปรในด้านความ คิด-ความรู้สึกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็น แก่นสำคัญที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเมื่อบุคคลมีความคิด- ความรู้สึกในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองใน การส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก็จะมากขึ้น ด้วย ในทางกลับกันจะทำให้การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งจะส่งผลให้มี การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่อง ดังนั้นจึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่าอยู่ในระดับดี 5 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และอยู่ในระดับพอใช้ 1 ด้าน คือด้านกิจกรรมทางกาย ดังนั้นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

1.2 ความคิด- ความรู้สึกต่อการส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

1.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.40 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ซึ่งมีความรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัยเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว และต้องรับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย พร้อมทั้งถ่ายทอดให้ความรู้เรื่องการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในเรื่องต่างๆแก่ ผู้ป่วยญาติและประชาชนทั่วไปอยู่เป็นประจำ ทั้งยังได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มเติมจากหน่วยงานสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และยังเห็นผลลัพธ์ด้านบวกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น และการปฏิบัติที่ตนเองให้แก่ผู้รับบริการ จึงมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงมาก ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อารี วิลยะเสวีและคณะ (2543 : 24) ที่กล่าวว่าบุคคลากรสาธารณสุขจะต้องเป็นต้นแบบ(model) ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพขึ้นในครอบครัวและในสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ด้วยกระบวนการปรับพฤติกรรมของบุคคลากรสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

1.2.2 ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.30 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดีโดยเฉพาะในกลุ่ม แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ และยังมีอาชีพรับราชการที่มั่นคง สถานที่ทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่มีสถานที่กว้างขวาง การเดินทางไปมาสะดวกสบาย ซึ่ง

ประเด็นเหล่านี้ช่วยลดอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพลงได้ และยังสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 63 - 67) ที่กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคจะส่งผลทางตรงต่อแนวโน้มการที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นเพียงจินตนาการหรือจริงก็ได้ ซึ่งจะประกอบไปด้วยการรับรู้เกี่ยวกับความไม่สะดวก หรือความลำบากของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และเมื่อการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพลดลงจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่อง ดังนั้นจึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

1.2.3 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.60 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ซึ่งได้รับการศึกษาในเรื่องสุขภาพอนามัยมาโดยเฉพาะ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติและมีทักษะที่ดีในการดูแลสุขภาพอนามัย จึงรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง และยังมีประสบการณ์ในการปฏิบัติในสิ่งนั้นสำเร็จมาแล้ว การได้เห็นความสำเร็จในการปฏิบัติของผู้อื่น การได้รับการยืนยันจากคนอื่นว่าตนสามารถที่จะกระทำ และมีความพร้อมทางด้านสรีระในการปฏิบัติ จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง (Bandura, 1989) ; (Pender, 1987) และพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 30 -49 ปีมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 57.40 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเรม (Orem, 1991 : 238 - 241) ที่ว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกต้อง และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลมาจากทักษะและความสามารถของตนเอง ดังนั้นจึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มวิชาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุกติ กรรพฤทธิ์ (2543 : 92) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสำนักงานการประถมศึกษา พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ พิเชษฐ์ เจริญเกษม (2540 : 112) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับ อำนวยชัย จำรัสสินธ์ (2531 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของครูโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอ่างทอง พบว่า เพศทำให้ครูมีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 103) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสปีคและคณะ (Speake, et al. 1989 : 93 - 100) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปราภนา ประสงค์ดีและคณะ (2539 : 100) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 91) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวอกเกอร์และคณะ (Lush, kerr & Ronish. 1995 : 23 ; citing Walker ,et al. 1988) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชาวสเปน พบว่า หญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายสูงกว่าชาย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจขัดแย้งกับแนวคิดของ โอเรม (Orem 1985 : 42, 220) ที่กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคม และเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วย ถึงแม้สังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัวมีการประกอบอาชีพนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้มีบทบาทเป็นผู้ดูแล แต่ในปัจจุบันเพศหญิงโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน มีการเข้าสังคมเช่นเดียวกับเพศชาย อีกทั้งยังมีเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการรณรงค์เผยแพร่ให้ความรู้ทั้งทางตรง และทางอ้อมอย่างมากมาจากหน่วยงาน

สาธารณสุขทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ทำให้มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่มีข้อจำกัด เรื่องวัน เวลา สถานที่ จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนมี โอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างเท่าเทียมกัน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งชายและหญิงต้อง มีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ดังนั้นตัวแปรเพศจึงไม่มีผลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มี อายุต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหมำเกษ (2539 : ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 125) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วิทยุมดประจำเดือน พบว่า อายุมีผลบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล วิชาชีพวิทยุมดประจำเดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ ผาสุก (2535 : 102) ที่ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการ ดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543 : 92) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีเพศต่างกัน มี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน เช่นเดียวกับ วณิดา ทองใบ (2540 : 164) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพนักงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสอดคล้อง กับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 103) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ ต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวอกเกอร์และ คณะ (Walker, et al. 1988 : 76 - 90) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 – 88 ปี จำนวน 452 คน ด้วยแบบวัดแบบแผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอลเคอร์ ชีคริสและเพนเดอร์ พบว่า ผู้สูงอายุ(55 – 88 ปี) มีพฤติกรรมโดยรวมและราย ด้านดีกว่าวัยกลางคน (อายุ 35 – 54 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18 – 34 ปี)

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 141) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรี ชันธวัชวงศ์ (2532 : 84 – 85) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับอายุที่แตกต่างกันมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชษฐ เจริญเกษ (2540 : 111) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 68) ที่กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในทางด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 40 – 49 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 30 – 39 ปี และ 50 – 60 ปี ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจะเพิ่มขึ้นจนสูงสุดในวัย 40 – 49 ปี คือเป็นวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985 : 255) ที่กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543 : 94) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมวรรณ อยู่ข้า (2536 : 30) ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพร ศรีไทยล้วน (2541 : 79) ที่ศึกษาความเชื่อด้าน

สุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮเจวี และเบอร์นาร์ด (Ahijevyeh & Bernard. 1994 : 86 - 89) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงอเมริกันผิวดำ พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้

แต่การศึกษานี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารณนา ประสงค์ดีและคณะ (2539 : 143) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุพิน เจตมงคลวงศ์ (2543 : 114) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และ ไม่สอดคล้องกับ สุทธินิช หุณฑสาร (2539 : 126) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทจังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 104) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

จากผลการศึกษานี้ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการศึกษาทุกระดับ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในแผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ได้มีการพัฒนาประเทศโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางหรือจุดหมายหลักของการพัฒนา เป็น “ การพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ ” ได้แก่การพัฒนาศักยภาพของคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยเน้นมิติทางด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยใช้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง. 2540 : 5, 431) ดังนั้นทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงจัดทำโครงการวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาขึ้นในปีงบประมาณ 2541-2543 ขึ้น(สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ. 2543 : 8 -16) โดยการจัดประชุม อบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาปรับปรุง ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และประชาชนทั่วไปให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้ทางด้านสุขภาพอยู่แล้ว ประกอบกับการได้ศึกษาหรือได้รับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากสื่อสาร

มวลชนต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ในสังคม ทำให้ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพกับเพื่อนร่วมงานได้เป็นประจำ ดังนั้นตัวแปรระดับการศึกษาจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 142) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับ ฮิเจวีเยห์และเบอร์นาร์ด (Ahijevyeh & Bernard. 1994 : 86) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชาวอเมริกันผิวดำ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มั่นสนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543 : 111) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูสุศึกษาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์ (2531 : 60 – 62) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษา พบว่า อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540 : 129) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหว้าเกษ (2539 : 118) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และไม่สอดคล้องกับ ลดาวัลย์ ผาสุก (2535 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์และคณะ (Pender, et al.

1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทที่อยู่แถบตะวันตกของประเทศสหรัฐอเมริกา 6 แห่ง พบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และดัฟฟี (Duffy, 1993 : 24) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน พบว่า ผู้สูงอายุชายที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในทางส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนได้รับการศึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 24 -26) ที่กล่าวว่า บุคคลซึ่งอยู่ในลักษณะของผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติในเรื่องสุขภาพที่อยู่ในระดับที่ดีพอ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่างยังมีเพื่อนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆที่ช่วยชี้แนะในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพ และตระหนักต่อความรับผิดชอบด้านสุขภาพ จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกสถานภาพการสมรสมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ดังนั้นสถานภาพการสมรสจึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่างกันพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิเศษฐ์ เจริญเกษ (2540 : 115) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา และสอดคล้องกับ ชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540 : 112) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จรินทร์ ศรีสุวรรณ (2534 : 86) ที่ศึกษาเจตคติของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดลำพูน ต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ระดับเงินเดือนที่แตกต่างกันทำให้ครูมีเจตคติต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่ต่างกัน และ

สอดคล้องกับ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล เลี้ยววาริณ (2534 : 78) ที่ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตใจลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการในการป้องกันสุขภาพเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แต่การศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหง้าเกษ (2539 : 120) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจรีรัตน์ เพชรทอง (2540:188) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ และการศึกษาของ สุทธนิช หุณฑสาร (2539 :158) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 130) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) แต่ผลการศึกษาค้างนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996 : 34) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มชนกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุก และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล โดยเน้นความพยายามการทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมุ่งที่การทำในเชิงบวก ซึ่งกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและการกระทำต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต ที่มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล จึงไม่จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากมายในการปฏิบัติ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพ

รับราชการ ซึ่งเป็นอาชีพที่มั่นคง มีรายได้แน่นอน และยังมีสวัสดิการในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยเหลือได้ และยังเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ จึงสามารถนำความรู้ที่มีอยู่ไปปรับปรุง พัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องโดยไม่จำเป็นต้องไปพึ่งพาอาหารเสริมสุขภาพต่าง ๆ หรือใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่มีราคาแพงมาช่วยในการเสริมสุขภาพ ก็สามารถมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีได้ ดังนั้นตัวแปรรายได้จึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.6 จำแนกตามดัชนีมวลกาย

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 118) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของวิชาชีพพยาบาลประจำเดือน พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543 : 117) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูศึกษาที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุทธนิญ หนูเทศสาร (2539 : 158) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า ดัชนีน้หนักของร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540 : 60) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เจตมวงค์ (2543 : 71) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนแผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า สตรีหมดประจำเดือนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติกา จันท์หอม (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนด้านด้านการไม่สูบบุหรี่ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า ระดับดัชนีมวลกายสามารถบ่งบอกภาวะโภชนาการของบุคคลหรือประเมินน้ำหนักตัวบุคคลว่าอยู่ในระดับใด การที่บุคคลมีระดับดัชนีมวลกาย

มวลกายเกินหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานนั้น บ่งบอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีภาวะโภชนาการเกิน (อ้วน) หรือภาวะโภชนาการต่ำ (ผอม) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้องเหมาะสมเพียงใดด้วย เช่น คนอ้วนมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อมและเบาหวาน ซึ่งบ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พงษ์พานิช (2536 : 84) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมน้ำหนัก (ซึ่งเกินเกณฑ์) ได้นั้นระดับความดันโลหิตลดลง แต่การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะพบกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วนและผอม คิดเป็นร้อยละ 45.40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีความรู้ในด้านสุขภาพ และในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพต้นทุน (Cost effectiveness) สูงกว่ากิจกรรมการรักษาพยาบาล การเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อมส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพโดยรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนต้องปรับปรุง พัฒนา ความรู้ และทักษะ ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่เสมอ เพื่อเป็นบุคลากรสาธารณสุขต้นแบบ (Model) ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชนต่อไป (อารี วัลย์เสวีและคณะ. 2543 : 23 - 24) ดังนั้นดัชนีมวลกายจึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แต่ควรมีการวางแผนแก้ไข ปรับปรุง ปัญหาภาวะโภชนาการที่ผิดปกติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาต่อไป

2.7 จำแนกตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 172) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ประสบการณ์ในการสอนของครูไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรินทร์ ศรีสุวรรณ (2534 : 86) ที่ศึกษาเจตคติของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดลำพูน ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าครูประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการเป็นครูต่างกันมีเจตคติต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์

(2531 : 62) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษา พบว่า อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างก็มีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา ภูทองเกษ (2537 : 47) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า คนงานที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดไม่แตกต่างกัน

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหมงาเกษ (2539 : 120) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ประสบการณ์การทำงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับ เยาวลักษณ์ ตั้งบุญญะศิริ และคณะ (2537 : 47) ที่ศึกษาอุบัติภัยจากการทำงาน พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยจะประสบอุบัติเหตุมากกว่าผู้ที่ไม่ประสบการณ์การทำงานมากกว่า

จากผลการศึกษาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 15 ปีขึ้นไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34 และทุกกลุ่มประสบการณ์ทำงานมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน อีกทั้งได้รับการศึกษาอบรมมาเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ดังนั้นตัวแปรประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.8 จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 177) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มวิชาชีพที่สอนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครูประถมศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง (2535 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา พบว่า นักศึกษาวิชาเอกพลศึกษา มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราบธนา ประสงค์ดี และคณะ (2539 : 101) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี พบว่า กลุ่มวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ถึงแม้ลักษณะและบทบาทการปฏิบัติงานของแต่ละกลุ่มวิชาชีพจะมีหน้าที่แตกต่างกันบ้างในรายละเอียด กล่าวคือเจ้าหน้าที่ในกลุ่ม 1 (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) มีลักษณะงานที่เน้นการให้การรักษาเฉพาะวิชาชีพ โดยใช้เทคนิคขั้นสูง กลุ่มที่ 2 (พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล) ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ส่วนในกลุ่มที่ 3 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ) ลักษณะส่วนใหญ่เป็นงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ทุกกลุ่มวิชาชีพมีบทบาทในการให้บริการกับประชาชนโดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม ด้วยการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มชน ทุกหมู่บ้าน เหมือนกัน ดังนั้นเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทและจุดประสงค์ในการดูแลสุขภาพเหมือนกันทั้งยังอยู่ในกลุ่มสังคม และสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกันจึงทำให้มีอิทธิพลในการชักจูงให้บุคคลมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536 : 173- 185) และจากการศึกษาที่พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกกลุ่มวิชาชีพ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ดังนั้นตัวแปรกลุ่มวิชาชีพจึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.9 จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารินี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 118) ที่ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่า พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540 : 199) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ข้าราชการตำรวจระดับสัญญาบัตรที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี และข้าราชการตำรวจระดับประทวนที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 65) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน คือ ผู้ที่ออกกำลังกายบ่อยเห็นว่าการมีสุขภาพสมบูรณ์ คือผลประโยชน์ ขณะที่คนไม่ค่อยออกกำลังกายให้ความสำคัญกับประโยชน์ระยะสั้น

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทเจริญ (2540 : 144) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุทัยธานี และการศึกษาของ สุทนต์ หุณขเสาร (2539 : 144) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี

จากการศึกษาครั้งนี้พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 99.40 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลริเริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพคือเมื่อรับรู้ว่ามีประโยชน์จะลงมือกระทำ เมื่อกระทำแล้วได้ประโยชน์ที่เกิดคุ้มค่ากับการลงทุนหรือคุ้มค่าที่จะขจัดสิ่งขัดขวางและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ บุคคลก็จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อไป (Pender. 1987) แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า ดังนั้นตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.10 จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รณชัย ดั่งมโนนันตกุล (2541 : 116) ที่ศึกษารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ พบว่า ภายหลังการทดลองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540:198) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ข้าราชการตำรวจระดับสัญญาบัตรที่มีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพต่ำ จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัตธราดร (2539: 92) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ร้อยละ 34.4

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพบูลย์ (2540 : 144) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุทัยธานี และการศึกษาของ สุทธิณี หุตะสาร (2539 : 144) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ปานกลาง แต่รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลางด้วย จะไม่สามารถปฏิบัติทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 66.30 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่ว่าหากบุคคลลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว พบว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นบุคคลก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยลงหรือไม่ปฏิบัติเลย แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี มีการจัดอุปสรรคขวางของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ และระดับไม่ดี ดังนั้นตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.11 จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล (2541 : 116) ที่ศึกษารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพ และ พัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ พบว่า ภายหลังจากทดลองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนนการรับรู้ความสามารถสูงกว่าก่อนทดลองขึ้น และการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543 : 79) ที่ศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่าครูประถมศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : ก) ที่ศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 59 มีความรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราในระดับสูงมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 90.60 รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุร้อยละ 82.20 และครุมีความสามารถของตนเองในด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.30 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุตาร์ตน์ ขวัญเงิน (2537 : จ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 60.60 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่ หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ บุคคลที่รับรู้ความสามารถสูง จะริเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538 : 15) แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการตัดสินใจรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการตัดสินใจรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพปานกลางหรือต่ำ ดังนั้นตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.1 จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 144) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุทัยธานี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหง้าเกษ (2540 : 118) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

คัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : ง) ที่ศึกษา อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540 : 194) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจระดับสัญญาบัตร และมีความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำกับมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจระดับประทวน

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ คือการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ และไม่เสียเวลาในการปฏิบัติงาน แล้วยังเป็นแบบอย่างของผู้มีสุขภาพดีแก่บุคคลในครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป และในปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญในการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 99.40 ซึ่งนับว่ามีอัตราที่สูงมาก และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แสดงว่าตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.2 จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรรกณา ประสงค์ดีและคณะ (2539 : 102) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุทัยธานี พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 3) ที่ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 172) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540:195) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจระดับสัญญาบัตร และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจระดับประทวน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยัมวิไล (2531 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหมงาเกษ (2540 : 118) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าจะเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ทางสุขภาพเมื่อเห็นประโยชน์ ไม่มีความยากลำบาก มีความสะดวกสบาย และไม่มีค่าใช้จ่ายมากในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้มีการตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีผลดีมากกว่ามากกว่าผลเสีย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.30 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แสดงว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.3 จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 144) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุทัยธานี พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เหง้าเกษ (2540 : 118) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์สูงสุดกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 118) ที่ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสนันส์ พรเจริญโรจน์ (2543 : 119) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูสุศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537 : 76) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542 : ก) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อหินเรื่อริง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งต้องใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข และมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 70) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชื่อว่าตนเองมีทักษะและความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษานี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูง คิดเป็นร้อยละ 60.60 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม

สุขภาพปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพอใช้ แสดงว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ดังนั้นในการวางแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรจัดกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัตินั้น ควรจัดให้มีระบบต่อเนื่องและจริงจัง โดยเน้นให้เจ้าหน้าที่เข้ามาฝึกอบรมและมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน) และหน่วยงานให้การสนับสนุนงบประมาณ สื่อวัสดุ อุปกรณ์ ดังนั้นการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆควรมีการจัดดำเนินการที่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นว่าดี มีประโยชน์ คุ่มค่าและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จนเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

2. จากผลการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และตามรายด้านพบอยู่ในระดับดี 5 ด้านคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด และอยู่ในระดับพอใช้ 1 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมทางกาย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสุขภาพให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกายของแต่ละคนให้มากยิ่งขึ้น บริการที่ควรมีได้แก่

2.1 ผู้บริหารหน่วยงานทุกแห่งให้ความสำคัญ มีนโยบายการออกกำลังกายของหน่วยงานอย่างจริงจัง และให้การสนับสนุนจัดโครงการ/ กิจกรรมการออกกำลังกาย ทั้งอำนวยความสะดวกด้านวัสดุ อุปกรณ์ และจัดสรรงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่างๆของการออกกำลังกายอย่างสะดวกและเหมาะสม

2.2 จัดตั้งทีมสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมหรือมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพตลอดจนบริหารจัดการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

2.3 มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ

3. จากผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 45.40 ซึ่งนับว่าเป็นภาวะโภชนาการที่ผิดปกติที่ค่อนข้างสูง ซึ่งในอนาคตอาจส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นได้ แสดงว่าอาจเป็นผลมาจากแบบแผนและนิสัยในการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมหรือไม่สมดุล บริการที่ควรมีได้แก่

3.1 หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดอบรมให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ โดยเน้นเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ ทันสมัย และมีสื่อในรูปแบบต่างๆที่เหมาะสม เพื่อให้ตระหนักถึงประโยชน์หรือความสำคัญของการบริโภคที่ถูกต้องที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

3.2 ทุกหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดบริการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เช่นโรงครัวหุงข้าวกล้องแทนข้าวขาว ส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้มากกว่าขนมหวาน เสริมผลไม้แทนน้ำชาและกาแฟ เป็นต้น

3.3 ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้การออกกำลังกายในหน่วยงานเป็นประจำควบคู่กับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม

4. จากการศึกษาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับพอใช้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติงานที่ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ ดังนั้นทุกหน่วยงานควรจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนได้ตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจสมรรถภาพร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการป้องกัน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในภาวะปกติ แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการตอบแบบสอบถามมีจำนวนข้อมาก ทำให้ต้องใช้เวลาานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีงานในความรับผิดชอบมาก เช่นกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ทำให้เสียเวลาและความตั้งใจในการตอบแบบสอบถามลดลง ดังนั้นควรมีการปรับจำนวนข้อคำถามให้เหมาะสมตามสภาพที่แท้จริง

2. เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรมีการปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพหรือไม่ จากการวิจัยครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรตั้งเกณฑ์ไว้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีควรมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 (1.60 – 2.00) ระดับพอใช้มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 70 (1.20 – 1.59) และระดับไม่ดีมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60

(00 – 1.19) เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ มีการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้ว เพราะเป็นผู้ให้บริการสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ควรตั้งเกณฑ์ให้สูงกว่าบุคคลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาเรื่องโรคประจำตัวร่วมด้วย เพราะเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะบ่งชี้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดี

4. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทุกกลุ่มอาชีพ ควรมีการศึกษาในแต่ละกลุ่มอาชีพเฉพาะ ซึ่งจะทำให้สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษาได้อย่างชัดเจน สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการวางแผนโครงการต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละกลุ่มอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป





บรรณานุกรม

- กรมพลศึกษา. (2534). แนวทางการพัฒนาวิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อุดลำนเา.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สุขภาพจิตชุมชน. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต. กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2540. นนทบุรี : กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2543). ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. (2542). บุหรี่และสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2540). คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2539). “ รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู.” ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูและผู้สูงอายุ. ระหว่างวันที่ 14 –16 สิงหาคม 2539. หน้า 15 – 20. เชียงใหม่ : โรงแรมโลดส์ปางสวนแก้ว.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2539). “ รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู” ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูและผู้สูงอายุ. ระหว่างวันที่ 14 –16 สิงหาคม 2539. หน้า 15 – 20. เชียงใหม่ : โรงแรมโลดส์ปางสวนแก้ว
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2540). การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสาธารณสุขภูมิภาค. (2539). แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544. นนทบุรี : กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุศึกษา. (2534). สรุปผลการสมนาสุขภาพบัญญัติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุศึกษา. (2539). นโยบายสุศึกษาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : กระทรวง ฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุศึกษา. (2540). คู่มือประชาชนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุศึกษา. (2541). สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ. นนทบุรี : กระทรวงฯ
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุศึกษา. (2541). แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งชาติ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กองโภชนาการ. (2541). คู่มือการส่งเสริมโภชนาการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี : กระทรวง ฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2543). ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพ = National Form for Health Care Reform. นนทบุรี : กระทรวงฯ.
- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2537). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ชวนการพิมพ์.
- กฤติกา จันทรหอม. (2542). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวน ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดสำเนา.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528). การศึกษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณ.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในนบพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อุดสำเนา.
- จรวพร ธรณินทร์. (2530). " กีฬาสุขภาพ," ใน วารสารไกล้มอ 7. หน้า 51 – 52. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- จันทรจิรา ภูทองเกษ. (2537). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. อุดสำเนา.
- จรินทร์ ศรีสุวรรณ. (2534). เจตคติของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดลำพูนต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ปรียญานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อุดสำเนา

- จุริรัตน์ เพชรทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการ
ตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจริญ กระบวนรัตน์. (2530). “ การออกกำลังกายกับชีวิตและสุขภาพ” ใน กรมพลศึกษา.
หน้า 45 – 53. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ชมภู วิสุทธิเมธีกร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ
การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
(การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
อัดสำเนา.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2541). ปรัชญาการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ :
เทพเนรมิต.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิต
ผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์. (2531). การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษา.
ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- ถนอมวรรณ อยู่ขำ. (2536). พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัด
กรมพลศึกษาในส่วนกลาง. ปริญญานิพนธ์.กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร . อัดสำเนา.
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2528). “ การประเมินผลงานสุขศึกษาในงานโรงเรียน : กระบวนการ
วิเคราะห์อย่างมีระบบ,” ใน วารสารสุขศึกษา. หน้า 18. กรุงเทพฯ :
กระทรวงสาธารณสุข.
- นภาพร มัชฌมากร. (2539). สุขภาพของระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- นลินี มกรเสน. (2538). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่ง
ชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท. ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัด
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- บุปผา ขอบใช้. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเมเร็ง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาล). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. อุดສຳເນາ.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- ประกิต วาทีสาธกิจ. (2541). การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์.
- ประสงค์ ชีรพงศ์ภักดิ์. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- ประเวศ วะสี. (2541). เส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- ปรารธนา ประสงค์ดีและคณะ. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. อุทัยธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิชิต ภูติจันทร์และคณะ. (2533). วิทยาศาสตร์การกีฬา. กรุงเทพฯ : ดันอ้อ.
- พิมลพรรณ สุพรรณโง. (2531). “อารมณ์เครียดหรือความเครียด,” ใน การประชา สงเคราะห์. หน้า 75 – 77. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- พิเชษฐ์ เจริญเกษ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2536). ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดສຳເນາ.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. (2529). จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน
โรงงาน อุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดมศึกษา.
- มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำ
เดือน ของครูศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ใน
กรุงเทพ มหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี นีรัตตราดร. (2539) การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริม
สุขภาพและ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์
พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. อุดมศึกษา.
- มลลือ ชูเนตร. (2538). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะ
โภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
อุดมศึกษา.
- ยุพดี กรรพพฤทธิ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สำนักงาน
การประถมศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพิน เจตมวงค์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่
มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวลักษณ์ ตั้งบุญญะศิริ และคณะ. (2537). " อนุรักษ์จากการทำงาน," ใน รายงานการ
วิจัยของคณะกรรมการการป้องกันอุบัติภัยแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี.
กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎมนตรี.
- รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล. (2541). การศึกษารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเป็น
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่. สิงห์บุรี :
บุญยไพศาลเจริญ.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. (2535). พฤติกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- ลดาวัลย์ ผาสุก. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพการสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อัดสำเนา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการวัดผลและวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2537). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- . (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วนลดา ทองใบ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคณางานสตรีโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- วัฒนา ส จันเจริญ. (2542). “ภาวะโรคในคนไทยและแนวคิดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค,” ใน สถานการณ์ ชูชัย ศุภวงศ์. หน้า 1 – 3. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์. พย.ม. (การพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). อาการภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุปราณี ผลชีวิน. (2530). อยู่อย่างไรจึงไม่เครียด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ครุสภา.
- สมจิต สุพรรณทัศน์. (2526). “ การจูงใจ,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง.

- สมจิตร เหง้าเกษ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล วิชาชีพศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ ยัมวิไล. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดรธานี.
- สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ. (2543). โครงการวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา : ศรีอยุธยา.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. (2540). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดรธานี.
- สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดรธานี.
- สุชาติ โสมประยูร. (2535). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุธารัตน์ ขวัญเงิน. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อุดรธานี.
- สุทธนิจ หุณหสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดรธานี.
- สุธีรัชต์ ทรัพย์ไพศาล. (2536). คู่มือการออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสุขภาพเขต 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธีรา เทศวงษ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. (2534). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพพระศับนานาชาติ. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.

- สุรี ชันธรักขวงศ์. (2532). พฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ
ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินต์ฉบับพิมพ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เสก อักษรานุเคราะห์. (2534). การออกกำลังกายสายกลางเพื่อสุขภาพและชลอความแก่.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2543). บัญชีรายละเอียดการเลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปีงบประมาณ 2543. พระนครศรีอยุธยา : สำนักงานฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2543). รายงานประจำปี 2542 สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา : สำนักงานฯ.
- อรชร ศรีไทยล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.
ปรินต์ฉบับพิมพ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร. อัดสำเนา.
- อรุณ หงษ์ทอง. (2530). “ความเครียด,” ใน วารสารครูเชียงราย. เชียงราย : สำนักการ
ประถมศึกษา จังหวัดเชียงราย.
- อารี วัลยะเสวี และคณะ. (2543). รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทย ใน
สองทศวรรษหน้า(ร่าง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกลบอลทอง.
- อิสรา อารณ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทาง
สังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินต์ฉบับพิมพ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. (2536). “เครียดและคลายเครียด,” ใน เอกสารประกอบการประชุม
สัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 3. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินต์ฉบับพิมพ์ กศ.ม.
(พัฒนศึกษาศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. อัดสำเนา.
- อานวยชัย จำรัสสินธ์. (2531). คำนิยมทางสุขภาพของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัด
สำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดอ่างทอง. ปรินต์ฉบับพิมพ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
อัดสำเนา.

- อำพล จินดาวัฒนะและคณะ. (2531). *การดำเนินการเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ*.
กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.
- อำพัน วิมลวัฒนา. (2534). *พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการใน
หน่วยฝากครรภ์ แผนกสูตินรีเวชกรรม วิทยาลัยพยาบาล. ปริญญาโท กศ.ม.
(สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. อัดสำเนา.*
- Ahijevyeh,K. & Bernard,L. (1994, January - February). " Health - Promoting Behaviors
of African American - Woman," *Nursing Research*. 43 (1) : 86-89.
- Bandura,A. (1977, March). "Self - Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavior
Change," *Psychological Review*. 84 (3) : 191-215.
- . (1989). *Social Foundation of Thought and Action : A Social Cognitive
Learning*. New Jersey : Prentic-Hall.
- Bandura, A. et al. (1990, November - December.). " Predicting Health - Promotion
Lifestyles in the Workplace," *Nursing Research*. 30 (6) : 326 - 332 .
- Behler, et al. (1993). *Health Promotion : Throughout the Lifespan*. 2 nd ed.
St Louis : The C.V. Mosby Company.
- Bloom. (1975). *Taxonomy of Education Objective Hand Book 1 : Cognitive
Domain*. New York : David Mckay Company.
- Cronbach, Lee J. (1970). *Essential of Psychological Tesing*. 3 nd ed. New York :
Harper and Row.
- Duffy, M.E. (1988, June.). " Determinants of Health Promotion in Midlife Women"
Nursing Research. 37 (6) : 358 - 362.
- Gillis, A.J. (1993 ,February). " Determinants of Health Promotion Lifestyle : An
Integrative Review," *Journal of Advance Nursing*. 18 (2) : 345 - 353.
- Green & Krueter. (1991). " Health promotion planning." in *An education and
environmen approach*. P.153. Toronto : Mayfied publishing company.
- Gochman. (1982). *Health behavior emerging research persectives*. New York :
Plenurm Press.
- Harris ,D.M. & Guten,S. (1979 January). " Health Protective Behavior : An
Exploratory study," *Journal of Health Social Behavior*. 6 (1) : 25 -26.
- Janis, IL. (1991). *Physiological Stress*. New York : John Willey & Son.
- Johnson, J.E. (1991, August). " Health – Care Practice of the Rura Aged,"
Journal of Gerontological Nursing. 17 (8) : 15-19.

- Kasl, S & Cobb, S. (1966, March). "Health Behavior, illness Behavior Sick Roll," *Arch Environ Health*. 12.(2) : 246 – 261.
- Lusk, S.L., Kerr, M.J. & Ronis, D.L. (1995 ,January). "Health Promotion Lifestyle of Blue-Collar Skill Trade and White-Collar Worker," *Nursing Research*. 44 (1) : 20-24.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P. (1993). *Nursing Assesment and Health Promoting Stratagies through the Life – span*. 5th ed. Appleton : Lange.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concepts of Practice*. 2 nd ed. New York : Mc Graw Hill Book Co.
- Palang, C.L. (1991, December). "Determinants of health - Promotion Behavior : A Review of Current," *Research Nursing Clinics of North America*. 26 (12) : 815 - 823.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk - Connecticut : Appleton and Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nurseing Practice*. Stanford Connecticut : Appleton and Lange.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Connecticut U.S.A : Appleton And Lange.
- Pender, et al. (1990 , November-December). Predicting Health Promoting Lifestyle in The Workplace ," *Nursing Research*. 39 (6) : 326 - 332.
- Speake, et al. (1989, April). "Health Perceptions and Lifestyle of Elderly," *Research in Nursing and Health*. 12 (2) : 93 - 100.
- Twaddle, A.C. (1981). *Sickness Behavior and The Sick Role*. Massachusetts : Sechenkman Publishing Company.
- Walker, S.N., Sechirst, K.R. & Pender, N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile : Delvelopment and Psychometric Characteristic." in *Nursing Research*. p. 76-81.
- Walker, S.N., et al. (1988). "Health - Promoting Lifestyle of Older Adults : Comparisons with Young and Middle - Aged Adult, Correlates and Patterns," in *Nursing Science*. 11 (10) : 76-90.
- Walker, et.al. (1990). "A spanish Language Version of the Health – Promoting Lifestyle Profile," in *Nursing Research*. p. 268 – 273. n.d.

World Health Organization. (1981). "Research on the Menopaus : Report of WHO Scientific Group," *WHO Technical Report*. Geneva : WHO.

Yamana Taro. (1967). *Statistic : Introductory Analysis*. 2 nd ed. New york : Harper And Row.







ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถาม

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ทรงพล ต่อนี | อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์อมรา กันยวิมล | อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นายแพทย์สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ | นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 4. นายแพทย์ธนะชัย ตั้งมั่นอนันต์กุล | นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน ฝ่ายเวชกรรม
สังคม โรงพยาบาลเสนา รักษาการผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลวังน้อย อำเภอวังน้อย
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 5. อาจารย์เรณู สุวรรณภาค | อาจารย์ 2 ระดับ 7 ประจำคณะวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี สถาบันราชภัฏพระนครศรีอยุธยา |





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๙๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/๕๖๔๖

วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางอุบล ไตรถวิล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ทรงพล ต่อณี และ อาจารย์อัมรา กันยวิมล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุบล ไตรถวิล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๖/๕๐

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

สำนักงานคณะกรรมการ
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๕๙๒๕
- 7 พ.ย. 2543
วันที่ 14.00
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๓๐ ตุลาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางอุบล ไตรดวิล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุบล ไตรดวิล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสรินศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๗๒



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้อย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางอุบล ไตรถวิล นิติระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ธวัช ตังม้นอนันตกุล นายแพทย์ธ ด้านเวชกรรมป้องกัน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุบล ไตรถวิล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อธิการบดีสถาบันราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางอุบล ไตรถวิล นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา " โดยมีรองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์เรณู สุวรรณภาค อาจารย์ 2 ระดับ 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุบล ไตรถวิล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔- ๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘- ๔๑๑๙

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถามเลขที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. ความมุ่งหมาย แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและทราบถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารไปพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป
2. ลักษณะแบบสอบถาม มี 3 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดและความรู้สึก (Behavior – specific cognition and effect) ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการรับรู้ประโยชน์ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในรูปของกลุ่ม มิใช่รายบุคคลและไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใด จึงใคร่ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริง

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นางอุบล ไตรถวิล

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นางสาว มอ. 3
ได้คืน 3
ส.ส. 2
ส.ส. 1

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือกรอกคำตอบให้ชัดเจนตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ

() 20 – 29 ปี () 30 – 39 ปี
() 40 – 49 ปี () 50 – 60 ปี

3. ท่านจบการศึกษาชั้นสูงสุด ระดับใด

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพการสมรส

() โสด () คู่
() หม้าย () หย่า / แยก

5. รายได้ (หมายถึง เงินเดือนรวมกับรายได้พิเศษอื่นๆ ด้วย)

() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,000 – 10,000 บาท
() 10,001 – 15,000 บาท () 15,001 – 20,000 บาท
() มากกว่า 20,000 บาท

6. ปัจจุบันน้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (ผู้วิจัยที่เป็นผู้ตอบ)

() ปกติ () อ้วน () ผอม

7. สถานที่ปฏิบัติงานของท่านในปัจจุบัน.....
ตำแหน่งในปัจจุบัน

() แพทย์ () ทันตแพทย์ () เภสัชกร
() พยาบาลวิชาชีพ () พยาบาลเทคนิค () เจ้าหน้าที่พยาบาล
() นักวิชาการ.....

() เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน () เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข
() เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข () ผู้ช่วยทันตสาธารณสุข
() เจ้าพนักงานเภสัชกรรม () พนักงานเภสัชกรรม
() เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ () นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
() เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ () นักรังสีการแพทย์

8. ประสบการณ์การปฏิบัติงานสาธารณสุขของท่าน

() 1-5 ปี () 6-10 ปี () 11-15 ปี () 15 ปีขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดและความรู้สึก (Behavior – specific cognition and effect)

ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1. ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพ และกรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยการเลือกคำตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นบ้าง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อนั้น

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การตรวจสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้			
2.	การระมัดระวังและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดบาดแผลจากการทำงาน ทำให้ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี			
3.	การดื่มสุราเป็นการแก้ปัญห หรือผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง			
4.	การคาดเข็มคัตนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์จะช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุได้			
5.	การอบอุ่นร่างกาย(WARM UP)ก่อนออกกำลังกาย จะช่วยป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายได้			
6.	การออกกำลังกายวันละเล็กน้อยมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าการออกกำลังกายแบบหักโหม			
7.	การออกกำลังกายจนเหนื่อยหอบมากๆ ทำให้หัวใจยิ่งแข็งแรง			

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
8.	การสวมเสื้อผ้าและสวมรองเท้าที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายแต่ละประเภท จะช่วยให้ดูสวยงาม ทันสมัย			
9.	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้ดูอ่อนกว่าวัย			
10.	การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือเป็นประจำ ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ได้			
11.	การรับประทานปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ทำให้กระดูกไม่เปราะ			
12.	การรับประทานเนื้อปลา จะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่นๆ			
13.	การหลีกเลี่ยงการรับประทานไข่แดง ดับ หอย กุ้ง ทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อระดับคอเลสเตอรอลสูง			
14.	การรับประทานอาหารมื้อหลักที่มีประโยชน์ต่อร่างกายคืออาหารมื้อเย็น ส่วนอาหารมื้อเช้า ควรเป็นอาหารที่เบาๆ			
15.	การรับประทานอาหารเสริม เช่น แบรินด์ รังนก วิตามินต่างๆ เป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง			
16.	การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สร้างความรัก ความอบอุ่นที่ดี			
17.	การทำงานคนเดียวโดยไม่วุ่นวายกับผู้อื่นทำให้งานสำเร็จได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ			
18.	การใช้ธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้ลดปัญหาความขัดแย้ง ความตึงเครียดได้			
19.	การรณรงค์ ช่วยรักษาโรคต่างๆ ได้			
20.	เมื่อมีปัญหา ไม่สบายใจ การค้นหาและแก้ไขที่สาเหตุ จะทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุดที่สุด			
21.	เมื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองไม่ได้ ควรปรึกษากับญาติหรือเพื่อนสนิท			
22.	การนวดช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ			

2. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการรับรู้อุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังยัง ขัดขวางการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพ และกรณอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบครอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยการเลือกคำตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นกำลัง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อนั้น

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ท่านยังไม่เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่			
2.	ท่านไม่ไปตรวจสุขภาพเพราะไม่ทราบรายละเอียด และวิธีการตรวจสุขภาพประจำปี			
3.	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องยุ่งยากในการปฏิบัติ			
4.	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ไม่ทราบถึงหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง			
5.	ท่านอยากออกกำลังกายแต่กิจวัตรประจำวันทำให้ท่านเหนื่อยเกินกว่าที่จะปฏิบัติได้			
6.	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ที่บ้านหรือที่ทำงาน ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย			
7.	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ที่บ้านหรือที่ทำงาน ไม่มีอุปกรณ์การออกกำลังกาย			
8.	ลักษณะการทำงานผลัด 8 ชม. ในโรงพยาบาล หรือการปฏิบัติเวรนอกเวลาราชการในที่ทำงาน ทำให้ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้			
9.	การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพดี จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง			
10.	ท่านไม่รับประทานอาหารเข้าที่มีคุณค่าต่อร่างกายทุกวันเพราะไม่มีเวลาเตรียม			

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
11.	ท่านต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปประทาน จึงไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าตามที่ต้องการได้			
12.	พิษภัยจากสารเคมีที่ใช้ฉีดฆ่าแมลงในผัก ผลไม้ ทำให้ท่านไม่รับประทานผักและผลไม้			
13.	ปัญหาร้านอาหารปรุงอาหารโดยใช้ไขมันสัตว์ ใส่ผงชูรส ทำให้ท่านไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูป			
14.	การทำงานต่างๆ ทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ฯลฯ			
15.	ท่านไม่มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นก่อน			
16.	ท่านมีความคับข้องใจทุกครั้งเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา			
17.	ปัญหาความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา ทำให้ท่านทำงานอย่างขาดความสุข			
18.	ท่านไม่กล้าในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และ เป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถ			
19.	ท่านไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่จะปรึกษา ปรึกษาและขอคำแนะนำเมื่อมีปัญหา			
20.	ท่านทราบประโยชน์ของการคลายเครียดแต่ไม่ทราบวิธีการคลายเครียดที่ถูกต้อง			
21.	ความรีบร้อนในชีวิตประจำวันทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคลายความเครียด			
22.	ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคลายความเครียดได้			

3. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความมั่นใจ ความสามารถ
 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพ และ
 กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับ
 ความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยการเลือกคำตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้
 มาก หมายถึง ท่านมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้อย่างแน่นอน
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติตามข้อความได้เพียงครั้งเดียว
 น้อย หมายถึง ท่านมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติตามข้อความได้เพียงบางส่วนหรือ
 ไม่ได้เลย

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความมั่นใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพร่างกายได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
2.	ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพภายในช่องปากและฟัน กับทันตแพทย์ทุก 6 เดือน			
3.	ท่านสามารถใช้หลักการป้องกันแบบครอบจักรวาล(Universal precaution)ในการให้บริการผู้ป่วยทุกครั้ง			
4.	เมื่อต้องขับรดเอง ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการตีมีเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ได้ทุกครั้ง			
5.	ถ้าท่านต้องขับรดยนต์/จึกรยานยนต์ท่านสามารถคาดเข็มขัดนิรภัย/สวมหมวกนิรภัย ได้ทุกครั้ง			
6.	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยใช้เวลาย่นละ 20-30 นาที			
7.	ท่านสามารถประเมินการเต้นของหัวใจ(โดยการจับชีพจร) ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง			
8.	ท่านสามารถอบอุ่นร่างกาย(WARM UP)และคลายอุ่น(WARM DOWN)ทุกครั้งก่อนออกกำลังกาย			
9.	ท่านสามารถจัดหาผักหรือผลไม้มารับประทานได้ทุกวัน			

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความมั่นใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
10.	ท่านสามารถต้อนรับประทานอาหารประเภทเผ็ดจัด เค็มจัด หรือหวานจัด			
11.	ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารในร้านที่ ประกอบอาหารได้ถูกลักษณะและมีคุณภาพ			
12.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร แปรรูป เช่น แอมเบอร์เกอร์ แฮม กุนเชียง ฯลฯ			
13.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร สุกๆ ดิบๆ ได้			
14.	ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัวอยู่เป็นประจำได้			
15.	ท่านสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่นได้			
16.	ท่านชอบมีความเห็นขัดแย้งกับบุคคลใน ครอบครัวและผู้ร่วมงาน			
17.	ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายหรือวางแผนในการ ดำเนินชีวิตของตัวเองได้			
18.	ท่านตัดสินใจที่จะทำสิ่งต่างๆ โดยตัวของท่านเอง โดยไม่ปรึกษากับผู้ใกล้ชิดอยู่เป็นประจำ			
19.	ท่านสามารถแสดงความยินดี กล่าวชมความสำเร็จและความสามารถของผู้อื่นเมื่อมีโอกาส			
20.	ท่านสามารถทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฯลฯ			
21.	เมื่อเกิดความเครียด ท่านสามารถค้นหาปัญหา และแก้ไขสาเหตุได้ด้วยตนเอง			
22.	ท่านสามารถหาบุคคลที่จะปรึกษาปัญหา ปรับทุกข์พูดคุย เมื่อมีความเครียดได้ทุกครั้ง			
23.	เมื่อเกิดความเครียดท่านสามารถผ่อนคลาย ความเครียดโดยการฟังเพลง ร้องเพลง			
24.	เมื่อเกิดความเครียด ท่านสามารถหาวิธี ผ่อนคลายความเครียดโดยการออกกำลังกาย			

ตอนที่3 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยการเลือกคำตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ อยู่บ่อยๆ หรือบ่อยครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเลย

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1.	ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ท่านสูบบุหรี่			
2.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์			
3.	ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลัง รับประทานอาหาร			
4.	ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา			
5.	ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วย ตนเอง เช่น การตรวจคลำเต้านม น้ำหนักที่ ลดผิดปกติ เป็นต้น			
6.	ท่านตรวจสุขภาพ หรือตรวจ สมรรถภาพร่างกาย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
7.	ท่านตรวจสอบสารเคมีในเลือด เป็นต้นว่า น้ำตาล ไขมัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
8.	ท่านได้ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันกับ ทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน			
9.	ท่านชอบอยู่ในที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่ สะดวก เช่นโรงภาพยนตร์ ห้องคาราโอเกะ			
10.	ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย3วัน/ สัปดาห์ และอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที			

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
11.	ท่านออกกำลังกายโดยอบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกายจริง แล้วคลายอุ่น ทุกครั้ง			
12.	ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก			
13.	ท่านได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับ ชีพจร ก่อนและหลังการออกกำลังกาย			
14.	ท่านได้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสมกับ การออกกำลังกายแต่ละประเภทในแต่ละครั้ง			
15.	ท่านเคลื่อนไหวออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้แก่การทำกิจวัตรประจำวัน งานบ้าน เป็นต้น			
ด้านโภชนาการ				
16.	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 -8 แก้ว			
17.	ท่านดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้อย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง			
18.	ท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ			
19.	ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย เมล็ดถั่วแห้ง ถั่วแห้ง ฯลฯ			
20.	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช เป็นประจำ			
21.	ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุงโดยวิธี ปิ้ง ย่าง หรือรมควัน			
22.	ท่านรับประทานไข่มากกว่า 3 ฟอง / สัปดาห์			
23.	ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด หรือหวานจัด			
24.	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท น้ำชา กาแฟ			
25.	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชูกำลัง			
26.	ก่อนซื้ออาหารกระป๋อง ท่านตรวจสอบ ภาชนะบรรจุอาหารว่าฉีกขาด บวม และดู ฉลากอาหารเพื่อตรวจสอบรายละเอียดต่างๆ			

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
27.	ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดกแต่งงาน ฯลฯ			
28.	ท่านสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นใกล้ชิด และบุคคลอื่นด้วยการพูดคุย การร่วมเป็นสมาชิก			
29.	ท่านปรับความเข้าใจ และประนีประนอมเมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่น			
30.	ท่านแสดงความรู้สึกชมเชยและยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่นได้อย่างไม่ขัดเขิน			
31.	ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่นเมื่อมีเหตุจำเป็น			
32.	ท่านชอบทำงานคนเดียว ไม่ชอบบ่นววยกับเพื่อนร่วมงาน			
33.	ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ท่านกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเองในระยะยาวได้			
34.	ท่านใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้			
35.	ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง และไม่มุงหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้			
36.	ท่านสำรวจข้อดี และข้อเสียของตนเองแล้วพิจารณาปรับปรุงแก้ไข			
37.	ท่านใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์			
38.	ท่านทำใจยอมรับได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้ายหรือเรื่องดี			
39.	ท่านทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น			

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
40.	ด้านการจัดการกับความเครียด ท่านมักจะหลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด			
41.	เมื่อมีความเครียด ท่านพยายามค้นหาปัญหา และแก้ไขสาเหตุด้วยตัวท่านเอง			
42.	ท่านปรึกษาปัญหา พูดคุย ปรับทุกข์ กับผู้ใกล้ชิด ที่ไว้วางใจ เมื่อมีความเครียด			
43.	ท่านจะผ่อนคลายความเครียดโดยการ นั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือวิธีอื่นๆตามความ เชื่อทางศาสนา			
44.	ท่านจะผ่อนคลายความเครียดโดยการ ฟังเพลง ร้องเพลง อ่านหนังสือ			
45.	ท่านจะผ่อนคลายความเครียดโดย การฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือฝึกการหายใจ			
46.	เมื่อท่านรู้สึกเครียด โกรธ หรือไม่พอใจ ท่าน จะหงุดหงิด อารมณ์เสียใส่ผู้อื่น			
47.	ท่านจะรับประทานยาระงับประสาท หรือยา นอนหลับ เมื่อมีความเครียด			

ภาคผนวก ค
คุณภาพเครื่องมือ



คุณภาพเครื่องมือ

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 30 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	4.50
2	3.30
3	3.46
4	3.80
5	2.95
6	4.11
7	2.40
8	1.85
9	4.04
10	3.71
11	1.74*
12	0.17*
13	4.68
14	3.28
15	3.11
16	2.38
17	1.85
18	1.72*
19	3.26
20	2.57
21	0.85*
22	2.33
23	3.49
24	3.33
25	2.89

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 30 ข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
26	4.04
27	1.39*
28	0.28
29	2.37
30	1.80

- * ตัดข้อคำถามนั้นออก ไม่นำมาใช้
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.70

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 33 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	3.44
2	4.32
3	8.44
4	3.04
5	6.20
6	2.87
7	3.98
8	3.42
9	5.55
10	1.45*
11	3.54

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 33 ข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
12	3.52
13	3.63
14	3.58
15	6.33
16	7.10
17	5.05
18	4.17
19	2.79
20	3.60
21	10.00
22	7.88
23	7.65
24	4.41
25	5.08
26	5.32
27	5.32
28	4.67
29	2.99
30	3.47
31	5.66
32	4.60
33	-2.22*

- * ตัดข้อคำถามนั้นออก ไม่นำมาใช้
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.87

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	6.05
2	4.82
3	4.03
4	2.41
5	3.73
6	5.57
7	2.39
8	3.28
9	5.45
10	4.38
11	3.93
12	3.06
13	7.23
14	4.24
15	3.75
16	3.81
17	3.27
18	5.72
19	1.98
20	2.76
21	3.64
22	5.03
23	5.46
24	4.05
25	4.33
26	2.04
27	6.24

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
28	4.55
29	3.91
30	4.03
31	2.83
32	4.22
33	5.93
34	4.32
35	4.15
36	5.21
37	4.88
38	3.42

- * ตัดข้อคำถามนั้นออก ไม่นำมาใช้
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
เท่ากับ 0.88

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 57 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.83*
2	2.67
3	3.27
4	1.57*
5	2.93
6	0.88*
7	3.43
8	2.61
9	0.76*
10	2.31
11	1.96
12	2.30
13	0.46*
14	1.61*
15	1.69*
16	4.77
17	1.43
18	2.19
19	2.26
20	2.20
21	6.52
22	4.54
23	5.66
24	4.81
25	3.54
26	4.21
27	5.20

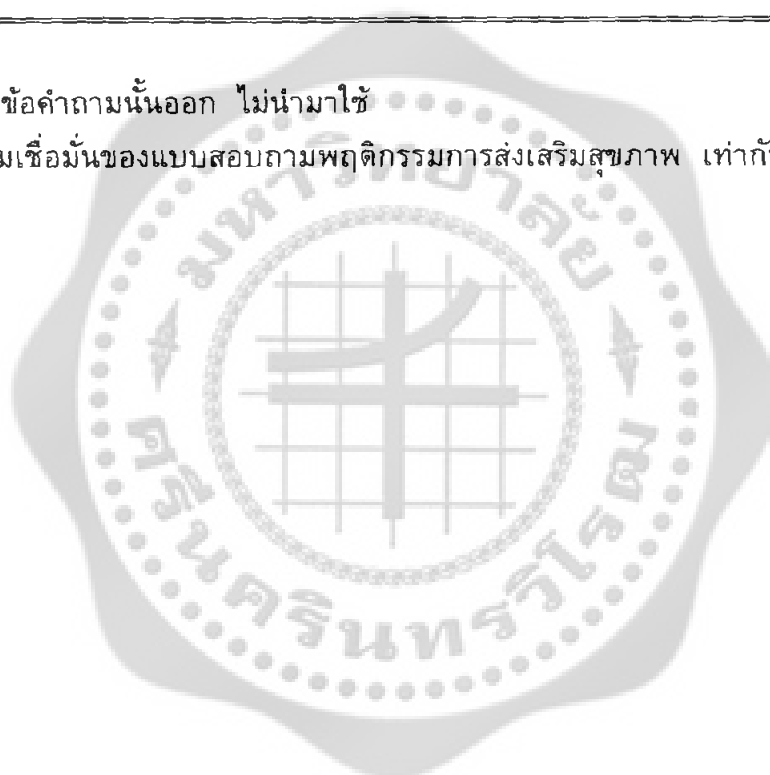
ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 57 ข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
28	7.85
29	6.11
30	4.22
31	2.77
32	2.19
33	3.12
34	3.53
35	2.87
36	3.87
37	3.20
38	5.16
39	2.26
40	4.57
41	3.05
42	4.10
43	- 0.17*
44	1.88
45	2.81
46	7.34
47	9.89
48	8.89
49	4.28
50	4.29
51	6.79
52	4.37
53	3.71
54	3.87

ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
จำนวน 57 ข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
55	2.84
56	0.92*
57	3.28

- * ตัดข้อคำถามนั้นออก ไม่นำมาใช้
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.87





ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางอุบล ไตรถวิล
วัน เดือน ปี เกิด	30 สิงหาคม 2506
สถานที่เกิด	อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	78/1 หมู่ 6 ตำบลพระขาว อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13250
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบางบาล อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2525	มัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์
พ.ศ. 2527	พยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์
พ.ศ. 2532	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2544	กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร