

ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

สารนิพนธ์

ของ

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

ตุลาคม 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

613.0434

ศ ๒๕๘๒

ร. 3

ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

ของ

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

ตุลาคม 2548

h 282528

๒-1 ก.พ. 2549

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. (2548). ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม. สารนิพนธ์ กศ.ม.

(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์
ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำจิณ.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร
โรงเรียน 2) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพกับการเห็นคุณค่าในตนเอง 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 5) ศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของบุคลากรโรงเรียน โดยใช้การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
เป็นตัวทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม อายุ 21-59 ปี
จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัด
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการ
เสพสารที่เป็นโทษ และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัด
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทดสอบค่าที ค่าเอฟ ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย

ผลการศึกษาค้นคว้า สรุปได้ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของบุคลากรโรงเรียน อยู่ในระดับค่อนข้างดี
(ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06)

2. บุคลากรโรงเรียนเพศชายและบุคลากรโรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ พบว่า บุคลากร
โรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษดีกว่าบุคลากร
โรงเรียนเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม
และรายด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร พบว่า บุคลากรโรงเรียนอายุ 41 – 50 ปี
มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีกว่า บุคลากรโรงเรียนอายุน้อยกว่า 30 ปี
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
โดยรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างจากบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

5. บุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/ เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลดีกว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านไม่แตกต่างกันทุกด้าน

7. การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. ทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. ทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Att) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Sel) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 34.8

สมการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.552 + .197(Att) + .167(Sel)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .375 (Att) + .334(Sel)$$

BIOSOCIAL FACTORS AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS
EFFECTING HEALTH CARE BEHAVIOR OF PERSONNEL
IN MAHIDOL WITTAYANUSORN SCHOOL IN
NAKHON PATHOM PROVINCE

AND ABSTRACT
BY
SURANG CHERWANITCHAKORN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University

October 2005

Surang Cherwanitchakorn. (2005). *Biosocial Factors and Psychological Characteristics Effecting Health-Care Behavior of Personnel in Mahidol Wittayanusorn School, Nakhon Pathom Province*. Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Assist. Prof. Pranot Khowchim.

The purposes of this research were: 1) to study the level of school personnel's health-care behavior, 2) to compare health-care behavior of the school personnel on the basis of biosocial factors, i.e., sex, age, educational level, income and body mass index, 3) to study the correlation between health-care behavior and self-esteem, 4) to study the correlation between health-care behavior and attitude towards health-care behavior, and 5) to study the power of self-esteem and attitude towards health-care behavior in predicting health-care behavior of the school personnel.

The sample for this research included 123 persons, 21–59 years old, who were drawn from Mahidol Wittayanusorn School in Nakhon Pathom Province during the year 2005. The instruments for collecting research data were questionnaires on biosocial factors, 4 domains of health-care behavior, self-esteem, and attitude towards health-care behavior. The statistical methods and procedures for analyzing the data were t-test, F-test, Pearson's product-moment correlation coefficient, and regression analysis.

The main findings indicated that the school personnel's health-care behavior as a whole was found to be at a rather good level with a mean score of 3.06. No significant sex difference was found in school personnel's health-care behavior as a whole and in each of the 4 domains, whereas there was a significant difference at the .05 level in their avoidance of toxic substances, and no significant age-group difference was found in the health-care behavior as a whole and in each domain. However, it was found that the 41-50 years old group was significantly better than the 30 years old group in eating behavior at the .05 level. No significant educational-level difference was found in school personnel's health-care behavior neither as a whole nor in each domain. There was a significant economic-level difference at the .05 level in school personnel's health-care behavior: the persons at a higher economic-level of 30,000 baht per month were better than those at a lower economic level of 10,000-20,000 baht per month, and a significant body-mass index difference at the

.05 level was also found in school personnel's health-care behavior: those whose body mass index more than 24.9 kilograms per square meter had better health-care behavior as a whole than the ones whose body-mass index less than 20.0 kilograms per square meter; no body-mass index difference was found in each domain of their health-care behavior.

The positive correlation coefficients between self-esteem and each domain of health-care behavior: eating, exercise, avoiding toxic substances and personal hygiene, were found to be significantly different at the .01 level, and positive correlation coefficients were also found between attitude towards health-care behavior as a whole and in the 4 domains at the .01 level of significance. Finally, it was also found that attitude towards health-care behavior (Att) and self-esteem (Sel) could mutually and accurately predict the health-care behavior of the school personnel as much as 34.8% with a standard error of .189, and the findings indicated the prediction equation for health-care behavior in term of raw scores: $Y = 1.552 + .197(\text{Att}) + .167(\text{Sel})$ and in term of standard scores: $Z = .375 (\text{Att}) + .334(\text{Sel})$

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. นวลละออ สุภาผล)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานสอบสารนิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. นวลละออ สุภาผล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์สุภา ปานเจริญ)

วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณายิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต เค้าจิม อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้ ชี้แนะ นำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนสามารถทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ สมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นวลละออ สุภาพล และ รองศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ที่กรุณามาเป็นคณะกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่งต่อความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการตรวจและแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นปริญญาโท ภาคพิเศษ สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ และเพื่อน ร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอกราบขอบคุณบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการตอบ แบบสอบถามของผู้วิจัย

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้ประโยชน์จากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ที่ได้อบรมสั่งสอน และวางรากฐานทางการศึกษาแก่ผู้วิจัย

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า.....	5
ประชากร.....	5
กลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
นิยามปฏิบัติการ.....	8
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	12
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความหมาย บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรโรงเรียน.....	15
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	16
ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	16
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร.....	24
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย.....	27
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ.....	28
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล.....	29
ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	30
เพศกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	31
อายุกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	34
	ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	37
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	37
	ฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	39
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ....	39
	ดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	41
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	43
	จิตลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	44
	การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	44
	ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	44
	องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	47
	ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ.....	49
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรม	
	การดูแลสุขภาพ.....	51
	ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	53
	ความหมายของทัศนคติ.....	53
	องค์ประกอบของทัศนคติ.....	55
	การสร้างทัศนคติ.....	56
	การวัดทัศนคติ.....	57
	ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม.....	58
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	58
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	61
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	62
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	62
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	72

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	73
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	95
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	95
สมมุติฐานการศึกษาค้นคว้า.....	95
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	96
สรุปการศึกษาค้นคว้า.....	97
อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	108
ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป.....	109
บรรณานุกรม.....	110
ภาคผนวก.....	119
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	139

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงเรียนที่มีผลการตรวจสุขภาพผิดปกติ พ.ศ. 2546 และพ.ศ. 2547.....	3
2	ปริมาณสารอาหารที่คนปกติต้องการต่อวัน.....	27
3	ดัชนีมวลกาย.....	42
4	จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย.....	76
5	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแล สุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ของบุคลากรโรงเรียน.....	78
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน โดยรวม และในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ.....	79
7	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามอายุ.....	80
8	วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	81
9	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุที่แตกต่างกันเป็นรายคู่.....	82
10	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุที่แตกต่างกันเป็นรายคู่.....	82
11	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	83
12	วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	84
13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	85

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ บุคลากรโรงเรียน จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	86
15	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของบุคลากรโรงเรียน กลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเป็นรายคู่.....	87
16	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ของบุคลากรโรงเรียน กลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเป็นรายคู่.....	87
17	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ของบุคลากรโรงเรียน กลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเป็นรายคู่.....	88
18	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	89
19	วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	90
20	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของบุคลากรโรงเรียน กลุ่มดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันเป็นรายคู่.....	91
21	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน.....	92
22	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน.....	92
23	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ บุคลากร โรงเรียน โดยใช้การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นตัวทำนาย.....	93

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	13
---	----------------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับแต่อดีตระบบสุขภาพของไทยส่วนใหญ่เป็นระบบตั้งรับ คือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้วจึงมารับการรักษา จนกระทั่งปัจจุบันการดูแลสุขภาพจึงได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดำรงชีวิตทั้งในสังคมเมืองและสังคมชนบทการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถประกอบภารกิจต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข เป็นประโยชน์ต่อสังคม ประเทศชาติ และยังช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาล ประมาณค่าใช้จ่ายในปี 2543 พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเกือบ 300,000 ล้านบาท และรายจ่ายค่าสุขภาพนี้เพิ่มขึ้นด้วยอัตรากว่าร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน (ประเวศ วะสี, 2543: 8) แต่ประชาชนชาวไทยก็ยังเจ็บป่วยเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ด้วยการป่วยเป็นโรคหัวใจ มะเร็ง หรืออุบัติเหตุ ยาเสพติด และอื่นๆ ซึ่งถ้าปล่อยให้สุขภาพการณเช่นนี้ต่อไป ประเทศไทยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติมากขึ้นเรื่อยๆ นั่นคือ ถึงแม้มีรายจ่ายทางด้านสุขภาพสูง แต่ไม่สามารถทำให้คนไทยมีสุขภาพดีขึ้นได้ ปัญหาสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง การพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ทำให้ประเทศไทยตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา” (Epidemiological transition) กล่าวคือ ปัญหาทางด้านสาธารณสุขได้แปรเปลี่ยนจาก ภาวะโรคติดต่อและโรคจากความยากจน ไปสู่โรคที่ไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิต(Health Related Behavior) ที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โซเดียมสูง อาหารรสหวานจัด เส้นใยอาหารน้อย ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด และมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น ส่วนโรคที่ไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ฯลฯ โดยโรคไม่ติดต่อเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ ประกอบกับการพึ่งพาอาศัยเทคโนโลยีและนักวิชาชีพมากขึ้นไป จนบางครั้งประชาชนไม่ตระหนักในการหันกลับมาดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีการนำเสนอยุทธการใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยการใช้กลยุทธ์ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพดีนั้นต้องพิจารณาในลักษณะขององค์รวมที่ประสมประสานกันทั้งทางด้านกายภาพ สรีรภาพ และจิตสังคม ที่มีการปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะบูรณาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครั้ว สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และการศึกษา

จากนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ซึ่งมุ่งเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางแห่งการพัฒนา ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ทั้งนี้เพราะ “คน” เป็นผู้ปฏิบัติและกำหนดทิศทางแห่งการพัฒนา และได้รับประโยชน์โดยตรงจากการพัฒนาดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนาในรายละเอียดของแผนพัฒนาฉบับที่ 9 จึงได้เน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวม 2 ลักษณะ คือ ประการที่หนึ่งเน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆซึ่งมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข ประการที่สองเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ดังนั้นการพัฒนาคนจึงเป็นงานสำคัญและจำเป็นมากในกระบวนการพัฒนาประเทศ เพราะประเทศจะพัฒนาได้ดีเพียงใดต้องขึ้นอยู่กับคุณภาพของประชากรในประเทศ ทั้งนี้ต้องอาศัยการศึกษาที่ถึงพร้อมด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนา การจัดการศึกษาให้ประสบความสำเร็จนั้นมีปัจจัยหลายประการ และปัจจัยหนึ่งที่นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งคือบุคลากรในสถานศึกษา เพราะบุคลากรในสถานศึกษาเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานด้านการศึกษา มีหน้าที่หลักในการอบรมสั่งสอนศิษย์ให้เป็นคนดี ประพฤติปฏิบัติชอบ เป็นผู้พร้อมทั้งสติปัญญาที่จะแก้ไขปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมตามจุดมุ่งหมายและแผนการศึกษา มีหน้าที่โดยตรงในการส่งเสริม กระตุ้น และจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สามารถเป็นแม่แบบและสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนเป็น คนดี คนเก่ง และมีสุขภาวะสมบูรณ์ได้นั้น จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกด้านไปพร้อมๆกัน รวมถึงการพัฒนาด้านสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดี แข็งแรงและสมบูรณ์เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่ดี ถ้าบุคลากรในสถานศึกษามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียน และยังเป็นการปลูกฝังค่านิยมที่ดีแก่ผู้เรียน

จากรายงานสถิติของ สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2544) กล่าวถึงการเสียชีวิตของบุคลากรในสถานศึกษา ปีพ.ศ. 2542–2544 (อุษณี แสงสุข. 2546: 3) พบสถิติการเสียชีวิตว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากการมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง ตับอักเสบ ไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆเหล่านี้สามารถป้องกันและชะลอการเกิดได้ โดยมีพฤติกรรมปฏิบัติที่ดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาบุคลากรในโรงเรียนแห่งนี้ตั้งอยู่ในบริเวณมหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา เริ่มเปิดทำการสอนนักเรียนรุ่นแรกในปีการศึกษา 2534 ต่อมาในปีพ.ศ.2542 รัฐบาลมีนโยบายจัดการศึกษาให้กับเด็กและเยาวชนที่มีความสามารถพิเศษทางด้านวิทยาศาสตร์ และคณิตศาสตร์ ได้มีการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการจึงได้มอบหมายให้สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) พัฒนาโครงการจัดตั้งโรงเรียนที่มีลักษณะพิเศษต่างจากโรงเรียนทั่วไป และได้มีพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ เป็นโรงเรียนวิทยาศาสตร์แห่งแรกของประเทศไทย มีสถานภาพเป็นองค์การมหาชน เปิดสอนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2543 โดยนักเรียนทุกคนที่ศึกษาในโรงเรียนแห่งนี้ต้องพักอาศัยอยู่ในหอพักของโรงเรียน และมีบุคลากรที่พักอาศัยในโรงเรียน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้ให้การดูแลสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ต้องมีความรับผิดชอบสูงในการดูแลนักเรียน ทั้งด้านการศึกษา และการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็น และจากสถิติการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงเรียน พบความผิดปกติจากผลการตรวจสอบสุขภาพตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงเรียน ที่มีผลการตรวจสอบสุขภาพผิดปกติ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547

ชนิดของการตรวจ	พ.ศ. 2546			พ.ศ. 2547		
	ผู้รับการตรวจ (คน)	ผิดปกติ (คน)	ร้อยละ	ผู้รับการตรวจ (คน)	ผิดปกติ (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิต	89	8	8.99	114	8	7.02
คลอเลสเทอรอล	52	47	90.38	64	48	75
น้ำตาลในเลือด	48	2	4.17	55	2	3.64
การทำงานของตับ	48	7	14.58	55	10	18.18
การทำงานของไต	52	1	1.92	60	4	6.67

จากข้อมูลเบื้องต้นด้านสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน พบว่าบุคลากรโรงเรียนหลายคนมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ไม่ติดต่อ ซึ่งสาเหตุบางส่วนอาจมาจากการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเหตุที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน โดยพิจารณาว่า ปัจจัยทางชีวสังคมน่าจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ นอกจากนี้

ผู้วิจัยยังสนใจตัวแปรด้านจิตลักษณะอีก 2 ตัว คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เนื่องจากงานวิจัยการเห็นคุณค่าในตนเองของ วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547:107) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐมเขต 1 และเขต 2 พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของครูประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไบรอัน และคนอื่นๆ (Bryan; et al.) (2004: 103 - 105) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีนัยสำคัญทางสถิติในการเป็นตัวทำนายความพึงพอใจต่อการ ใช้ ฤงยางอนามัย ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น หากบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเอง สูง ก็น่าจะเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีด้วย ส่วนทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งอยู่ในส่วนลำดับขั้นของต้นไม้จริยธรรม จากทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538: 2-3) นั้นก็ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ จึงคาดว่าตัวแปรทั้งสองนี้จะสามารถ นำมาอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็น แบบอย่างที่ต้อง เพื่อถ่ายทอดต่อกลุ่มงานอื่นที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกันอันนำไปสู่การพัฒนา สังคมและประเทศชาติสืบต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิตลวิทยานุสรณ์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ กับ การเห็นคุณค่าในตนเอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ กับทัศนคติต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
5. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน มหิตลวิทยานุสรณ์ จากการเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาสุขภาพให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพ ใช้ในการ ดำเนินงานเพื่อปรับกิจกรรมการเรียนการสอน การปฏิบัติงาน และวางแผนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ให้บุคลากรโรงเรียน

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. จิตลักษณะ ศึกษาเฉพาะจิตลักษณะ 2 ด้าน คือ
 - 1.1 การเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 1.2 ทักษะติดต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
2. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ศึกษาเฉพาะพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือ
 - 2.1 ด้านการรับประทานอาหาร
 - 2.2 ด้านการออกกำลังกาย
 - 2.3 ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ
 - 2.4 ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

3. กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาเฉพาะบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ซึ่งปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2548 จำนวน 123 คน

4. วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ตอบรายงานเกี่ยวกับตนเอง มิได้มีการวัดด้วยวิธีอื่น

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ซึ่งปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2548 จำนวน 123 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

3.1.1 เพศ ได้แก่

3.1.1.1 ชาย

3.1.1.2 หญิง

3.1.2 อายุ แบ่งเป็น

3.1.2.1 น้อยกว่า 30 ปี

3.1.2.2 30 – 40 ปี

3.1.2.3 41 – 50 ปี

3.1.2.4 มากกว่า 50 ปี

3.1.3 ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

3.1.3.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

3.1.3.2 ปริญญาตรี

3.1.3.3 สูงกว่าปริญญาตรี

3.1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ คือ รายได้รวมทั้งรายได้พิเศษอื่นๆที่บุคลากร
โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ได้รับในแต่ละเดือน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

3.1.4.1 น้อยกว่า 10,000 บาท/ เดือน

3.1.4.2 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน

3.1.4.3 20,001 – 30,000 บาท/ เดือน

3.1.4.4 มากกว่า 30,000 บาท/ เดือน

3.1.5 ดัชนีมวลกาย

3.1.5.1 ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

3.1.5.2 ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 20.0 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

3.1.5.3 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

3.2 การศึกษาในการหาเชิงความสัมพันธ์

ตัวแปร คือ

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

การเห็นคุณค่าในตนเอง

ทัศนคติต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

3.3 การศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปรเกณฑ์ คือ

จิตลักษณะ ได้แก่

การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตัวแปรทำนาย คือ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4. นิยามศัพท์เฉพาะ

4.1 บุคลากร

หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ในปีการศึกษา 2548 ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มบริหารโรงเรียน 4 คน ครูผู้สอนจำนวน 90 คน มีหน้าที่ในการดำเนินการสอนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการจำนวน 40 คน ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆภายในโรงเรียน

4.2 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

4.2.1 เพศ หมายถึง เพศของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอ พุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม แบ่งเป็น 2 เพศ ได้แก่

4.2.1.1 ชาย

4.2.1.2 หญิง

4.2.2 อายุ หมายถึง อายุของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ซึ่งจำนวนปีที่เกิดนับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ช่วง คือ

4.2.2.1 น้อยกว่า 30 ปี

4.2.2.2 30 – 40 ปี

4.2.2.3 41 – 50 ปี

4.2.2.4 มากกว่า 50 ปี

4.2.3 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4.2.3.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

4.2.3.2 ปริญญาตรี

4.2.3.3 สูงกว่าปริญญาตรี

4.2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง จำนวนเงิน หรือรายได้ รวมทั้งรายได้พิเศษอื่นๆ ที่บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งใช้อำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

4.2.4.1 น้อยกว่า 10,000 บาท/ เดือน

4.2.4.2 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน

4.2.4.3 20,001 – 30,000 บาท/ เดือน

4.2.4.4 มากกว่า 30,000 บาท/ เดือน

4.2.5 ดัชนีมวลกาย หมายถึง ปัจจัยที่เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเมตร แล้วคำนวณหาค่าเป็นดัชนีมวลกาย (BMI) โดยใช้สูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)} / \text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}$$

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายไว้ ดังนี้

4.2.5.1 ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน (รูปร่างผอม) หรือมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ

4.2.5.2 ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 20.0 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักตัวมาตรฐาน (รูปร่างสมส่วน) หรือมีภาวะโภชนาการปกติ

4.2.5.3 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน (Overweight) หรือมีภาวะโภชนาการเกินปกติ

5. นิยามปฏิบัติการ

5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

หมายถึงการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

5.1.1 ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง ปริมาณและการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างถูกหลักโภชนาการและถูกสุขลักษณะ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

สามารถวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น แบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคที่รายงานความถี่ของการกระทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 หน่วย จากปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเหมาะสมกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า เกณฑ์การวัดระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.81 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.21 – 2.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.61 – 2.20 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับไม่ดี

5.1.2 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น การทำงานบ้าน การเดินเร็วๆ การวิ่ง การเดินแอโรบิค การออกกำลังกายบริหาร การเล่นกีฬาต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายต้องมีความเหมาะสมทั้งใน ด้านวิธีการ ความสม่ำเสมอ การป้องกันอันตรายจากการออกกำลังกาย และระยะเวลาในการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สามารถวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น แบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคที่รายงานความถี่ของการกระทำพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 หน่วย จากปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายเหมาะสมกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า เกณฑ์การวัดระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.81 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.21 – 2.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่
เหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.61 – 2.20 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่
เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่
เหมาะสมในระดับไม่ดี

5.1.3 ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันโดยหลีกเลี่ยงสารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายเช่นสารเคมีที่ใช้ในการถนอมอาหาร หรือใช้ผสมในอาหารที่รับประทาน สารเคมีที่ใช้ในที่พกอาศัยการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ สามารถวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น แบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคที่รายงานความถี่ของการกระทำพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษที่เหมาะสมแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 หน่วย จากปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษเหมาะสมกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า เกณฑ์การวัดระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.81 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.21 – 2.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.61 – 2.20 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในระดับค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในระดับไม่ดี

5.1.4 ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันร่างกายให้

ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ และความเสื่อมสภาพของอวัยวะในร่างกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลสามารถวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นแบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคที่รายงานความถี่ของการกระทำพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 หน่วย จากปฏิบัติเป็นประจำ ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลเหมาะสมกว่า ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า เกณฑ์การวัดระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.81 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.21 – 2.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.61 – 2.20 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับไม่ดี

5.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem)

หมายถึง ความเชื่อมั่นที่บุคคลมีต่อตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่า มีความสำคัญและความสามารถทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และการแก้ปัญหาต่างๆเป็นที่พึงของผู้อื่น มีความมานะอดทนในการทำงานและประสบความสำเร็จในการทำงาน กล้าเข้าสังคม บุคคลที่ประเมินตนในด้านดีจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนบุคคลที่ประเมินตนเองในด้านไม่ดีจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือรู้สึกว่าตนไร้คุณค่า การเห็นคุณค่าในตนเองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

5.2.1 ด้านค่านิยมสัมฤทธิ์ผล เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองจากการประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากบิดามารดา และบุคคลอื่นเมื่อประสบความสำเร็จ การทำตามความปรารถนาของบิดามารดาในเรื่องที่บิดามารดาต้องการ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความมานะอดทน พึ่งตนเองได้ มีความเป็นผู้นำ มีความรับผิดชอบในงาน และมีความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

5.2.2 ด้านการปรับตัวเกี่ยวกับอารมณ์ เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองจากการมองโลกในแง่ดี มีความร่าเริงแจ่มใส มีอารมณ์ขัน มีความกล้าแสดงออก และมีความวิตกกังวลต่ำ มีความมุ่งมั่น เชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ และมีความมั่นคงทางอารมณ์

5.2.3 ด้านการปรับตัวทางสังคม เป็นความพอใจจากการมีความสามารถทำให้คนอื่นรัก มีความยุติธรรม เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการเสียสละหรือเห็นประโยชน์ส่วนรวม การได้รับการยอมรับจากสังคม และอยากให้ผู้อื่นยอมรับตน

การเห็นคุณค่าในตนเองสามารถวัดได้จากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งปรับปรุงจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ นภาพร พุ่มพฤษ (2529) และของพจนารถ สารพัด (2546)) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ของ คูเปอร์สมิธ ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith self-esteem inventory adult form – 1984) โดยแบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคที่สำรวจความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 หน่วยจาก จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย จำนวน 33 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 33 – 165 คะแนน

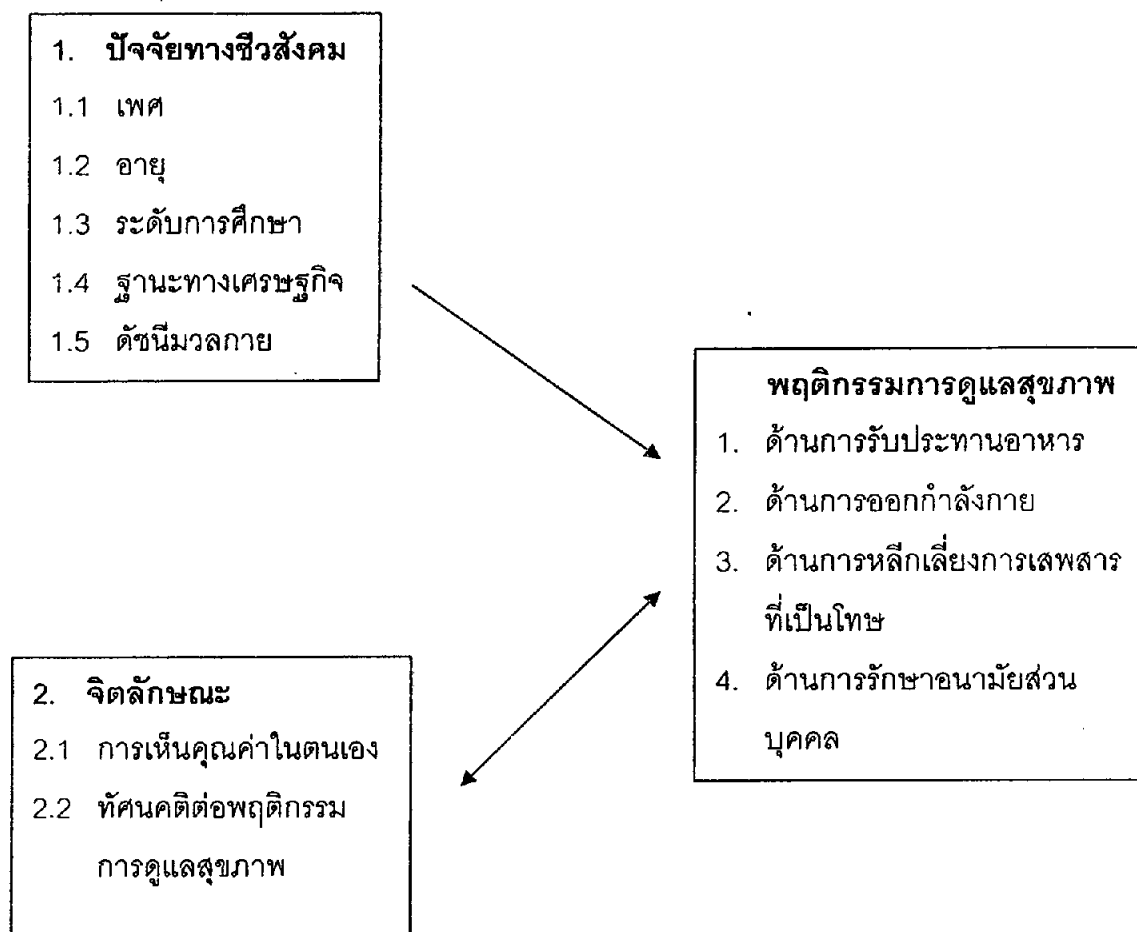
5.3 ทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็น และปฏิกิริยาความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีความพอใจ และมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสามารถวัดได้จากแบบวัดทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น แบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคที่สำรวจทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 หน่วย จาก เห็นด้วยมากที่สุด ถึง ไม่เห็นด้วยเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 20 - 100

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาสภาพปัญหาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย การเห็นคุณค่าในตนเอง และทศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้



สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. บุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชาย
2. บุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
3. บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
4. บุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
5. บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
6. การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
7. ทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
8. จิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ “ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางดำเนินการวิจัย ดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. ความหมาย บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรโรงเรียน

2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล

3. ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4. จิตลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายและองค์ประกอบของทัศนคติ

การสร้างและการวัดทัศนคติ

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพ

ความหมาย บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรโรงเรียน

บุคลากรโรงเรียนเป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาด้านการศึกษาแก่ผู้เรียนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพ และความสามารถในด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ ให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

บุคลากรโรงเรียน มีองค์ประกอบหลัก 3 ประเภท คือ

1. กลุ่มบริหาร

หมายถึง บุคคลที่อยู่ในระดับวางแผนการดำเนินงานของโรงเรียน เพื่อให้การทำงานของหมวดงาน ฝ่าย และงานต่างๆ มีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ และบรรลุเป้าหมายของโรงเรียน

2. ครูผู้สอน

หมายถึง บุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีการศึกษามากหรือดีเป็นพิเศษหรือมีทั้งประสบการณ์ และการศึกษาดีเป็นพิเศษในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่งที่สามารถช่วยทำให้บุคคลอื่นๆ เกิดความเจริญงอกงาม และพัฒนาการก้าวหน้าได้ (วิไล ตั้งจิตสมคิด. 2544: 116)

3. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆภายในโรงเรียน ให้การดำเนินงานของโรงเรียนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้เรียน เช่น งานสุขภาพอนามัย งานห้องสมุดและโสตทัศนศึกษา งานบุคคลทะเบียนและประมวลผล งานพัสดุ อาคาร สถานที่และยานยนต์ ฯลฯ เมื่อพิจารณาโดยทั่วไป บุคลากรในโรงเรียน เปรียบเสมือนเป็นครู อาจารย์ ที่มีหน้าที่หลัก และจุดประสงค์ร่วมกัน คือ การอุทิศตนเพื่อสถานศึกษา และผู้เรียน ดังนั้น หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรโรงเรียน จึงมีขอบเขตดังนี้ (ยนต์ ชุ่มจิต. 2534: 89)

1. การส่งเสริมศิลปวิทยาการต่างๆให้แก่ศิษย์

2. การฝึกอบรมคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดีงามให้แก่ศิษย์

3. ปกครองดูแลความทุกข์สุขของศิษย์
4. การประเมินผลความเจริญก้าวหน้าของศิษย์
5. การแนะแนวการศึกษา และอาชีพ
6. การจัดกิจกรรมเพื่อความเจริญงอกงามของศิษย์
7. การปฏิบัติงานในหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย ให้สำเร็จเรียบร้อยและมีคุณภาพ
8. ดูแลสอดส่องป้องกันภัยพิบัติมิให้เกิดแก่ทรัพย์สินของโรงเรียน
9. การส่งเสริมสมรรถภาพทางวิชาการให้แก่ตนเองอย่างสม่ำเสมอ
10. การรักษาวินัย และประพฤติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ศิษย์และบุคคลทั่วไป

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่ามีน้อย การศึกษาเอกสารในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อาจใช้ในความหมายอื่นได้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรม ตามความหมายในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546 : 768) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ทเวดเดล (วีรบุช ไตรรัตน์าส. 2545: 20; อ้างอิงจาก Twaddle. 1981) ให้คำจำกัดความ ของพฤติกรรมว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและ ภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ใน อดีต แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมเปิดเผย (Overt behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยคนอื่น
2. พฤติกรรมปกปิด (Covert behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยผู้ที่กระทำ
3. พฤติกรรมตอบสนอง (Respondent behavior) เป็นพฤติกรรมที่พร้อมที่สุดที่มี อิทธิพลโดยเหตุการณ์ที่นำไปเกิดขึ้น เรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมสะท้อนกลับ (Reflexive behavior) และเป็นพฤติกรรมที่สำคัญมากในมนุษย์

สมศรี เชื้อหิรัญ (2524: 1 – 2) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือตอบสนองแรงกระตุ้นของความต้อการต่างๆ ซึ่งเกิดจากแรงผลักดัน ที่มาจากภายนอกหรือภายในก็ได้ การแสดงออกทั้งหมดอาจสังเกตเห็นได้ง่าย สังเกตเห็นได้ยาก หรือ

สังเกตไม่เห็น เช่น ความคิด ความรู้สึก ฯลฯ การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงต่างๆภายในสรีระร่างกาย จะสังเกตได้ยาก เรียกว่า Covert เช่น การกลืนน้ำลาย ฯลฯ เป็นต้น การแสดงออกที่สังเกตได้ง่าย เรียกว่า Overt เช่น การยกแขน การพูด ฯลฯ เป็นต้น พฤติกรรมของมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

1. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ (Reflex action) เป็นพฤติกรรมที่กระทำทันทีทันใด โดยอัตโนมัติเมื่อมีสิ่งกระตุ้น ไม่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆได้ เช่น เมื่อเคาะเส้นเอ็น บริเวณกระดูก Petella จะทำให้มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ

2. พฤติกรรมที่ทำด้วยความตั้งใจมีจุดมุ่งหมาย (Goal directed action) เป็นการกระทำ เนื่องจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

2.1 มีความต้องการ (Need) โดยแสดงออก หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายในสรีระร่างกาย เมื่อมีความต้องการภายในร่างกายเกิดขึ้น

2.2 มีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมาย โดยแสดงออกมาภายนอก เพื่อสนองความต้องการ

3. พฤติกรรมที่กระทำหรือแสดงออก เมื่อมีความคับข้องใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่สนองความต้องการ และไม่มีจุดประสงค์ที่แน่นอน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามความหมายของสุขภาพ ดังนี้ Health is a state of complete physical, mental, social and spiritual well – being ซึ่งมีความหมายว่า ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ จะทำให้เกิด ‘สุขภาพที่สมบูรณ์’ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี. 2543: 4 - 6)

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปัทวันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลง

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาธิปไตย มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย เป็นต้น สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ปนกับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อ

หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย มีความปิติ มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาวะทางจิตเป็นยอดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง ก็ารู้สึกขาดหรือบกพร่องอยู่เรื่อยไป ต้องไปหาสิ่งมาเติม เช่น ยาเสพติด ความฟุ้งเฟ้อ หรือความรุนแรง เนื่องจากการพัฒนาในช่วงที่ผ่านมาติดอยู่ที่ระดับต่ำเท่านั้น คือระดับทางวัตถุ ตราบใดที่ยังไม่ยกระดับการพัฒนาไปถึงพัฒนาการทางจิตวิญญาณแล้ว ก็ไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดสุขภาวะได้

อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 30) ให้ความหมายของสุขภาพว่า สุขภาพ (Health) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ถูกรบกวนด้วยโรคภัยไข้เจ็บ หรือภาวะทุพพลภาพ เป็นภาวะที่เต็มด้วยศักยภาพของบุคคล กล่าวคือ เป็นภาวะที่บุคคลและครอบครัวมีสุขภาพทางร่างกายและจิตสมบูรณ์ที่สุด นอกจากนั้นสุขภาพดีมีความหมายถึง ภาวะของร่างกายที่ปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีความสมบูรณ์ของร่างกายด้วย

พริ้มเพรา ผลเจริญสุข (2545:1) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะแห่งความสุข ซึ่งครอบคลุมถึง สุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ กล่าวได้ว่าเป็นการมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วยง่าย มีจิตใจที่สะอาด สงบ มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอในครอบครัว ที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน และทุกคนต้องถือว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมมือกันป้องกัน

ประเวศ วะสี (2546: 14 – 15) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นการสร้างเสริมปัจจัยทั้งปวงที่ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งทางปัจเจกบุคคล ทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม และทางนโยบาย เช่น

1. มีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม การเว้นจากสิ่งเสพติดให้โทษ การเมาไม่ขับ เป็นต้น
2. การสร้างเสริมสุขภาพจิต มีทักษะในการป้องกัน และลดความเครียด การมีจิตใจที่ดี มีการพัฒนาจิตใจให้สูงขึ้น
3. การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อนุรักษ์และสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ บรรเทาจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. สร้างเสริมสังคมที่มีสุขภาวะ ตั้งแต่ระดับ ครอบครัว ชุมชนจนถึงระดับประเทศ และระดับโลก อันประกอบด้วย เศรษฐกิจพอเพียง สิ่งแวดล้อมดี มีการเรียนรู้ มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี ซึ่งหมายถึงการเคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคนของทุกคน มีความสามารถในการแก้ความขัดแย้งด้วยสันติวิธี มีสันติภาพ

5. มีกระบวนการนโยบายที่เป็นไปเพื่อสุขภาพะสังคม นโยบายและทิศทางการพัฒนามีผลกระทบต่อความเป็นไปของสังคมมาก ทั้งทางลบ และทางบวก นโยบายมักถูกกำหนดโดยคนส่วนน้อยที่มีอำนาจและผลประโยชน์ แต่มีผลทางลบต่อสุขภาพะของคนส่วนใหญ่ จำเป็นที่สังคมและนักวิชาการต้องเข้ามาทำงานในกระบวนการนโยบายสาธารณะสุขภาพเพื่อสุขภาพสังคม

พริ้มเพรา ผลเจริญสุข (2545: 57) ได้แบ่งการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับบุคคลหรือครอบครัว เป็นเรื่องที่ทุกคนในครอบครัวควรได้เรียนรู้ในเรื่องการบำรุงรักษาสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ หรือการป้องกันและแก้ไข โดยเน้นการป้องกันมาก เช่น
 - การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม
 - การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
 - การพักผ่อนที่เพียงพอ
 - เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็รู้จักดูแลรักษาตนเองโดยไม่ต้องพบแพทย์
 - หมั่นสังเกตความผิดปกติของระบบต่างๆของร่างกาย
2. ระดับองค์กรหรือชุมชน ซึ่งสามารถมีบทบาทดูแลสุขภาพของสมาชิกทั้งในเชิงรุกและเชิงรับเช่นกัน ถ้าเป็นองค์กรเอกชนหรือราชการก็ควรมีระบบการส่งเสริมสุขภาพให้สมาชิก หรือพนักงาน เช่น

ส่งเสริมการออกกำลังกาย

ส่งเสริมให้มีชีวิตที่เพียงพอ

มีระบบการดูแลสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี หรือมีสถานดูแลเด็กเล็ก เป็นต้น

3. ระดับสังคมและประเทศ ควรมองเป็นภาพใหญ่ และเน้นเรื่องเชิงรุกหรือเชิงรับ เช่นเดียวกัน องค์กรต่างๆด้านสุขภาพ ควรเน้นด้านการป้องกันให้มาก และควรมองสุขภาพในความหมายกว้าง

ดาร์ณี ภูษณสุวรรณศรี (2542: 3) อธิบายว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน โดยรู้จักการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสูง อาหารสุกๆดิบๆ อาหารที่มีรสเค็มจัด เผ็ดจัด หวานจัด และงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง รวมทั้งรู้จักรับประทานอาหารที่มีเส้นใย (Dietary fiber) เช่น ผัก ผลไม้ และเครื่องดื่มนมวันละ

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรมต่างๆที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 – 30 นาที มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น การปลูกต้นไม้ การทำความสะอาดบ้าน การวิ่ง เป็นต้น

3. ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยประเมินการสูบบุหรี่ ดังนี้

3.1 สูบเป็นประจำ หมายถึง การมีปฏิกิริยาในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน

3.2 สูบบุหรี่นานๆครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

3.3 ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดๆเลย

4. ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจในการดูแลสุขภาพร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การทำความสะอาด เครื่องนุ่งห่ม และเครื่องนอน เป็นต้น รวมทั้งการไปตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์ และทันตแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

บลัม (พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคนอื่นๆ. 2541:11; อ้างอิงจาก Blum. 1981) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นความสามารถของบุคคล ที่จะกระทำหน้าที่ต่างๆอย่างเต็มความสามารถ ดำรงรักษาความสมดุลระหว่างความต้องการของตนและความต้องการทางสังคม ปราศจากความไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ โรคภัยไข้เจ็บ ความพิการ และมีพฤติกรรมในรูปแบบที่ส่งเสริมให้คนอยู่รอดปลอดภัย มีความสุข มีความพอใจในการดำรงชีวิต บลัมได้กล่าวถึงปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งผันผวนตามอิทธิพลของสังคม ว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะสุขภาพ

เมอร์เรย์ และเซนต์เนอร์ (พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคนอื่นๆ. 2541: 11; อ้างอิงจาก Murray; & Zentner. 1989) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลที่เชื่อว่าพฤติกรรมตนเองต้องมีสุขภาพดี ลงมือกระทำ เช่น การรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอ แก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับวันละประมาณ 7 – 8 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ก็คือ พฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง รู้จักการรักษาสภาพอนามัยของตน โดยการประพฤติปฏิบัติตนในด้านต่างๆใน

ชีวิตประจำวันอย่างมีระเบียบ มีวินัย ควบคุมตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันการติดโรคและการเกิดโรค (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 30 – 31)

ด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่สูงสุดของบุคคลที่จะแสดงออกอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่สำคัญ โดยบุคคลจะพยายามรักษาสภาพหน้าที่ทางสุขภาพ โดยการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ด้านสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมป้องกันสุขภาพของปัจเจกบุคคล เป็นกิจกรรมที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้บุคคลต่างๆได้กระทำ โดยมุ่งหมายในการป้องกันรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บ

พัชรินทร์ ขวัญชัย (2541:10) ให้คำจำกัดความพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบพฤติกรรม สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และที่สำคัญจากสิ่งแวดล้อม ทั้งที่อยู่ภายในตัวและภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล (Internal personal factors) ที่สำคัญคือความสามารถของบุคคล กระบวนการความคิด การเรียนรู้ การรับรู้ แรงจูงใจ ทศนคติและความเชื่อ สำหรับสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เช่น ปทัสถานทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม วิถีประชา จารีต และกฎหมาย เป็นต้น ซึ่งมีการศึกษาวิจัยมากมายทั้งในต่างประเทศและในประเทศ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความสำคัญและขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ

พฤติกรรมสุขภาพ (พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. 2545: 37) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ของบุคคลอื่นในครอบครัว และของบุคคลทั่วไปในสังคม โดยแสดงออกในลักษณะต่างๆ 3 ลักษณะ คือ

1. การแสดงออกในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ (Knowledge)
2. ทศนคติ ที่ทำ หรือความรู้สึนึกคิด (Attitude)
3. การกระทำหรือการปฏิบัติ (Practice)

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 47) กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ซึ่งสามารถทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)
2. การป้องกันโรค (Disease prevention)
3. การบำบัดรักษาด้วยตนเอง (Self treatment)
4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 48) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) เป็นการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ได้แก่

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงจากอันตราย ภาวะเสี่ยงต่างๆ

1.2 การป้องกันโรค กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การฉีดวัคซีน โดยแบ่งระดับการป้องกันโรค ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บางอย่าง

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับการป้องกันมุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) มีองค์ประกอบ 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองตามความรู้และความสามารถของตน

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ และให้ความช่วยเหลือ

2.3 การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายสังคม โดยไปรับการรักษาตามสถานบริการสุขภาพทั้งของเอกชนและของรัฐ

นอกจากนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 48 - 49)

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและไม่เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติและสม่ำเสมอ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อนร่างกาย

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใน

บางครั้งมนุษย์ก็ต้องการความเป็นส่วนตัว อยากอยู่คนเดียว และทำอะไรด้วยความสามารถของตนเองบ้าง ส่วนความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักการสร้างมิตร ให้ความรักเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความผูกพัน

กับคนรอบข้าง

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ มีส่วนร่วมในการป้องกัน แก้ไขปัญหาต่างๆในสังคมและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตน รู้จักพัฒนาและรักษาบุคลิกภาพที่ดีของตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care) เป็นการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ที่ดัดแปลงให้มีลักษณะเฉพาะกับระดับพัฒนาการหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างระยะของวงจรชีวิต ได้แก่

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สุกภาวะ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยขจัดผลที่เกิดจากการไม่ได้รับการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วย ความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

3. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health deviation self care) ความต้องการของบุคคลในระยะนี้ คือ

3.1 ความช่วยเหลือ และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์

3.2 รับรู้ สนใจ เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3.3 ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

3.4 รับรู้ถึงข้อดีข้อเสียอาการแทรกซ้อน หรือผลจากการบำบัดรักษาที่ได้รับ

3.5 ทำใจหรือยอมรับได้ว่าตนเองสุขภาพถดถอย และสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่เท่าที่ศักยภาพของตนเองจะเป็นไปได้

ไม่ว่าโลกจะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปอย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพตนเองยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกระดับในแง่กระบวนการประชากรสามารถมีกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ

จากการให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ประมวลมาในทัศนะของผู้วิจัยมีความเห็นว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติตนของบุคคลทุกคนในการทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมด้วยความสุขและอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้านของบุคลากรโรงเรียน คือ (1) ด้านการรับประทานอาหาร (2) ด้านการออกกำลังกาย (3) ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ (4) ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

โดยพิจารณาจากแผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้านนี้สามารถครอบคลุมให้นโยบายของแผนพัฒนาในส่วนนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ โดยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย จะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ สร้างเสริมสุขภาพ ส่วนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษและด้าน การรักษานามัยส่วนบุคคลจะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์นับเริ่มตั้งแต่มีการปฏิสนธิในครรภ์ ทารก ในครรภ์จะได้รับสารอาหารจากแม่โดยตรง แม่ต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อุดมด้วยคุณค่า ทางโภชนาการสูงเพื่อนำไปใช้ในการเจริญเติบโตสำหรับทารกให้มีพัฒนาการตามวัย และมีสุขภาพ ร่างกายแข็งแรงทั้งแม่และทารกไปพร้อมๆกัน จนกระทั่งถึงวันที่ทารกในครรภ์คลอดออกมา ตลอดทั้ง ช่วยในการเจริญเติบโตและการพัฒนาการอวัยวะต่างๆตามวัยตลอดทั้งชีวิต

กลานซ์, เลวิส และไรเมอร์ (Glanz; Lewis; & Rimer.1997: 413) กล่าวว่า การ รับประทานอาหารเป็นรูปแบบความซับซ้อนของปัจจัยด้านพฤติกรรม ความสำคัญของอิทธิพลนั้น คาดว่าเกิดจากรูปแบบอุปนิสัยของการรับประทานอาหาร ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ได้แก่ ความชอบในรสชาติอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์ และการยอมรับความสามารถในการ เปลี่ยนแปลง รูปแบบการรับประทานอาหารของครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆในสังคมจะมีอิทธิพล หลัก เช่น การรับประทานอาหารเด็กเป็นสัญลักษณ์ของบุคคลในสังคมชั้นสูงในการคบหาสมาคมกันระหว่าง ชาวยุโรปอเมริกัน และอาหารที่แสดงถึงระดับสังคมชั้นสูงในประเพณีของชาวอินเดีย คือ การใช้ เครื่องเทศที่มีราคาแพง

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆ ดังนี้ (วุฒิพงษ์ ปรมัตถการ. 2542: 127)

1. ให้พลังงาน ความอบอุ่น และใช้เป็นพลังงานในการดำรงชีวิตตามปกติ
2. ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย และซ่อมแซมอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย
3. ช่วยในการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายให้ทำงานปกติ และมีอำนาจต้านทานโรค

อาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางอาหารสูงต่อร่างกายนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นอาหารที่มีราคา แพงเสมอไป อาหารธรรมดาทั่วไป ราคาถูก แต่มีคุณค่าทางอาหารสูงมีอยู่มาก โดยผู้รับประทาน ต้องรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน

อาหาร 5 หมู่ ประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ปราชญา กล้าผจญ; อ้างอิงจาก เจริญทัศน์ จินตนาเสวี. 2545: 90 – 95.)

1. คาร์โบไฮเดรต เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ซึ่งข้าวทั้งสองชนิดนี้มีความแตกต่างในเรื่องการให้พลังงาน ข้าวเหนียวให้พลังงานมากกว่าข้าวเจ้า เหมาะสำหรับผู้ที่ย่อยอาหารมาก แต่ถ้ารับประทานมากเกินไปก็จะเกิดการสะสมในร่างกาย

2. โปรตีน เป็นสารอาหารที่ประกอบด้วยกรดอะมิโนต่างๆมากมายหลายชนิด แต่มีเพียง 8 - 10 ชนิดที่เป็นกรดอะมิโนจำเป็นซึ่งร่างกายไม่สามารถสร้างขึ้นเอง ต้องได้รับจากอาหารเท่านั้น โปรตีนเป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน แต่ใช้ในการเจริญเติบโต เสริมสร้าง และซ่อมแซมมากกว่าที่จะใช้เป็นพลังงานในการออกแรง เพราะขณะออกแรงเซลล์กล้ามเนื้อบางตัวตายไปต้องใช้โปรตีนเสริมสร้างและช่วยทะนุบำรุง เว้นเสียแต่ว่าร่างกายขาดสารอาหารจำพวกแป้งและไขมัน จึงนำโปรตีนออกมาใช้เป็นพลังงาน ซึ่งจะมีผลเสียต่อร่างกาย

3. ไขมัน มีอยู่ในอาหารธรรมชาติทั่วไป และมีมากในอาหารประเภทไขมันสัตว์และน้ำมันพืช น้ำมันที่ได้จากพืชและสัตว์ ให้พลังงานเท่ากัน คือไขมัน 1 กรัม จะให้พลังงาน 9 แคลอรี ไขมันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

3.1 ไขมันชนิดไม่อิ่มตัว (Unsaturated fat) มีลักษณะเหลวในอุณหภูมิปกติ ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด พบได้ในน้ำมันพืช น้ำมันปลา น้ำมันสัตว์ทะเล

3.2 ไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated fat) มีลักษณะเป็นก้อนในอุณหภูมิปกติ ช่วยเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด พบมากในอาหารประเภทไขมันสัตว์ นม น้ำมันมะพร้าว

4. วิตามิน เป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญ หรือช่วยให้ปฏิกิริยาต่างๆในร่างกายทำงานได้ตามปกติ วิตามินทุกชนิดได้มาจากอาหาร โดยเฉพาะจำพวกผักและผลไม้ ยกเว้นวิตามินดี และวิตามินเค ซึ่งร่างกายสร้างเองได้ วิตามินที่ร่างกายต้องการมี 2 ประเภท

4.1 วิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินดี และ วิตามินเค ซึ่งวิตามินเหล่านี้หากมีมากเกินไป จะสะสมอยู่ในเซลล์ และทำให้เกิดโรคบางชนิด

4.2 วิตามินที่ละลายในน้ำ ได้แก่ วิตามินซี วิตามินบีต่างๆ วิตามินเอช และกรดโฟลิก ถึงแม้จะมีมากเกินไป ก็สามารถขับถ่ายออกมาได้หมด จึงมักไม่ค่อยเกิดโทษต่อร่างกาย

5. เกลือแร่ เป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญ โดยเป็นองค์ประกอบของเซลล์และกล้ามเนื้อที่สำคัญ เกลือแร่ต่างๆที่จำเป็นสำหรับร่างกายขณะนี้พบว่ามี 15 ชนิด ได้แก่ เหล็ก แคลเซียม โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส ไอโอดีน สังกะสี แมกนีเซียม และซิลิเนียม หากร่างกายขาดแคลนแร่ธาตุที่จำเป็นเหล่านี้ จะเกิดโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ พืชผักสีเขียวอุดมด้วยแร่ธาตุหลายชนิด เช่น คენหว่า บรอกโคลี ผักกาดขาว มีแคลเซียมสูง ถั่วต่างๆมีธาตุเหล็กมาก ผักประเภทหัว ได้แก่ มันฝรั่ง มันเทศ หอมหัวใหญ่ เป็นแหล่งของฟอสฟอรัส

ผักมีประโยชน์และจำเป็นสำหรับร่างกาย เพราะอุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ พืชผักหลายชนิดมีสรรพคุณป้องกันและรักษาโรคสำคัญๆ ตัวอย่างเช่น ผักสดต้านโรคมะเร็งได้ จากผลการวิจัยกว่า 10,000 ชิ้นพบว่าวิตามินซีซึ่งมีมากในผักสดและผลไม้ช่วยลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งที่กระเพาะอาหารและคอ เบต้าแคโรทีนในแครอท มันเทศ ฟักทอง และผักหัวเนื้อสีเหลืองอื่นๆ เป็นแอนติออกซิแดนท์ ช่วยป้องกันมะเร็ง บรอกโคลีมีวิตามินต่างๆ เป็นแอนติออกซิแดนท์ ป้องกันทั้งมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กระเทียม และหัวหอมช่วยลดคอเลสเตอรอล ลดความดันโลหิต และป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2547: 14 – 15)

นอกจากสารอาหารที่จำเป็นทั้งห้าหมู่นี้แล้ว ร่างกายมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารอีกสองชนิดเพิ่มเติม คือ

6. น้ำ เป็นองค์ประกอบของเซลล์ เป็นตัวทำละลาย และเป็นตัวนำพาสารอาหารต่างๆ ไปสู่อวัยวะของร่างกาย น้ำมีประโยชน์ในการรักษาสมดุลของร่างกายไว้

7. เส้นใยอาหาร หรือไฟเบอร์ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2545: 130 – 131) คือ สิ่งที่เหลือหลังจากธัญอาหารถูกร่างกายดูดซึมออกไปหมดแล้ว มีความสำคัญมากสำหรับสุขภาพของระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่ายของเสีย การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารมากช่วยป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ได้ ซึ่งมักพบได้ในพืชผัก และผลไม้ จากข้อแนะนำด้านอาหารของสหรัฐอเมริกากล่าวว่าบุคคลทุกคนควรรับประทานผักและผลไม้ 5 – 9 ชนิดในแต่ละวัน (Glanz; Lewis; & Rimer. 1997: 169; citing Domel and others. 1993) เส้นใยอาหารสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2546: 7)

7.1 เส้นใยอาหารชนิดละลายน้ำ มีคุณสมบัติดูดซับน้ำ สามารถถูกย่อยและดูดซึมที่ลำไส้เล็ก ได้แก่

7.1.1 เพกติน พบมากในส้ม เชอร์รี่ และแอปเปิ้ล เพกตินนอกจากช่วยการทำงานของลำไส้ ยังมีคุณสมบัติพิเศษ ดูดซับสิ่งปนเปื้อน จำพวกโลหะในร่างกาย แล้วขับถ่ายออกมา

7.1.2 กัม พบมากในข้าวโอ๊ต และพืชตระกูลถั่ว

7.2 เส้นใยอาหารชนิดไม่ละลายน้ำ เป็นเส้นใยที่ทำให้พืชผักมีความเหนียวเนื่องจากเส้นใยไม่ละลายน้ำ ย่อยไม่ได้ จึงผ่านและออกจากร่างกายไป ได้แก่ เซลลูโลส

สารอาหารต่างๆ ในอาหารที่มนุษย์เลือกรับประทานในแต่ละวันนั้น ถ้าบุคคลรู้จักเลือกและมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานโดยมองเห็นถึงคุณประโยชน์ที่จะเกิดต่อร่างกายแล้วก็จะส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ ส่วนบุคคลที่ไม่รู้จักเลือกและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารได้ไม่ครบ 5 หมู่ และไม่หลากหลาย ก็จะมีผลเสียต่อร่างกาย

ตาราง 2 ปริมาณสารอาหารที่คนปกติต้องการต่อวัน (ภาควิชาชีวเภสัชศาสตร์. 2544: 1-2)

สารอาหาร	ปริมาณ (กรัม)	สารอาหาร	ปริมาณ (กรัม)	สารอาหาร	ปริมาณ (กรัม)	สารอาหาร	ปริมาณ (กรัม)
คาร์โบไฮเดรต	200 - 400	แคลเซียม	0.8	วิตามิน บี1	1	เหล็ก	15
โปรตีน	50 - 100	ฟอสฟอรัส	1.2	วิตามิน บี2	2	ไอโอดีน	0.1
ไขมัน	50 - 100	โซเดียม	0.5	ไนอะซิน	15	ทองแดง	5
น้ำ	2 - 4 ลิตร	โปแตสเซียม	1.8	กรดแพนโทเทอ	10	แมงกานีส	2
		คลอไรด์	0.5	นิก		สังกะสี	15
		แมกเนเซียม	0.3	วิตามิน บี6	2	ฟลูออไรด์	2
				กรดโฟลิก	0.15	โมลิบดีนัม	0.1
				ไบโอติน	0.3	ซีลีเนียม	2
				วิตามิน บี12	0.005		
				วิตามิน ซี	70		
				วิตามิน เอ	1.5		
				วิตามิน อี	10		
				วิตามิน ดี3	0.005		
				วิตามิน เค	10		

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย นับเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ ทำให้มนุษย์มีความแข็งแรง อดทน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้คล่องแคล่ว ว่องไว มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายนับเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากของมนุษย์ ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและเป็นสุข

จากนิตยสารเอเชียวิค ฉบับวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541 (ปราชญา กล้าผจญ. 2545: 45) ระบุว่า คนไทยมีอายุเฉลี่ยสั้นกว่าคนชาติอื่นๆในเอเชียด้วยกัน ญี่ปุ่นมีอายุเฉลี่ย 80 ปี ฮองกง 79 ปี สิงคโปร์ 77 ปี มาเลเซีย 72 ปี คนไทย 69 ปี ซึ่งเมื่อได้วิเคราะห์สาเหตุกันลงไปอย่างลึกแล้ว พบว่าเหตุที่คนในประเทศดังกล่าวมีอายุยืนมากกว่าคนไทย เนื่องจากประชาชนของเขาหันมาออกกำลังกายเป็นประจำ จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของเขา ได้มีการตั้งข้อสังเกตว่า การที่คนไทยไม่ค่อยนิยมออกกำลังกายนั้น เข้าใจว่าเป็นเพราะ แต่เดิมมาประเทศไทยเป็นสังคมเกษตรกรรมประชาชนมีชีวิตประจำวันที่ใช้แรงงานจนเป็นปกติ โดยเฉพาะการทำนา ทำสวน ทำไร่ หรือทำงานที่ขายแรงงาน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเช่นกัน การทำงานกับการออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องเดียวกัน แต่

ปัจจุบันวิถีชีวิตของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปมากคนที่อยู่ในเมือง โดยเฉพาะ ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นชนชั้นกลาง ทำงานโดยไม่ได้ใช้กำลังกายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนชาวชนบท ชาวไร่ ชาวนา มีเครื่องทุ่นแรงและเครื่องอำนวยความสะดวกในงานอาชีพต่างๆ และในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากการไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ ร่างกายมักจะไม่มีแข็งแรงสมบูรณ์ เจ็บป่วยบ่อย เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพก็จะสร้างปัญหาให้เกิดขึ้นแก่การปฏิบัติงานประจำของตนเองเช่นกัน

การออกกำลังกาย มีประโยชน์มาก เช่น การออกกำลังกายสามารถประเมินสภาพของร่างกายได้ เช่น การประเมินสมรรถภาพของหัวใจโดยการให้ผู้ป่วยวิ่งบนสายพานหรือขี่จักรยาน แล้ววัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วน และป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน เป็นต้น

ประเภทของการออกกำลังกาย มี 2 ประเภท คือ (วิไล ตั้งตระกูล, 2543: 25)

1. การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) เป็นการใช้อวัยวะออกแรงต้านน้ำหนักเป็นจังหวะซ้ำๆ กล้ามเนื้อทุกส่วนมีการเกร็งและออกแรงไปพร้อมๆกัน ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การขี่จักรยาน เป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายที่เส้นใยกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาว แต่มีการเพิ่มความตึงเครียดให้กล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงเป็นมัดๆในส่วนของที่ต้องการ เช่น การดันของหนัก การยกน้ำหนัก เป็นต้น

การออกกำลังกายจะมีผลดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. ช่วยในการดึงเอาเนื้อเยื่อไขมันบริเวณกล้ามเนื้อมาใช้สร้างพลังงาน ทำให้เนื้อเยื่อไขมันบริเวณกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อหดตัวได้ดีขึ้น
2. ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ และน้ำตาลในเลือด
3. ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ เนื่องจากการละลายของไฟบริน ทำให้ลิ่มเลือดไม่เกาะตัวกัน
4. ช่วยลดความเครียดทางจิตใจ

บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย มักเป็นบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพทั้งส่วนตัวและครอบครัว ตลอดจนถึงประเทศชาติต่อไป

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ

ปัจจุบัน ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาดังเช่นประเทศไทย มีอาการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคที่ไม่ได้มีต้นเหตุมาจากเชื้อโรค เช่นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นอันดับต้นๆ โรคดังกล่าวนี้สาเหตุเกิดจากความเสื่อมสภาพของเซลล์ จากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ไม่ถูก

สุขลักษณะ จากความเครียด ความวิตกกังวล และการบริโภคสิ่งที่เป็นพิษ มีอันตรายต่อร่างกาย เช่น สุรา บุหรี่ สารที่ใช้ผสมอาหาร ฯลฯ

บุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต สารพิษจากบุหรี่จะไปทำลายกระดูกเชิงโค้งให้กับระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดโรคมะเร็งที่ปอด ช่องปาก ทางเดินหายใจ ควันบุรียังก่อให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอมีเสมหะ และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น บุรียังมีผลต่ออวัยวะส่วนอื่นของร่างกายเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย ผู้สูบบุหรี่และผู้ได้รับควันบุหรี่ มีโอกาสทำให้สภาพร่างกายทั่วไปทรุดโทรมลง ความจำเสื่อม ทำลายสายตา เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าสู่สมองลดลง ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงมีผลต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบและผู้ใกล้ชิด การสูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง บุคคลที่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ต้องเป็นบุคคลที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ เพื่อเป็นการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

สุรามีส่วนผสมของแอลกอฮอล์สามารถละลายได้ดีทั้งในน้ำและน้ำมัน และถูกดูดซึมโดยรวดเร็วที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โดยไม่มีการย่อย การดื่มสุราในปริมาณที่มากจะเป็นพิษต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย อวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงมากจะเสียหายมากกว่าส่วนอื่นๆ เช่น ตับ ไต ปลายประสาท ตับอ่อน เป็นต้น ความเสียหายเนื่องจากการดื่มสุรานี้มาน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ความชุกและระยะเวลาคงอยู่ของแอลกอฮอล์ในร่างกาย แอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคมะเร็งทางเดินอาหาร โรคตับอักเสบ และตับแข็ง

สารที่ใช้ผสมอาหาร เช่น ผงชูรส สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ฟอร์มาลินที่ใช้แช่ปลาเพื่อให้ปลาดูสด สารเคมีที่อยู่ในส่วนผสมในอาหารเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะสะสมและกระตุ้นทำให้เกิดโรคมะเร็งและปัญหาต่อสุขภาพซึ่งส่งผลถึงอันตรายต่อชีวิต

เมื่อบุคคลสามารถและมีความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ บุคคลนั้นจะสามารถดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย ปราศจากการเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดจากสารพิษต่างๆ คุณภาพชีวิตและการทำงานก็มีผลดีสืบเนื่องตามมา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการการรักษานามัยส่วนบุคคล

การรักษานามัยส่วนบุคคล เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย กระทำและปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้ปราศจากโรคภัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำหนังสือเรื่อง “แนวทางการรณรงค์สุขบัญญัติแห่งชาติ” โดยได้กำหนดเป็น “สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ” มีใจความ ดังต่อไปนี้ (ปราชญ์กล้าผจญ. 2545: 24)

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย
4. รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด

สี่จุดขาด

5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสังคม

แนวทางที่กำหนดนี้ มีไว้เพื่อมุ่งให้ประชาชนชาวไทยได้มีสุขภาพอนามัยดีกันถ้วนหน้า ด้วยการหมั่นดูแลรักษาสุขภาพร่างกายของตนเองให้สะอาด ดูแลสุขภาพฟันให้แข็งแรง การรับประทานอาหารที่มีรสไม่จัดเกินไป ไม่ใส่สี หรือปรุงแต่งด้วยสารเคมี ส่วนการประพฤติดีมีนัยในคุ้มครองของตนเอง ทำให้ปลอดภัยจากการเป็นโรคติดต่อร้ายแรง มีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละครั้ง บริหารจิตใจ ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ และมีจิตสำนึกที่ดีงามทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม ประเทศชาติ ร่วมกันสร้างสังคมให้มีความสุข ร่มเย็น เป็นสังคมที่ดี ครอบครัวยุติธรรม ซึ่งเป็นการประพฤติปฏิบัติที่สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พุทธศักราช 2545 – 2549)

ปัจจัยทางชีวิสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งเกิดจากความแตกต่างของปัจจัยทางชีวิสังคม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย ดังนั้นเพื่อความชัดเจนในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ที่ละตัวแปรกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วย ซึ่งได้แก่ความสัมพันธ์ของเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามลำดับ

เพศกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และ

สังคม (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 29) โดยกำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นแม่บ้าน และให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพราะเพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยาก รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 79 – 80) ได้กล่าวว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าเพศชายโดยกินอาหารที่มีคุณค่าหลักโภชนาการมากกว่า แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าเพศชาย ฉะนั้นเพศชายจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่ป้องกันได้มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศหญิงยังมีพฤติกรรมไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าเพศชาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

นาแทนชัน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 79; อ้างอิงจาก Nathanson.1977) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรงมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงยังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรับการตรวจรักษาโรคมากกว่าเพศชาย ะมัดระวังอันตรายจากโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าเพศชาย

ลัสค์, เคอร์ และโรนีส (Lusk; Kerr; & Ronis. 1995: 20-24) ศึกษาแบบวิธีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงานในโรงงานผลิตภัณฑ์ 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงาน และระดับคนงาน จำนวน 638 คน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านการออกกำลังกาย

อรุณรัตน์ สุกนธมาน (2539:80) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมธานีรินทร์ เอลน่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงาน

สดุดี ภูห้องไสย (2541: 140) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า นักเรียนที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน โดยนักเรียนหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่านักเรียนชาย

วาทีนา ทาตายุ (2545: 80) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า เพศกับพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผ่อง อนันตริยเวช (2545: 82) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

นภาพร โคมทอง (2545: 84) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัชณี ผิวทอง (2546: 91, 96) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตพระนครเหนือ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาด้านการออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการตรวจรักษาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุมาศ ใจก้าวหน้า (2546: 115) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานโรงงานยาสูบ พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตน และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงน้อยกว่าเพศชาย

สุภัฏดา บุญอนันต์ (2546: 154) ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก พบว่า กลุ่มผู้บริโภคที่เป็นเพศหญิง มีการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก จะพิจารณาจากการที่สามารถควบคุมน้ำหนักได้จริง และมีการนำข้อมูลทางวิชาการมาสนับสนุนมากกว่ากลุ่มที่เป็นเพศชาย

อุดมศักดิ์ แสงวณิช (2546: 78) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 108) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2 พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า เพศมีทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า เพศน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

อายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อายุเป็นปัจจัยทางชีวสังคมปัจจัยหนึ่ง ที่บอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด อายุ เป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการดูแลจัดการ

สิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ ศักยภาพในการดูแลสุขภาพจะมีน้อยในระยะเริ่มแรกของชีวิต และจะเพิ่มขึ้นไปจนถึงระดับสูงสุดที่เป็นไปได้ของบุคคล หลังจากนั้นการพึ่งพาผู้อื่นจะเพิ่มขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต บุคคลอายุยิ่งมากความจำเป็นในการดูแลสุขภาพยิ่งมีความจำเป็นเพิ่มขึ้น ในบางคนมีพฤติกรรมช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกายให้มีมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกายที่แข็งแรง ทำให้มีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดี

กรีน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 81; อ้างอิงจาก Green. 1970) กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะบุคคลที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป

เฮส์ และรอสส์ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 81; อ้างอิงจาก Hayes; & Ross. 1987) กล่าวว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก

เวอร์บุรกก์ (Barbara Hansen Lemme. 1995: 375; citing Verbrugge. 1987) สรุปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ใหญ่วัยต้น (17 – 44 ปี) ผู้ใหญ่วัยกลางคน (45 – 64 ปี) และผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ดังนี้

1. ผู้ใหญ่วัยต้น โดยทั่วไปจะมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปัญหาสุขภาพขั้นต้น จะเป็นความเจ็บป่วยด้านระบบทางเดินหายใจโดยทั่วไปจะมีอาการหวัด (ปวดศีรษะคัดจมูก อ่อนเพลีย) มีเพียงจำนวนน้อยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น มีภาวะภูมิแพ้ การเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยไม่ค่อยพบ ส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตในผู้ชายวัยนี้ คือ อุบัติเหตุ และผู้หญิง คือ โรคมะเร็ง ส่วนโรคเอดส์ มีแนวโน้มที่จะมีผลกระทบต่อผู้ใหญ่วัยนี้

2. ผู้ใหญ่วัยกลางคน มีภาวะสุขภาพแตกต่างจากผู้ใหญ่วัยต้น โดยทั่วไปจะมีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งพบได้ในผู้หญิง ความเจ็บป่วยอันดับสอง คือความเจ็บป่วยด้านระบบทางเดินหายใจ (ปวดศีรษะ และอาการหวัดทั่วไป) ความเจ็บป่วยจะปรากฏได้บ่อยครั้งในบุคคลวัยนี้ ซึ่งจะตรงข้ามกับผู้ใหญ่วัยต้น ส่วนใหญ่จะมีภาวะของโรคเรื้อรัง 5 โรคหลัก คือ ข้อต่ออักเสบ ความดันโลหิตสูง ไส้สออักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ และระบบการได้ยินที่เสื่อมลง อัตราตายจากความเจ็บป่วยส่วนใหญ่จากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง อันดับรอง คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว และโรคถุงลมโป่งพอง

3. ผู้สูงอายุ อาการของโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (อาการเริ่มต้นของข้อต่ออักเสบ) จะปรากฏพบบ่อยสำหรับวัยนี้ ภาวะเรื้อรัง 4 โรคหลัก คือ ข้อต่ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และระบบการได้ยินที่เสื่อมลง โรคหัวใจเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิต ตามมาด้วยโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ลีเวนทาล (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 81; อ้างอิงจาก Leventhal. 1983) ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่นการออกกำลังกายโดยการเดิน แอโรบิค

เพนเดอร์ (วิลโล ดั้งตระกูล. 2543: 53; อ้างอิงจาก Pender. 1987) ได้ศึกษาการดูแลตนเองในบุคคลวัยผู้ใหญ่ พบว่า บุคคลวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหากับงานการดูแลครอบครัว และภาระต่างๆในชีวิตประจำวันและความต้องการของผู้ที่อยู่ภายใต้การพึ่งพาของตนเอง ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่มีเวลาเอาใจใส่ หรือให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ อย่างเพียงพอจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ลัสค์, เคอร์ และโรนีส (Lusk; Kerr; & Ronis.1995: 20-24) ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน จำนวน 638 คน ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุเป้าหมายชีวิต ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ขณะที่คนงานที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับมือขัดต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอื่น

อรุณรัตน์ สุคนธมาน (2539: 81) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมธานินทร์ เอลน่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงาน

ดาร์ณี ภูษณสุวรรณศรี (2542: 46) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ พบว่าพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ พระภิกษุสงฆ์กลุ่มที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์กลุ่มที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่เข้าสู่ภาวะเสื่อมถอยของสุขภาพ มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่ยังจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงอยู่จึงทำให้พระภิกษุสงฆ์กลุ่มที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ต้องเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น

วิลัย ตั้งตระกูล (2543: 99) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของ
คนงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า คนงานที่มีอายุต่างกัน มี
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรค และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
ตนเองในการป้องกันโรคแตกต่างกัน

ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์ (2543: 58) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ
ป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัด
สมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า
ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนพิการ และเริ่มได้รับการรักษา ได้รับ
สุขภาพศึกษาจากเจ้าหน้าที่มาก่อน และจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จึงมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองดีกว่า และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า จะมีกิจกรรมนอกบ้านน้อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ทำให้มีเวลา
สนใจดูแลตนเองมากกว่า ส่งผลให้อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ยุพดี กรรพพทธิ (2543: 92) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา
สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า ครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์ (2543: 91) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่ม
เสี่ยงในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองในเชิงลบ คือเมื่ออายุมากขึ้นเลยอายุเฉลี่ย 38 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
น้อยลง

สัญญา ตันครองศิลป์ (2544: 106) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม
พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและ
ครอบครัว ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุ 41 – 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอายุ 21 – 30 ปี

อุบล ไตรถวิล (2544: 119) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพต่างกัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 40 – 49 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่า
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ 30 – 39 ปี และ 50 – 60 ปี

วาทีนา ทาตายุ (2545: 80) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

นภาพร โคมทอง (2545: 89) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ผ่อง อนันตริยเวช (2545: 83) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546: 2, 11) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 ซึ่งทำการสำรวจทั่วประเทศในช่วง 3 เดือน เดือนเมษายน พฤษภาคม และมิถุนายน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือสมาชิกในครัวเรือนเลือกบุคคลตัวอย่างตามระเบียบวิธีการสำรวจตัวอย่าง มีแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Stratified two-stage sampling ได้จำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้นประมาณ 78,000 ครัวเรือน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามกลุ่มอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง สำหรับการดูแลสุขภาพในระดับสูงจะพบลักษณะที่ผกผันกับอายุ กล่าวคือ ในกลุ่มอายุ 15 – 29 ปี มีสัดส่วนการดูแลสุขภาพในระดับสูงถึงร้อยละ 37.1 แต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สัดส่วนนี้จะค่อยๆ ลดลงจนต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 13.4) ส่วนการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ พบว่า ในช่วงอายุ 40 – 60 ปี มีสัดส่วนสูงสุดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 22.0 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า หญิงมีสัดส่วนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายคืออายุ 70 ปีขึ้นไปที่พบว่าชายมีสัดส่วนสูงกว่าหญิง

จารุมาศ ใจก้าวหน้า (2546: 116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานโรงงานยาสูบ พบว่า พนักงานที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มอายุ 34 – 47 ปี และกลุ่มอายุ 48 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี ทั้งนี้เนื่องจาก การดูแลสุขภาพของคน que เข้าสู่วัยกลางคน จะเป็นช่วงวัยที่ตระหนักถึง ความรุนแรงของโรค หรือเป็นวัยที่เริ่มมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษา และสำหรับกลุ่มอายุน้อยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่า เพราะยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และยังมีสุขภาพที่แข็งแรง

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า อายุมีทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า อายุน่าจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัย ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ การศึกษาเป็นหนทางสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผ่านการอบรมนิสิตที่เชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การเจ็บป่วยในปัจจุบันส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการประพฤติปฏิบัติตน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งในปอดเนื่องจากการสูบบุหรี่ โรคมะเร็งในกระเพาะอาหาร - ลำไส้ และโรคเบาหวาน เป็นต้น ความสำเร็จในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นเนื้อหาในการศึกษาของทุกระดับการศึกษา จะมีส่วนทำให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงจากอันตรายของโรคในปัจจุบันได้ เป็นการช่วยประหยัดงบประมาณของรัฐที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาโรคเป็นจำนวนมากในแต่ละปี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 256 – 258) ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุ 18 – 45 ปี สำเร็จการศึกษาดั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ทำงานในโรงพยาบาล และทำงานในโรงงานหรือบริษัท พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทาน การออกกำลังกาย การเสพสารที่เป็นโทษ การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลเหมาะสมกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอื่นๆ คือ ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ ผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถม

อรุณรัตน์ สุคนธมาน (2539: 81) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมธานีรินทร์ เอลน่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองทั้งโดยทั่วไปและขณะปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

อัสรา อวารณ (2540: 84 , 98) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับ

การศึกษาต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอนุปริญาตรี – ปริญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มี ระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญาตรี ระดับประถมศึกษา – มัธยมศึกษา และต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ตามลำดับอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจภาวะสุขภาพของตน

สดุดี ภูห่องไสย (2541: 143) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน กล่าวคือนักเรียนที่บิดามารดามีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่านักเรียนที่บิดามารดามีระดับการศึกษาต่ำ

ดาร์ณี ภูษณสุวรรณศรี (2542: 48) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า อาจมีความรู้ และตระหนักในการเลือกฉันอาหารที่เหมาะสมกับวัยไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในภายหลัง เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี

ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543: 94) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่าครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สัญญา ดันครองคิล (2544: 106) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน มีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับดี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546: 2,11) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 ซึ่งทำการสำรวจทั่วประเทศในช่วง 3 เดือน คือ เดือนเมษายน พฤษภาคม และมิถุนายน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือสมาชิกในครัวเรือน เลือกบุคคลตัวอย่างตามระเบียบวิธีการสำรวจตัวอย่าง มีแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Stratified Two – Stage Sampling ได้จำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้นประมาณ 78, 000 ครัวเรือน เมื่อพิจารณา ระดับการศึกษา พบว่าความแตกต่างในการศึกษามีผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ

เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้นสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงจะสูงขึ้นตามไปด้วย คือในกลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษา มีสัดส่วนต่ำที่สุดคือร้อยละ 12.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.7 ในระดับประถมศึกษา และสัดส่วนเพิ่มสูงสุดที่การศึกษาระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 64.0)

อุษณี แสงสุข (2546: 91) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546: 70) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ระดับการศึกษามีทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า ระดับการศึกษาน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

ฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข เป็นปัจจัยในการสร้างโอกาสเพื่อการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ บริการต่างๆ ที่ต้องการรวมทั้งจัดหาสิ่งของเครื่องใช้นานาชนิด เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่ว่าสิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนก็ยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีคุณภาพการดำรงชีวิตซึ่งแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากการมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีพอที่จะส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมในการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และครอบครัว ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีคุณภาพการดำรงชีวิตที่ด้อย ส่วนใหญ่มักมีผลเนื่องจากการมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้แรงเสริมในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีน้อยกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 256 – 258) ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุ 18 – 45 ปี สำเร็จการศึกษาดั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ทำงานในโรงพยาบาล และทำงานในโรงงานหรือบริษัท พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการ

รับประทาน การออกกำลังกาย การเสพสารที่เป็นโทษ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเหมาะสมกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอื่นๆ คือ ผู้ที่มีฐานะปานกลาง

อรุณรัตน์ สุคนธมาน (2539: 80) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมธานินทร์ เอล่น่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงาน

อัสรา อวรณ์ (2540: 94 , 98) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับเพียงพอ (รายได้เพียงพอกับรายจ่าย) และเหลือใช้ (รายได้มากกว่ารายจ่าย) มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับไม่เพียงพอ (รายได้น้อยกว่ารายจ่าย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543: 57) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ระหว่าง 3,001 – 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่จะเลี้ยงชีพด้วยการรับเบี้ยเลี้ยงและเงินสงเคราะห์รายเดือน จากสถานสงเคราะห์คนพิการ จึงมีเวลาที่จะให้ความสนใจดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่าซึ่งส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เสริมให้กับครอบครัว เช่น รับจ้าง หรือค้าขาย

ผ่อง อนันตริยเวช (2545: 83) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาทีนา ทาตายุ (2545: 80) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

นภาพร โดมทอง (2545: 89) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

รัชณี ผิวทอง (2546: 91) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตพระนครเหนือ พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การตรวจรักษาสุขภาพ

สุภัฏดา บุญอนันต์ (2546: 154) ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก พบว่า พฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ขึ้นอยู่กับสถานภาพส่วนบุคคลด้านรายได้ต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุษณี แสงสุข (2546: 91) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546: 80) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

ดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

โดยทั่วไปในคนปกติจะมีไขมันประมาณ 18% ของน้ำหนักของร่างกาย คนที่มีไขมันมากกว่า 20 % ขึ้นไปจึงถือว่ามีไขมันเกิน แต่การวัดว่าร่างกายเรามีไขมันเท่าไรนั้นยุ่งยาก ต้องมีเครื่องมือที่ซับซ้อนและเสียเวลา ในปัจจุบันจึงมีการใช้ ดัชนีมวลกายซึ่งมีประโยชน์ในการนำมาใช้วินิจฉัยโรคอ้วนในผู้ใหญ่ เพราะมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับการสะสมเนื้อเยื่อไขมันภายในร่างกาย (กรมพลศึกษา, 2538) ผู้ที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่ามวลกายอยู่ระหว่าง 20 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร ผู้ที่มีค่าต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/ ตารางเมตร จัดเป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน และผู้ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตร จัดเป็นโรคอ้วน

การหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการดูภาวะอ้วน ผอมในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถคำนวณได้ด้วยตนเอง โดยใช้สูตร ดังนี้ (กรมอนามัย. ม.ป.ป. อ้างอิงจาก สุภาพร พูลสวัสดิ์. 2546: 16 – 17)

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)} / \text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}$$

ตาราง3 ดัชนีมวลกาย

ภาวะ		ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ ตารางเมตร)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์		
ผอม	ระดับ 4	น้อยกว่า 16.0
	ระดับ 3	16.0 – 16.9
	ระดับ 2	17.0 – 18.4
	ระดับ 1	18.5 – 19.9
ปกติ		20.0 – 24.9
น้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือรูปร่างท้วม		25.0 – 29.9
อ้วน	ระดับ 1	30.0 – 34.9
	ระดับ 2	35.0 – 39.9
	ระดับ 3	มากกว่า 39.9

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร หรือต่ำกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร จะมีอันตรายสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 20.0 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เป็นภาวะที่น้ำหนักและส่วนสูงไม่ได้สัดส่วนกัน มีสาเหตุส่วนใหญ่จากการกินจุและการออกกำลังกายน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญและพบส่วนใหญ่ในบุคคลทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะบุคคลที่มีภาวะโรคอ้วนตั้งแต่วัยเด็กเนื่องจากค่านิยมที่ไม่ถูกต้องว่า เด็กอ้วนแสดงถึงการมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู เมื่อเด็กผู้นี้เติบโตขึ้นกลายเป็นผู้ใหญ่ก็จะมีภาวะอ้วนติดตัวไปด้วย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาและโรคภัยที่

อันตรายติดตามมา โดยในปัจจุบันมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ กล่าวว่า เด็กเมื่อมีอายุครบ 3 ขวบไม่ควร มีน้ำหนักตัวเกิน 20 กิโลกรัม เพราะจะเป็นตัวชี้ในอนาคตถึงการมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนต่อไป ในวัน หนึ่งๆ บุคคลต้องรับประทานอาหารเพื่อให้เกิดพลังงาน ซึ่งถูกนำมาใช้สำหรับการทำงานของอวัยวะ ต่างๆภายในร่างกาย พลังงานที่เหลือมีไว้สำหรับการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ในผู้ใหญ่ที่ เจริญเติบโตเต็มที่แล้ว ถ้ารักษาสสมดุลของพลังงานได้ดี คือ ไม่บวก ไม่ลบ น้ำหนักตัวก็จะอยู่ใน ภาวะปกติ หรือคงที่

ส่วนสาเหตุอื่นๆ คือ กรรมพันธุ์ ยาบางชนิด ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และความ ผิดปกติของไฮโปธาลามัส (Hypothalamus)

ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย พบว่ามีความ ไม่คล่องตัวในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมือนกับผู้ที่มิดัชนีมวลกายปกติ และจะมีอาการเหนื่อยล้าได้ ง่ายกว่าจึงส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ไม่ชอบการออกกำลังกายซึ่งส่งผลเกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ในภายหลัง

ดัชนีมวลกายยังแสดงถึง การประเมินภาวะโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยม ใช้ในปัจจุบัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กฤติกา จันทรหอม (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนายทหาร ประทวนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ นายทหารประทวนด้านการไม่สูบบุหรี่ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

ยุพิน เจตมงคลวงศ์ (2543: 71) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด ประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติกรรม วชิรพยาบาล พบว่า สตรี วัยหมดประจำเดือนที่มีดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

วีรนุช ไตรรัตน์ภาส (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

อุษณี แสงสุข (2546: 92) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ดัชนีมวล กาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546: 70) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ดัชนีมวลกายมีทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า ดัชนีมวลกายน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

จิตลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) มีผู้ให้คำอธิบายแตกต่างกัน ดังนี้

อัลล์พอร์ท (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2544: 185; อ้างอิงจาก Allport. 1964) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าตน และความภาคภูมิใจในตน (Self – esteem) พัฒนามาตั้งแต่วัยทารก ถ้าประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ตนมีสองสิ่งนี้มากเกินไป จะกลายเป็นคนหลงตน อวดดี อวดเด่น แต่ถ้ามีน้อยเกินไป ก็จะเป็นคนขาดความมั่นใจ มีความต้องการพึงพิงสูง อ่อนน้อมยอมคนมากเกินไป

โรเซนเบิร์ก (พจนารถ สารพัด. 2546:14 อ้างอิงจาก Rosenberg. 1967) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นความเคารพที่บุคคลมีต่อตนเอง มองเห็นตนเองมีค่าโดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่าดีกว่าหรือเลวกว่า และไม่คิดว่าตนเองต้องเป็นคนเลวเลิศ แต่ควรตระหนักในข้อจำกัดของตน และสามารถคาดหวังได้ว่า จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร

เดล โปลิโต (สมดี ชาติวงศ์ไพสิฐ. 2539: 47; อ้างอิงจาก Del Polito. 1977) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นการประเมินคุณค่าของตนเองตามที่ตนคิด ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกต่างๆ คือ ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถ มีคุณค่า

วิลเลียม เจมส์ (พจนารถ สารพัด. 2546: 15; อ้างอิงจาก Bruno. 1983) ได้เสนอแนวคิดในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีสูตรดังนี้

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) = ความสำเร็จ (Success) / ความคาดหวัง (Expectation)

จากสูตร ความสำเร็จ หมายถึง การประสบความสำเร็จที่แท้จริงตามเป้าหมายของบุคคล ความคาดหวัง หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิดว่าจะเป็นเช่นนั้น หรือเป้าหมายต่างๆ ที่บุคคลตั้งไว้

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง อัตราส่วนระหว่างความสำเร็จที่แท้จริง กับความคาดหวังในความสำเร็จของบุคคลนั้น

จากสูตรของเจมส์ ทำให้เห็นว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) นั้น เป็นเรื่องอัตวิสัย (Subjective) เพราะเป็นการประเมินส่วนบุคคล

คูเปอร์สมิธ (สมมติ ชาครวงศ์ไพสิฐ. 2539: 47; อ้างอิงจาก Coopersmith. 1984) ให้คำจำกัดความการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่มีต่อตนเอง เป็นการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง และแสดงถึงขอบเขตที่บุคคลมีต่อความสามารถความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง (Self – esteem) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเอง เกิดจากการเปรียบเทียบตนจริงกับตนในอุดมคติ โดยการประเมินคุณค่าของตนจากลักษณะทางกายภาพ จิตใจ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ความสามารถทางสติปัญญา และความสามารถในด้านต่างๆ นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองยังเกิดจากการยอมรับของบุคคลรอบข้าง รู้สึกว่ามีคนรักได้รับการยกย่อง หรือประสบความสำเร็จ บุคคลที่ประเมินคุณค่าตนเองในด้านดี จะเห็นคุณค่าของตน แต่ถ้าประเมินตนเองออกมาในด้านลบ จะเกิดความรู้สึกตนเองไร้คุณค่า ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกัน

แม็กฟาแลนด์ และโทมัส (พจนารถ สารพัด. 2546: 14; อ้างอิงจาก McFarland; & Thomas. 1991) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นผลของกระบวนการประเมินตนเองด้วยส่วนประกอบของการรับรู้ถึงการยอมรับความรัก และความพอใจใกล้ชิด

กรีนเบอร์ก และคนอื่นๆ (Barbara Hansen Lemme. 1995: 82; citing Greenberg; et al. 1992) มีความเชื่อว่า หน้าที่ของการเห็นคุณค่าในตนเองทางด้านจิตวิทยา คือการป้องกันบุคคลจากความวิตกกังวล ซึ่งเขาได้อ้างอิงจากงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีสิ่งใดก็ตามที่มากกระทบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และวิธีการหนึ่งซึ่งเป็นความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมกล่าวว่า สิ่งเลวร้ายจะไม่เกิดขึ้นกับคนดี ดังนั้น ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเป็นคนดีและมีคุณค่า บุคคลนั้นก็จะดำรงตนเองในสถานะของความปลอดภัยต่างๆ

นักจิตวิทยาด้านแรงจูงใจและบุคลิกภาพ เช่น อัลลิสพอร์ท และ แมก ดัลกัล (Allport and McDougall) (Brown; & Mankowski. 1993: 421) กล่าวว่า การสร้างแรงจูงใจจะดำรงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเอง

ส่วนนักจิตวิทยาคลินิก เช่น ฮอร์นี และซัลลิแวน (Horney and Sullivan) (Brown; & Mankowski. 1993: 421) มีความเชื่อว่า ปัญหาของการเห็นคุณค่าในตนเอง จะมีผลกับผู้ที่มีการโรคประสาท และผู้ที่มีปัญหาด้านการปรับตัว

บาร์บารา แฮนเซน เลมม์ (Barbara Hansen Lemme. 1995: 82) กล่าวว่า จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสูง เป็นสิ่งที่มีคุณค่า ซึ่งกระตุ้นในการเกิดแรงจูงใจให้สัมฤทธิ์ ปฏิสัมพันธ์ในสังคม การดูแลสุขภาพ และการปรับตัว ตัวอย่าง เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองสูง อาจเป็นแรงจูงใจให้บุคคลทำในสิ่งที่มีประโยชน์ และดูแลรักษาตนเองเสมอ เพราะบุคคลเชื่อ

ว่า ตนเองมีคุณค่า โดยสามารถอธิบายได้ว่าทำไมการเห็นคุณค่าในตนเองจึงสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และผู้สังเกตการณ์หลายท่าน พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อสภาพอารมณ์

ไรซ์ (พจนารถ สารพัด. 2546: 14 อ้างอิงจาก Rice. 1996) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นการรับรู้ตนเองโดยเห็นว่าตนเองมีคุณค่าตามที่ตนรับรู้ ซึ่งการประเมินคุณค่านี้นำไปสู่การยอมรับตนเอง มีความพอใจในตนเอง และมีความสอดคล้องกันระหว่าง มโนทัศน์ของตนกับจินตนาการส่วนตน

กรีน (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545: 388; อ้างอิงจาก Greene.1997) กล่าวว่า เด็กที่ด้อยความสามารถทางการเรียน มักมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self esteem) ความภาคภูมิใจมีความสำคัญยิ่งต่อการปรับตัวเชิงอารมณ์ – สังคมในมิติต่างๆ และการสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

จอห์น (รัตนา แดงประเสริฐ. 2545: 18 – 19; อ้างอิงจาก John. 2000) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการตัดสินคุณค่าของตน (Self) แต่แสดงให้เห็นในรูปของเจตคติที่คนนั้นมีต่อตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์มากกับอัตมโนทัศน์ (Self - concept) เมื่อผ่านกระบวนการอัตมโนทัศน์แห่งตนนั้นจะเป็นการแสดงว่าตัวเรานั้นเป็นอย่างไร และเมื่อพิจารณาผ่านการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นก็จะเป็นการประเมินว่าเราเป็นใคร บุคคลจะประเมินอัตมโนทัศน์ออกมาในการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินคุณค่าโดยตรวจสอบด้านผลงานความสามารถของเรากับบุคคลรอบข้าง เป็นกระบวนการที่อาจเป็นไปโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์จากความสำเร็จ และการกระทำต่างๆ ได้บรรลุเป้าหมาย ส่งผลให้ได้รับคำชมเชยจากพ่อแม่หรือบุคคลอื่น เป็นการสะสมความพึงพอใจต่อตนเอง กลายเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นถึงความสามารถที่จะก้าวไปให้ถึงคุณค่าที่ได้ตั้งไว้ว่า ถ้าทำสำเร็จก็จะเกิดความพึงพอใจตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเองในที่สุด

หวาง (Gerald Corey. 2004: 193 – 194; citing Hwang, P.O. 2000) กล่าวว่า ความสุขเป็นสภาพความสมดุลระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง และการเห็นคุณค่าผู้อื่น ซึ่งวิธีการในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการส่งเสริมลักษณะเฉพาะตัวบุคคลและให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม ส่วนการเห็นคุณค่าผู้อื่น เกี่ยวข้องกับให้ความนับถือ การยอมรับ ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการส่งเสริมผู้อื่นด้วยความจริงใจปราศจากเงื่อนไข

นวลละอ อสุภาผล (2527: 269) ให้ความหมายความภาคภูมิใจในตนเองไว้ว่า เป็นความต้องการได้รับนับถือยกย่อง (Self – esteem needs) แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ

1. ความต้องการนับถือตนเอง (Self – respect) คือ ความต้องการมีอำนาจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความแข็งแรง ความสามารถในตนเองมีผลสัมฤทธิ์และความอิสระ ทุกคนต้องการที่จะรู้สึกว่าเขามีคุณค่า และมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในงานภารกิจต่างๆ มีชีวิตที่เด่นดัง

2. ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (Esteem from others) คือ ความต้องการ มีเกียรติยศ การได้รับการยกย่อง การยอมรับ ความสนใจ ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องชมเชยในสิ่งที่เขากระทำ ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าโดยความสามารถของเขาได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ (2535; อ้างอิงจาก พจนารถ สารพัด. 2546: 15) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นการประเมินความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านต่างๆ เมื่อบุคคลทำกิจกรรมได้สำเร็จมีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าในการกระทำนั้นๆของตน รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญได้รับการยกย่องและมีคุณค่า

ดุชนิ โยเหลา และคนอื่น (2540: 29 – 30) ได้สรุปว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึงความสามารถเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความความชื่นชมและพึงพอใจในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง กล้าแสดงความคิดเห็น มีความมานะพยายามและอดทน กระตือรือร้นในการทำงาน จิตใจเปิดกว้าง รู้จักและเข้าใจตนเอง ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับและเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2543: 12) กล่าวว่า การนับถือตนเองเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมองตนเอง และประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร ตามปกติคนจะมองตนเองมีสองภาพ คือภาพแรกเป็นภาพในอุดมคติ เป็นสิ่งที่เราใฝ่ฝันอยากจะเป็น ส่วนภาพที่สอง คือภาพตัวเราในความเป็นจริง หากภาพในความเป็นจริงนั้นใกล้เคียงกับภาพในอุดมคติ เราจะมีความรู้สึกดีกับตนเอง มีความนับถือตนเองสูง แต่หากสองภาพนี้แตกต่างกันมาก ความนับถือและความภาคภูมิใจในตนเองก็จะต่ำลง

จากความหมายต่างๆที่กล่าวมา สรุปความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึงความเชื่อมั่นที่บุคคลมีต่อตนเอง มีทัศนคติในการมองตนเองในทางบวก มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญและความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น มีความเห็นว่าตนเองมีคุณค่าโดยเกิดจากการยอมรับ ยกย่องของบุคคลรอบข้าง

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน ซึ่งในทัศนะของ มาสโลว์ (สมดี ชาครวงศ์ไพสิฐ. 2539: 48; อ้างอิงจาก Maslow. 1970: 45) เชื่อว่าบุคคลทุกคนมีความต้องการเห็นคุณค่า (Esteem needs) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem) คือ ความปรารถนาของบุคคลที่จะให้ตนเองมีความเข้มแข็ง มีความสำเร็จ มีความสามารถที่เพียงพอ มีความเชี่ยวชาญ มีความมั่นใจในการเผชิญหน้ากับสิ่งต่างๆ ไม่ต้องพึ่งพิงผู้ใด และมีอิสระ

2. ความต้องการเห็นคุณค่าจากผู้อื่น (Esteem of other) คือ ความปรารถนาของบุคคลที่จะให้ผู้อื่นเห็นว่าตน เป็นผู้ที่มีชื่อเสียงหรือมีเกียรติ มีตำแหน่ง ฐานะ มีลักษณะเด่นเป็นที่ยอมรับได้รับความสนใจ มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี หรือเป็นที่ชื่นชมของผู้อื่น

ความต้องการเห็นคุณค่านี้ หากบุคคลได้รับ ก็จะเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ และมีความสามารถที่เพียงพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีประโยชน์สำหรับชีวิต และจำเป็นสำหรับการอยู่ในสังคม ความรู้สึกเห็นคุณค่าจะทำให้บุคคลมีโอกาสสู่ภาวะการบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self actualization)

ไมเชอเนอร์ และเดลามาเทอร์ (Michener; & Delamater. 1999: 93) ได้กล่าวถึง การเกิด การเห็นคุณค่าในตนเองว่า มีปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ

1. ประสบการณ์ในครอบครัว (Family experience) ซึ่งคูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1967) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ในครอบครัว 5 - 6 รุ่นด้วยกัน โดยพบว่าพฤติกรรมของพ่อแม่ ที่มีผลในการเสริมสร้างความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองมี 4 วิธี คือ

1.1 การแสดงการยอมรับ สภาพอารมณ์ ความสนใจ และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับลูก

1.2 มีความหนักแน่นและมั่นคง ในการกำหนดขอบเขตที่ชัดเจนในการแสดงพฤติกรรมของลูก

1.3 ยอมรับในความเป็นเด็กที่ต้องอยู่ในขอบเขต และให้ยอมรับในการคิดริเริ่ม (เช่น ให้ลูกกำหนดเวลาการเข้านอนเอง และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในครอบครัว)

1.4 สร้างความมีวินัย โดยไม่คิดว่าถูกบังคับ (เช่น การปฏิเสธสิทธิพิเศษ โดยการพิจารณาถึงเหตุผล มากกว่าการลงโทษทางร่างกาย)

จากการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg. 1965) ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในนิวยอร์ก จำนวน 5,024 คน

2. ผลกระทบต่อการกระทำ (Performance feedback) บุคคลจะเกิดความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการเห็นคุณค่าในตนเองจะเป็นรากฐานของความรู้สึกความสามารถ และอำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ

3. การเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) เป็นเรื่องสำคัญสำหรับความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการเห็นความสามารถหรือเห็นค่าของตนจะเกิดขึ้นจากผลของการกระทำส่วนใหญ่ที่มีการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่เป็นที่ยอมรับ

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

กิล ลินเด็นฟิลด์ (ประภากร โกมลมิศร์. 2544: 32 – 33; อ้างอิงจาก Geal Lindenfield. 1995) ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ดังนี้

1. สงบและรู้สึกผ่อนคลาย (Calm and relaxed) สามารถควบคุมตนเองได้ แม้เผชิญอยู่กับความยุ่งยากและความท้าทายที่หวาดกลัวอยู่ก็ตาม มักไม่ค่อยมีความเครียดปรากฏอยู่บนใบหน้า แม้จะผ่านการได้รับความกดดันสูงก็ตาม จะสามารถคืนสู่ความสงบได้อย่างรวดเร็ว
2. ดูแลตนเองอย่างดี (Well – nurtured) มีความเป็นอยู่ที่ดีในเรื่องการดูแลตนเองและการออกกำลังกาย การไม่ทำลายตัวเองด้วยการละเลยสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การดื่ม รวมทั้งการแต่งกายตนเองเป็นพิเศษ เมื่อเจ็บป่วยหรือตกอยู่ภายใต้ความกดดัน
3. มีพลังและจุดมุ่งหมาย (Energetic and purposeful) มีชีวิตชีวาทั้งร่างกายและจิตใจ สนุกสนานกับการทำงานในหน้าที่อย่างกระตือรือร้น มีแรงจูงใจ มีความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงที่ดี
4. เปิดเผยและแสดงความรู้สึก (Open and expressive) สามารถสื่อสารกันได้อย่างตรงไปตรงมา ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งบ่งชี้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ทันที และสามารถควบคุมหรือหยุดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เมื่อต้องการ
5. คิดในทางที่ดีและมองโลกในทางที่ดี (Positive and optimistic) มักไม่ค่อยมีความวิตกกังวลและความหวาดกลัวเมื่อพบกับความผิดพลาดขณะที่กำลังเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ก็จะสังเกตกระบวนการนั้นอย่างเปิดเผยและรู้สึกปลอดภัย เมื่อปลดปล่อยความตึงเครียดแล้วก็จะกลับมาแก้ปัญหาใหม่ และมองเห็นโอกาสในการแก้ปัญหาและพัฒนาสิ่งที่เขาสนใจ
6. มีความมั่นคงในตนเอง (Self – reliant) สามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆได้อย่างอิสระและเป็นตัวของตัวเอง พึ่งพาตนเองโดยไม่จำเป็นต้องมีผู้อื่นคอยชี้แนะ
7. มีความสามารถในการเข้าสังคมและร่วมมือกับผู้อื่นได้ (Sociable and co – operative) สามารถเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่มและสามารถประนีประนอม เพื่อความเข้าใจอันดีและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน บุคคลเหล่านี้สามารถชื่นชมความสำเร็จของผู้อื่นได้ อีกทั้งยังสนับสนุนให้กำลังใจในการพัฒนาตนเองของบุคคลอื่นอีกด้วย แม้จะก้าวไปสู่การเป็นผู้นำ ก็สามารถแบ่งปันพลังอำนาจได้อย่างเหมาะสม
8. มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Appropriately assertive) สามารถยืนกรานความต้องการและสิทธิของตนได้

9. มีการพัฒนาตนเอง (Self – developing) แม้บุคคลเหล่านี้จะมีการเห็นคุณค่าตนเองสูง แต่ก็ยังคงตรวจสอบตัวเองอยู่เสมอ มีความสุขกับการได้รับรู้ข้อบกพร่องและความผิดพลาดของตนเอง อันจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

คูเปอร์สมิธ (รัตนา แดงประเสริฐ, 2539: 21; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1981) เสนอว่า ลักษณะของผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะไม่ค่อยเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีข้อบกพร่อง มีความวิตกกังวลสูง มีความเครียดสูงเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่เคยพบมาก่อน ไม่มีความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ มักห่อหุ้มง่าย หลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหามีความขี้ดขี้น ยึดติดกับสิ่งที่รู้จักหรือเคยชินเพื่อความรู้สึกปลอดภัย กลัวทำให้ผู้อื่นโกรธ ไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ หวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคม มักใช้กลไกในการป้องกันตนเอง เป็นบุคคลที่มีลักษณะเก็บกด

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2543: 12 - 13) กล่าวว่า บุคคลที่มีความนับถือตนเองสูงจะมองตนเองเป็นคนที่มีคุณค่ามีความหมายและมีสิ่งที่ดีอยู่ภายใน การมองเช่นนี้ทำให้จิตใจสงบ พึงพอใจในตนเอง รักตนเอง รู้ว่าตนสามารถทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ได้ ไม่อิจฉาริษยา ไม่รู้สึกด้อยค่า กล้าเผชิญปัญหา ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เมื่อล้มแล้วยังกล้าลุกขึ้นมาสู้ต่อ

ส่วนผู้ที่มีความนับถือตนเองต่ำจะมีลักษณะตรงข้าม คือ รู้ว่าตนไร้ค่า ขาดความเชื่อมั่น ห่อหุ้มง่าย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความสุขในตนเอง หากสูญเสียความนับถือตนเองมาก ก็จะกลายเป็นคนหวาดระแวง ขี้อิจฉา วิตกกังวล และอาจซึมเศร้าจนฆ่าตัวตายได้

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545: 388 – 389 , 391) ได้กล่าวว่า ผู้ใหญ่และเด็กที่มีพัฒนาการตามปกติ อาจมีความภาคภูมิใจต่ำได้เป็นบางครั้งบางคราว และจะไม่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่วนเด็กที่ด้อยความสามารถทางการเรียนมักมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าปกติและต่อเนื่องยาวนาน นักจิตวิทยาและนักการศึกษา ได้เสนอแนะในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ คือ การสร้างความภาคภูมิใจให้เกิดขึ้น ซึ่งวิธีสร้างความภาคภูมิใจมีหลายวิธี เช่น ให้เด็กคิดถึงความสำเร็จในกิจกรรมที่ตนเองทำตั้งเป้าหมายในงาน การเล่น การเรียน ที่ไม่สูงเกินไป พ่อ แม่ ครู ให้กำลังใจและไม่คาดหวังความสำเร็จจากลูกสูงเกินไป ให้กำลังใจเมื่อเด็กทำอะไรได้สำเร็จ พยายามให้เด็กได้เรียน หรือ / และทำกิจกรรมที่ตนมีความถนัด ถ้าความด้อยเกิดจากความบกพร่องทางกายที่สามารถทำการแก้ไขได้ ควรพาเด็กไปแก้ไขเพื่อให้เกิดความปกติโดยเร็วที่สุด

เด็กที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะกลายเป็นเด็กพิเศษแบบใดแบบหนึ่ง เช่น เด็กด้อยความสามารถในการเรียน เด็กสมาธิสั้น เด็กมีปัญหาทางอารมณ์ ในรายที่รุนแรง เขาจะเติบโตเป็นบุคคลที่เก็บความรู้สึกนี้ไว้ในจิตใจได้สำนึก เป็นคนอารมณ์อ่อนไหวง่าย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความสุขที่ได้ทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด

พ่อแม่และครู ต้องมีความนับถือตนเอง ซึ่งจะเป็นแบบอย่างให้เด็ก โดยเฉพาะครูที่ใช้ระยะเวลาอยู่กับเด็กมากพอสมควรใกล้เคียงกับพ่อแม่ นั่น จะต้องแสดงให้เห็นถึงความนับถือตนเองและความมั่นคงในตนเอง เด็กจะเกิดความนับถือตนเองสูงจากกระบวนการเลียนแบบ และจากการที่ครูมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก

ครูที่มีความนับถือตนเองสูง มีลักษณะดังนี้ (อุมพร ตรังคสมบัติ. 2543: 91 – 92)

1. ใจกว้าง ยอมรับนับถือในความคิดเห็นของคนอื่น
2. มีความยุติธรรม
3. มีใจกรุณา
4. มีความเคารพตนเอง และรู้จักรักษาสีทิตของตนเอง
5. ไม่ใช้อำนาจบังคับเสมอ แต่มีความเป็นประชาธิปไตยเพียงพอ
6. มองคนอื่นในแง่ดี ไม่ว่าจะเป็นกับเพื่อนครูด้วยกัน หรือกับนักเรียน

ครูที่มีความนับถือตนเองต่ำ มักชอบใช้อำนาจ ชอบลงโทษเด็ก ทำให้เด็กได้อาย ทำลายความรู้สึกดีที่เด็กมีต่อตนเองด้วยคำพูดที่ไม่ระมัดระวัง หรือด้วยการดูหมิ่นศักดิ์ศรีของบุคคล ครูลักษณะนี้มักถือความคิดของตนเองเป็นใหญ่และมองโลกในแง่ร้าย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คาเพน และโคล (อูบล เลี้ยววาริน. 2534: 62; อ้างอิงจาก Kaplan; & Cowles. 1978) พบว่าบุคคลที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ บุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คือ บุคคลที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพของตนเองสูง

ดัฟฟี่ (อุษณี แสงสุข. 2546: 56; อ้างอิงจาก Duffy. 1988) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35 – 65 ปี ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยสาธารณสุขขนาดใหญ่ในแถบภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 262 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพโดยบังเอิญ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 25

บราวน์ และแมนคอฟสกี (Brown; & Mankowski. 1993: 421) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง สภาพอารมณ์ และการประเมินตนเอง กับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และแนวโน้มการมองตน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยวอชิงตัน จำนวน 51 คน พบว่า ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีการประเมินตนเองโดยใช้อารมณ์เป็นใหญ่มากกว่าผู้ที่มี

การเห็นคุณค่าในตนเองสูง การประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ มีการตอบสนองอารมณ์ด้านลบ แสดงการลดคุณค่าในตนเองจากการมีความทุกข์ทางด้านจิตใจ

ไบรอัน และคนอื่นๆ (Bryan; et al.) (2004: 103 - 105) ศึกษาการเสี่ยงต่อภาวะโรคเอดส์ในวัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจ กับการมุ่งอนาคต และการเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับการทํานายการใช้ถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน แบ่งเป็นผู้ชาย 139 คน ผู้หญิง 11 คน อายุระหว่าง 13 - 17 ปี โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่าแบบแผนประสิทธิผลของการเห็นคุณค่าในตนเอง คือความตั้งใจที่มีการเชื่อมโยงกับความพึงพอใจของตน การเห็นคุณค่าในตนเองมีนัยสำคัญทางสถิติในการเป็นตัวทำนายความพึงพอใจต่อการใช้ถุงยางอนามัย

วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547:107) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถม ศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2 พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าการเห็นคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จึงนำมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้

นอกจากการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นจิตลักษณะประการแรกที่ต้องการศึกษาแล้ว ยังมีจิตลักษณะอีกชนิดที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและอยู่ในทฤษฎีดั้งไม่จริยธรรม ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2538: 2 - 3) ซึ่งอยู่ในส่วนลำดับต้นของต้นไม่จริยธรรม โดยประกอบด้วยจิตลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ (1) เหตุผลเชิงจริยธรรม (2) มุ่งอนาคตและควบคุมตนเอง (3) ความเชื่ออำนาจในตน (4) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และ (5) ทศนคติ คุณธรรม และค่านิยม

ทฤษฎีดั้งไม่จริยธรรม อาจจัดเข้าเป็นทฤษฎีหนึ่งของ ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถชี้แนะทางการประยุกต์ เพื่อสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยทฤษฎีดั้งไม่จริยธรรม จะตอบคำถามว่า จะต้องพัฒนาอะไรบ้างในคนไทยจึงจะเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในคุณภาพและปริมาณที่ต้องการ และจะพัฒนาลักษณะเหล่านั้นอย่างไร ในทางจิตวิทยาโดยเฉพาะจิตวิทยาสังคม เน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเสริมสร้างลักษณะทางจิตใจที่จะผลักดันพฤติกรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2538: 154, 156)

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ทัศนคติ เป็นจิตลักษณะประเภทหนึ่งอยู่ส่วนลำต้นของต้นไม้จริยธรรม เป็นความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้ง ท่าทีที่แสดงออก ที่แสดงถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ทัศนคติ เป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ เป็นความพร้อมที่จะได้ตอบและแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ความหมายของทัศนคติ

เนื่องจากการศึกษาและวิจัย เกี่ยวกับทัศนคติกันมากในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงมี นักจิตวิทยาบางท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติ ดังนี้

อัลพอร์ท (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536: 95; อ้างอิงจาก Allport. 1935) ได้ให้คำจำกัดความของทัศนคติว่า เป็นสภาวะของความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา คือทัศนคติจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรม

อัลพอร์ท (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537: 225; อ้างอิงจาก Allport. 1935) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้ จะเป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เฟสติงเจอร์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536: 148; อ้างอิงจาก Festinger. 1957) ได้เสนอแนวคิดของทฤษฎีความไม่ลงรอยกันของความรู้ (Cognitive dissonance theory) โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า ถ้าพฤติกรรมของบุคคลไม่สอดคล้องกับความรู้ หรือทัศนคติขณะนั้น บุคคลจะไม่มีความสุขหรือเรียกสภาวะนี้ว่า ความไม่ลงรอยกันของความรู้ ผลจากสภาวะการนี้ บุคคลจะถูกจูงใจให้แก้ไข ปัญหาหรือสภาวะการณ์เพื่อจะ ทำให้ความเชื่อและพฤติกรรมสอดคล้องกัน และในปี 1964 เฟสติงเจอร์ (Festinger) ได้เสนอแนวคิดของทฤษฎีนี้เพิ่มเติมว่า ถ้าพฤติกรรมนั้น บุคคลได้เคยปฏิบัติมาก่อน และไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลก็จะพยายามเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ ดังนั้น ถ้าบุคคลได้ตรวจพบว่าตนเองมีพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อของตน และพฤติกรรมนั้นไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้อีก (เช่น เหตุผลอาจจะเป็นการได้รับค่าจ้างที่สูง) บุคคลก็จะพยายามเปลี่ยนแปลงความเชื่อของตนเองให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ

นักจิตวิทยาสังคม เบม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536: 149; อ้างอิงจาก Bem. 1967) ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีว่า เราสามารถตรวจสอบหรือบอกได้ว่า บุคคลมีความเชื่อ และทัศนคติอย่างไร ดูได้จากพฤติกรรมของบุคคล ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้ บุคคลจะไม่ทราบทัศนคติของตนเอง จนกว่าจะศึกษาจากพฤติกรรมที่ตนปฏิบัติ

สแตง และไรท์สแมน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536: 94; อ้างอิงจาก Stang; & Wrightsman. 1981) ให้คำจำกัดความของทัศนคติว่า ทัศนคติ เป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาอย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (อาจเป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์) ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไปกระตุ้นพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งสืบเนื่อง (ส่วนหนึ่ง) มาจากทัศนคติ และพฤติกรรมนั้นๆจะสอดคล้องกับทัศนคติด้วย

ตามแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติของ แอจเซน และฟิชเบิน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536: 95; อ้างอิงจาก Ajzen; & Fishbein. 1997) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นตัวแทนที่แสดงถึงการประเมินผลของบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงความรู้สึก อารมณ์ ตามทฤษฎีทางทัศนคติ เชื่อว่า ทัศนคติสามารถเรียนรู้ได้ ดังนั้นจึงสามารถเปลี่ยนได้ ขณะเดียวกันก็สามารถคงอยู่ภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ทัศนคติ เป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึก ในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรได้หลายอย่าง เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทบาท องค์การ ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537: 224; อ้างอิงจาก Thurstone. 1946)

เซฟเวอร์ (รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. 2540: 9; อ้างอิงจาก Shaver. 1977) ให้ความหมายทัศนคติว่า หมายถึง สภาพความพร้อมของจิตใจและประสาท ซึ่งเกิดจากการได้รับประสบการณ์ อันมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสรรพสิ่งและสถานการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. 2540: 11; อ้างอิงจาก พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2530) กล่าวว่าทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆอันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545:138) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ต่างๆไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาพความพร้อมทางจิตนี้ จะต้องอยู่นานพอสมควร

สุชา จันทน์เอม (2544:270) สรุปไว้ว่า ทัศนคติ เป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือ บุคคลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำสิ่งใดลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำหนดทัศนคติจึงเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล และบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆในลักษณะที่แตกต่างกันไป

จากคำจำกัดความข้างต้น สรุปว่าทัศนคติ หมายถึง องค์ประกอบทางด้านจิตใจของบุคคล ที่แสดงถึงการประเมินผลของบุคคลซึ่งสะท้อนถึง ความรู้สึก อารมณ์ และความพร้อมที่จะตอบสนอง ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งทัศนคติสามารถเรียนรู้ได้ บุคคลจึงสามารถ เปลี่ยนแปลงทัศนคติได้

องค์ประกอบของทัศนคติ

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนพร้อมที่จะมีปฏิกิริยา เฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆกัน ซึ่งนักจิตวิทยาได้เสนอไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. ทัศนคติที่มี 3 องค์ประกอบ คือ (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. 2545: 138)

1.1 องค์ประกอบด้านการรู้ การคิด (Cognitive component) หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่คนเรามีต่อสิ่งเร้า (คนสิ่งเร้า สถานการณ์) รู้ในทางที่ดีหรือไม่ดี บวกหรือลบ ในกรณีที่ เรารู้จักสิ่งใดดี เราก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น .ถ้าเรารู้จักสิ่งใดไม่ดี เราก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีเช่นกัน ถ้า เราไม่รู้จักรัสิ่งใดเลยเราก็จะไม่เกิดทัศนคติขึ้น

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523: 6) กล่าวว่า ในการจะวัดทัศนคติต้องประกอบด้านการรู้ การคิดนี้ ผู้วัดต้องแน่ใจว่าผู้ถูกวัดนั้นมีความรู้หรือประสบการณ์ในเรื่องนั้นมากพอประมาณ ถ้าผู้ ถูกวัดไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่องนั้นเลย ก็ไม่ควรวัดทัศนคติเพราะอาจทำให้เกิดข้อสรุปที่ผิดพลาดจาก การวัดนั้นได้มาก เช่น การวัดทัศนคติของเด็กอนุบาลเกี่ยวกับ "กฎหมาย" หรือวัดทัศนคติของชาวชนบท ในถิ่นกันดารเกี่ยวกับ "การจราจรในเมืองหลวง"

1.2 องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) เป็นองค์ประกอบทางด้าน อารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งเร้าและเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของทัศนคติองค์ประกอบด้านความรู้สึกจะ สอดคล้องกับองค์ประกอบด้านการรู้ การคิด กล่าวคือ ถ้าบุคคลรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งในทางดีก็จะชอบสิ่ง นั้น แต่ถ้ารู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นในทางไม่ดีก็ย่อมไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น ในขั้นนี้จะเป็นทัศนคติที่มีทิศทางแล้ว ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงค่อนข้างยากมาก

1.3 องค์ประกอบด้านการพร้อมปฏิบัติ (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่ มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม พร้อมที่จะตอบสนองสิ่งนั้นๆในทางใดทางหนึ่ง องค์ประกอบของทัศนคติทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ มีความสัมพันธ์กันเสมอ ด้วยเหตุที่ว่าปฏิกิริยาของ มนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดก็ตาม จะตกอยู่ภายใต้องค์ประกอบทั้งสามนี้ทั้งสิ้น

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ ได้แก่ ทริยแอนดิส (Triandis) มอร์ริส (Morris)

2. ทัศนคติที่มี 2 องค์ประกอบ คือ (วรรณดี แสงประทีปทอง. 2536: 54)

2.1 องค์ประกอบด้านสติปัญญา หมายถึง กลุ่มของความเชื่อที่บุคคลมีต่อเป้าหมาย

ของทัศนคติ จะเป็นตัวส่งเสริมหรือขัดขวางการบรรลุถึงค่านิยมต่างๆของบุคคล

2.2 องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมี เมื่อถูกกระตุ้นโดยเป้าหมายของทัศนคติ

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ ได้แก่ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg) แคทซ์ (Katz) กิลฟอร์ด (Guiford) และคาแพลน (Kaplan)

3. ทัศนคติที่มีองค์ประกอบเดียว (จิรวรรณ ชำนาญช่าง, 2544: 11) คือ องค์ประกอบด้านอารมณ์หรือความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกชอบ – ไม่ชอบ หรือทำที่ที่ดี – ไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของทัศนคติ

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ ได้แก่ เทอร์สโตน (Thurstone) อินสโค (Insko) นิวแมน และนิวแมน (Newman and Newman)

การแบ่งองค์ประกอบของทัศนคติ 3 แนวทางดังกล่าว ปรากฏว่า แนวทางที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน คือ แนวทางที่เห็นว่า ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว (วรรณดี แสงประทีปทอง, 2536: 55)

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523: 7) กล่าวว่า ในการวัดทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น ผู้วัดอาจเลือกวัด องค์ประกอบทางการรู้เชิงประมาณค่า หรือด้านความรู้สึก และด้านการพร้อมที่จะกระทำ หรือทั้งสามองค์ประกอบพร้อมกันก็ได้

การสร้างทัศนคติ

จากความเห็นที่ว่าทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ และการเพิ่มพูนประสบการณ์ให้แก่บุคคล ดังนั้นเราอาจสร้างทัศนคติที่ต้องการได้ องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติที่ควรคำนึงถึงมีดังนี้ คือ (สุชา จันทน์เอม, 2544: 273)

1. วัฒนธรรม (Culture) วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อชีวิตของทุกคน ตั้งแต่เกิดมาจนกระทั่งตาย โดยวัฒนธรรมของชาติต่างๆจะแตกต่างกันออกไป เช่น คนไทยนับถือผู้สูงอายุ และจะเคารพนบนาบให้ความเกรงใจต่อผู้สูงอายุ

2. ครอบครัว (Family) ครอบครัวเป็นแหล่งแรกที่อบรมให้เด็กเรียนรู้การสมาคมต่างๆ จึงมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างทัศนคติให้แก่เด็ก ตลอดจนปลูกฝังทัศนคติในการดำเนินชีวิตให้แก่บุตรของตน ทั้งนี้เพราะเด็กมักเลียนแบบและเชื่อฟังพ่อแม่ มีผู้สำรวจพบว่า ทัศนคติของพ่อแม่กับลูกคล้ายคลึงกันมาก

3. กลุ่มเพื่อน (Social groups) เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่และมาอยู่กับเพื่อนตั้งแต่เล็กๆ จะได้รับอิทธิพลอิทธิพลต่างๆจากกลุ่มเพื่อนมาก ทั้งนี้เด็กต้องการการยอมรับ คำแนะนำ และความช่วยเหลือจากเพื่อน

4. บุคลิกภาพ (Personality) ลักษณะบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลมาก เช่น กลุ่มที่ชอบออกสังคม หนีสังคม ชอบเด่น หรือกลุ่มอ่อนน้อม จะมีทัศนคติไม่เหมือนกัน

การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติ ทำให้เข้าใจทัศนคติของบุคคล และสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ได้ การวัดทัศนคติมีหลายวิธี ดังนี้ (สุชา จันทน์อม. 2544: 271 – 273)

1. Scaling technique เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้วัดทัศนคติ มี 2 แบบ คือ

1.1 วิธีของเทอร์สโตน (The Thurstone method) วิธีการนี้ประกอบด้วยประโยคต่างๆ ประมาณ 10 – 20 ประโยคหรือมากกว่านั้น ประโยคต่างๆ เหล่านี้จะเป็นตัวแทนของระดับความคิดเห็นต่างๆ กันผู้ถูกทดสอบจะต้องแสดงให้เห็นว่า เขาเห็นด้วยกับประโยคใดบ้าง ประโยคหนึ่งๆ จะกำหนดค่าเอาไว้ คือ กำหนดเป็น Scale value ขึ้น เริ่มจาก 0.0 ซึ่งเป็นประโยคที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดเรื่อยๆ ไป ถึง 5.5 สำหรับประโยคที่มีความรู้สึกเป็นกลางๆ (Neutral Statement) จนกระทั่งถึง 11.0 ซึ่งมีค่าสูงสุดสำหรับประโยคที่พึงพอใจมากที่สุด

1.2 วิธีของลิเกิร์ต (The Likert technique) มาตราส่วนแบบนี้ ประกอบด้วยประโยคต่างๆ ซึ่งแต่ละประโยคผู้ถูกทดสอบจะแสดงความรู้สึกของตนออกมา 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีคะแนนให้ไว้ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนนของคนหนึ่งๆ ได้จากคะแนนรวมจากทุกๆ ประโยค

2. Polling การหยั่งเสียงประชาชน ส่วนมากใช้กับการเลือกตั้งพรรคการเมือง หรือสิ่งที่ทำกับประชาชน โดยต้องมีการตรวจสอบ หยั่งเสียงกัน เพื่อหยั่งดูว่า มหาชนมีความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ อย่างไร และผลการหยั่งเสียงจะออกมาตรงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นตัวแทนของประชากรหรือไม่

3. Questionnaire คือ การใช้แบบสอบถามว่าเห็นด้วยหรือไม่ ดีหรือไม่ดี โดยแบ่งการสอบถามออกเป็น 2 แบบ คือ

3.1 Fixed – alternative questions คือ คำถามที่ถามเฉพาะเจาะจงลงไปแล้วให้ตอบตามเรื่องที่ถามเท่านั้น

3.2 Open – ended questions คือ คำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วนำความคิดเห็นหรือความรู้สึกของคนส่วนมากมาจัดกลุ่มดูว่า เขาเหล่านั้นมีความรู้สึกอย่างไร หรือมีทัศนคติอย่างไร

ส่วนวิธีการวัดทัศนคติอีกวิธีการหนึ่งมี 2 วิธี คือ (Michener; & Delamater. 1999: 156)

1. การวัดโดยวิธีตรง (Direct methods) โดยการถามคำถามโดยตรงและบันทึกคำตอบ

2. การวัดโดยวิธีอ้อม (indirect methods) โดยการสังเกตพฤติกรรม เพราะการถามคำถามโดยตรง อาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม เกิดจากอิทธิพลของตัวแปร 4 ชนิด คือ (Michener; & Delamater. 1999: 157)

1. การกระตุ้นของทัศนคติ ทัศนคติจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต้องได้รับการถูกกระตุ้น และบุคคลต้องใช้เพื่อชี้นำไปสู่การกระทำพฤติกรรม
2. คุณลักษณะพิเศษเฉพาะของทัศนคติ ความสัมพันธ์จะมั่นคงถ้าการรู้คิดด้านอารมณ์ยังคงอยู่ในระดับสูง และทัศนคดียังเป็นรากฐานของประสบการณ์ตรงนั้นๆ
3. ความสอดคล้องกัน ความสัมพันธ์จะมั่นคง เมื่อการวัดทัศนคติและพฤติกรรมมีความสอดคล้องกันในการกระทำ จุดมุ่งหมาย เนื้อหา และโอกาส
4. สถานการณ์ที่ถูกบังคับ อาจก่อให้เกิดการขัดขวางการแสดงออกของทัศนคติที่เกิดจากพฤติกรรม

การศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในการวิจัยนี้ จะศึกษาความรู้สึก หรือความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การมองเห็นประโยชน์มากโทษน้อยของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มีความยินดี และพอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เพนเดอร์ (วิลโลว์ ตั้งตระกูล. 2543: 53; อ้างอิงจาก Pender. 1987) ได้ศึกษาการดูแลตนเองในบุคคลวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหากับงานการดูแลครอบครัว และภาระต่างๆในชีวิตประจำวันและความต้องการของผู้ที่อยู่ภายใต้การพึ่งพาของตนเอง ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่มีเวลาเอาใจใส่หรือให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้โดยทั่วไป ได้แก่ ความพอใจ ความศรัทธา การเห็นคุณค่า จินตนาการ ซึ่งช่วยให้คนเรายอมรับเอาความรู้หรือประสบการณ์ไว้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ดีขึ้น

วอลซ์ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 58; อ้างอิงจาก Walsh. 1985) ศึกษาพฤติกรรมการวิ่งออกกำลังกายของบุคคล พบว่า ผู้ที่วิ่งออกกำลังกาย จะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่วิ่ง และมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่วิ่ง

อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 258) ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุ 18 – 45 ปี สำเร็จการศึกษาดั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ทำงานในโรงพยาบาล และทำงานในโรงงานหรือบริษัท พบว่า ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรม 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษและพฤติกรรมการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลเหมาะสมกว่าผู้ที่ทำงานในบริษัท ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษได้สูงสุดร้อยละ 30 ในกลุ่มเพศหญิง

สุปราณี จุลเดชะ (2542: 67 – 68) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตที่เรียนวิชา พล 101 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า นิสิตมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

วิไล ตั้งตระกูล (2543: 97 – 99) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคณานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า คณานในโรงพยาบาลมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

สัญญา ตันครองศิริ (2544: 106 – 108) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับดี

ผ่อง อนันตริยเวช (2545: 85 , 95) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยครูประถมศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง ตามลำดับ

นภาพร โดมทอง (2545: 75) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครู สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของครู สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์รวม 5 ด้าน พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และของมีเนมา พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการประเมินสภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546: 61) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทั้งพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์รวม 4 ด้าน พฤติกรรมการดูแล

สุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 117) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2 พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จึงนำมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษา “ปัจจัยทาง ชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม” โดยมีวิธีการวิจัย ดังต่อไปนี้

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ที่ปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2548 มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี จำนวน 123 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบวัด 4 แบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

ตอนที่3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่4 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ น้ำหนัก ส่วนสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน หรือ
เติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

- ☐ 1) ชาย
☐ 2) หญิง

2. ระดับการศึกษา

- ☐ 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี
☐ 2) ปริญญาตรี
☐ 3) สูงกว่าปริญญาตรี

3. ปัจจุบันท่านมีอายุ

- ☐ 1) น้อยกว่า 30 ปี
☐ 2) 30 – 40 ปี
☐ 3) 41 – 50 ปี
☐ 4) มากกว่า 50 ปี

4. ปัจจุบันท่านมีรายได้สุทธิ บาท / เดือน

5. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ตอนที่2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบุคลากรโรงเรียนตามความเหมาะสม

2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมจุดประสงค์ของการวิจัย และเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

3. สร้างแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 80 ข้อ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล

ลักษณะแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย เนื้อหาทั้ง 80 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายด้านบวก และข้อความที่มีความหมายด้านลบ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบโดยเขียนเครื่องหมายลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปมอบให้กรรมการผู้ควบคุมสารนิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข แบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาและข้อเสนอแนะต่างๆ ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดสอบ

5. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
0	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารมือเช้า	.....	.....	.....	.....
00	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารผักใบเขียวและผักอื่นๆ	.....	.....	.....	.....
000	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	.....	.....	.....	.....

การกำหนดคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มี 8 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 15, 16, 19, 20

ข้อความด้านลบ มี 12 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18

การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
4	ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย
3	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง
2	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
1	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร
เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย	3.41 – 4.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	2.81 – 3.40	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	2.21 – 2.80	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.61 – 2.20	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.60	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในระดับไม่ดี

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดย
เขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
0	ข้าพเจ้าออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี	.....	.....	.....	.....
00	ข้าพเจ้าออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกและหัวใจเต้นเร็วขึ้น	.....	.....	.....	.....
000	ข้าพเจ้าออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละมากกว่า 2 ชั่วโมง	.....	.....	.....	.....

การกำหนดคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มี 17 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19,

20

ข้อความด้านลบ มี 3 ข้อ คือ ข้อ 7, 11, 14

การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
4	ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย
3	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง
2	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
1	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.81 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.21 – 2.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.61 – 2.20 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับไม่ดี

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
0	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บริเวณที่มีการสูบบุหรี่	.....	.....	.....	.....
00	ข้าพเจ้ามักใช้ภาชนะพลาสติกบรรจุอาหารร้อน	.....	.....	.....	.....
000	ถึงแม้อาหารนั้นมีสีสรรดูน่ารับประทาน ข้าพเจ้าก็รับประทาน	.....	.....	.....	.....

การกำหนดคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มี 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 15, 19, 20

ข้อความด้านลบ มี 10 ข้อ คือ ข้อ 2, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 18

การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
4	ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย
3	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง
2	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
1	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้

- ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษในระดับดี
- ค่าเฉลี่ย 2.81 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษในระดับค่อนข้างดี
- ค่าเฉลี่ย 2.21 – 2.80 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.61 – 2.20 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษในระดับค่อนข้างไม่ดี
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษในระดับไม่ดี

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
0	ข้าพเจ้าดูแลเล็บมือเล็บเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ	.....	.....	.....	.....
00	ข้าพเจ้าอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ	.....	.....	.....	.....
000	ข้าพเจ้าล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง	.....	.....	.....	.....

การกำหนดคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มี 14 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 19

ข้อความด้านลบ มี 6 ข้อ คือ ข้อ 7, 13, 14, 16, 18, 20

การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
4	ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย
3	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติมานานๆครั้ง
2	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
1	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย	3.41 – 4.00 หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัย ส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	2.81 – 3.40 หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัย ส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	2.21 – 2.80 หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัย ส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.61 – 2.20 หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัย ส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.60 หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัย ส่วนบุคคลที่เหมาะสมในระดับไม่ดี

ตอนที่3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

1. แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบุคลากรโรงเรียนตามความเหมาะสม

2. ผู้วิจัยศึกษาแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของ นภาพร พุ่มพฤษ (2529) และของพจนารถ สารพัด (2546)) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ของ คูเปอร์สมิธ ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith self - esteem inventory adult form, 1984) เพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้กับบุคลากรโรงเรียน โดยแบบสอบถามนี้ครอบคลุมนิยามของการเห็นคุณค่าในตนเอง กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมจุดประสงค์ของการวิจัย และเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

3. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองนี้มีจำนวน 33 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด จริงมาก จริงครึ่งหนึ่ง จริงน้อย ไม่จริงเลย เนื้อหาทั้งหมด ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายด้านบวก และข้อความที่มีความหมายด้านลบ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบโดยเขียนเครื่องหมายลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ตัวอย่างแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริงมาก	จริงครึ่งหนึ่ง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
0	ข้าพเจ้ามักยอมแพ้อะไรง่าย ๆ	.....	.....	.....	.....	.....
00	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่เคยทำอะไรเป็นผลสำเร็จ	.....	.....	.....	.....	.....
000	ข้าพเจ้ามีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย	.....	.....	.....	.....	.....

การกำหนดคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มี 19 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 16, 18, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33

ข้อความด้านลบ มี 14 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 9, 10, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 27, 28

การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
5	จริงที่สุด	ไม่จริงเลย
4	จริงมาก	จริงน้อย
3	จริงครึ่งหนึ่ง	จริงครึ่งหนึ่ง
2	จริงน้อย	จริงมาก
1	ไม่จริงเลย	จริงที่สุด

ตอนที่ 4 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และนำมาพิจารณาปรับปรุงให้เพื่อให้เหมาะสมกับบุคลากรโรงเรียนตามความเหมาะสม

2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมจุดประสงค์ของการวิจัย และเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

3. สร้างแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยบางครั้ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเลย เนื้อหาทั้ง 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายด้านบวก และข้อความที่มีความหมายด้านลบ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบโดยเขียนเครื่องหมายลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปมอบให้กรรมการผู้ควบคุมสารนิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาและข้อเสนอแนะต่างๆ ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

5. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตัวอย่างแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยบางครั้ง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
0	การออกกำลังกายนานๆครั้งดีกว่าออกกำลังกายทุกวัน	.....	.....	.....	.....	.....
00	การรับประทานผลไม้สดทำให้ร่างกายได้รับประโยชน์มากกว่าขนมหวาน	.....	.....	.....	.....	.....
000	การดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าสามารถเข้าสังคมได้ดี	.....	.....	.....	.....	.....

การกำหนดคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มี 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 11, 14, 17, 18, 19

ข้อความด้านลบ มี 14 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 20

การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
5	เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วยเลย
4	เห็นด้วยมาก	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
3	เห็นด้วยบางครั้ง	เห็นด้วยบางครั้ง
2	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก
1	ไม่เห็นด้วยเลย	เห็นด้วยมากที่สุด

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน และแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามนิยามปฏิบัติการ มอบให้กรรมการผู้ควบคุมสารนิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมตามเนื้อหาของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปมอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ความ

ถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มที่ต้องการศึกษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน และแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไปทดลองใช้กับบุคลากรโรงเรียน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) แล้วเลือกข้อความที่มีความสัมพันธ์สูงไว้ใช้เป็นแบบวัด

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความเชื่อมั่นในแบบวัดประเมินรวมค่า ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร	.80
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	.82
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ	.86
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามยส่วนบุคคล	.86
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดซึ่งพิมพ์อยู่ในเอกสารชุดเดียวกัน พร้อมคำอธิบายวิธีตอบ ไปขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรโรงเรียน และรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบแล้วกลับด้วยตนเอง

3. นำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมสมบูรณ์มาลงรหัสข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องแล้วประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSSx : Statistical Package for the Social Science) โดยเลือกเฉพาะวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับการทดสอบ และตรวจสอบสมมติฐานเท่านั้น ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะชีวสังคม โดยใช้ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน ด้วยการทดสอบค่าที (t-test independent) ตามสมมติฐานที่ 1

2.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 ถึง 5 โดยใช้ในการหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน ในกรณีที่พบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe' method)

2.3 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 และ 7

2.4 การวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) วิธี Stepwise Method เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าเรื่อง ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการ วิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลตามลำดับ ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

N	แทน จำนวนบุคลากรในกลุ่มประชากร
$\bar{x}$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน (Standard Deviation)
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา (t – distribution)
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา (F – distribution)
p.	แทน ความน่าจะเป็น (Probability) ของค่าสถิติทดสอบ
SS	แทน ผลรวมของคะแนนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยผลรวมของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
B	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย
SE	แทน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ความถดถอย
Beta	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน
R	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรเกณฑ์กับตัวทำนาย
R ²	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
R ² change	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้นเมื่อตัวแปรทำนายเข้าสมการ
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของ บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัด นครปฐม จำนวน 123 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่ได้ตอบรับสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมา

วิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอริวินโดวส์ (SPSS for Windows/ Statistical Package for the Sciences for Windows) ดำเนินการวิเคราะห์ การทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย โดยการแจกแจงความถี่ และคิดเป็นร้อยละ

ตอนที่2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

ตอนที่3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย โดยทดสอบค่าที (t- test independent) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่1 และค่าเอฟ (F- test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5

ตอนที่4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 6, 7

ตอนที่5 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยใช้ปัจจัยทางชีวสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นตัวทำนาย เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 8

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	52	42.3
หญิง	71	57.7
รวม	123	100
2. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	63	51.2
30 – 40 ปี	20	16.3
41 – 50 ปี	25	20.3
มากกว่า 50 ปี	15	12.2
รวม	123	100
($\bar{x}$ = 35.12 S.D. = 10.72 Min = 21 Max = 59)		
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	8.9
ปริญญาตรี	66	53.7
สูงกว่าปริญญาตรี	46	37.4
รวม	123	100
4. ฐานะทางเศรษฐกิจ		
น้อยกว่า 10,000 บาท	11	8.9
10,000 – 20,000 บาท	73	59.3
20,001 – 30,000 บาท	9	7.3
มากกว่า 30,000 บาท	24	19.5
รวม	117	95.1
ไม่ตอบ	6	4.9
($\bar{x}$ = 20,732.12 S.D. = 11,313.40 Min = 5800 Max = 57,000)		

ตาราง4 (ต่อ)

5. ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม / ตารางเมตร	31	25.2
20.0 – 24.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร	59	48.0
มากกว่า 24.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร	31	25.2
รวม	121	98.4
ไม่ตอบ	2	1.6
($\bar{x}$ = 22.85 S.D. = 3.80 Min = 16.26 Max = 35.84)		

จากตาราง4 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม มีข้อมูลส่วนตัว ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

บุคลากรโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 53.7 มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 และมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ (20.0 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

เกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.41 – 4.00

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างดีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.81– 3.40

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.21– 2.80

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในระดับค่อนข้างไม่ดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.61 – 2.20

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.60

ตาราง5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	3.06	.24	ค่อนข้างดี
ด้านการรับประทานอาหาร	2.99	.29	ค่อนข้างดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.65	.35	ปานกลาง
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ	3.25	.31	ค่อนข้างดี
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	3.33	.28	ค่อนข้างดี

จากตาราง5 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย โดยทดสอบค่าที (t- test independent) และค่าเอฟ (F- test) ดังปรากฏตามตาราง 6 – 20

3.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงเรียน เมื่อจำแนกตามเพศ เพื่อทดสอบ สมมุติฐานข้อที่1 ที่ว่าบุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชาย

ตาราง6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์โดยรวม และในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	เพศ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ชาย	52	3.06	.23	.004	.99
	หญิง	71	3.06	.24		
ด้านการรับประทานอาหาร	ชาย	52	3.01	.28	.52	.60
	หญิง	71	2.98	.03		
ด้านการออกกำลังกาย	ชาย	52	2.72	.05	1.90	.06
	หญิง	71	2.60	.04		
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ	ชาย	52	3.18	.29	-2.28*	.02
	หญิง	71	3.30	.30		
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	ชาย	52	3.31	.28	-.45	.65
	หญิง	71	3.34	.28		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง6 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชาย และบุคลากรโรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่1 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บุคลากรโรงเรียนเพศชาย และบุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ พบว่าบุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษดีกว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่1 เพียงบางส่วน

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงเรียน เมื่อจำแนกตามอายุ เพื่อทดสอบ สมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงเรียน จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	อายุ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	น้อยกว่า 30 ปี	63	3.01	.23
	30 – 40 ปี	20	3.06	.25
	41 – 50 ปี	25	3.15	.21
	มากกว่า 50 ปี	15	3.09	.26
ด้านการรับประทานอาหาร	น้อยกว่า 30 ปี	63	2.90	.31
	30 – 40 ปี	20	3.01	.22
	41 – 50 ปี	25	3.15	.26
	มากกว่า 50 ปี	15	3.08	.23
ด้านการออกกำลังกาย	น้อยกว่า 30 ปี	63	2.64	.33
	30 – 40 ปี	20	2.69	.51
	41 – 50 ปี	25	2.65	.25
	มากกว่า 50 ปี	15	2.68	.40
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	น้อยกว่า 30 ปี	63	3.22	.32
	30 – 40 ปี	20	3.27	.26
	41 – 50 ปี	25	3.33	.30
	มากกว่า 50 ปี	15	3.18	.32
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	น้อยกว่า 30 ปี	63	3.28	.28
	30 – 40 ปี	20	3.26	.27
	41 – 50 ปี	25	3.46	.26
	มากกว่า 50 ปี	15	3.42	.31

ตาราง 8 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามกลุ่มอายุ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	.364	.121	2.184	.093
	ภายในกลุ่ม	119	6.604	.055		
	รวม	122	6.697			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	1.296	.432	5.551*	.001
	ภายในกลุ่ม	119	9.259	.078		
	รวม	122	10.554			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	.058	.019	.151	.929
	ภายในกลุ่ม	119	15.244	.128		
	รวม	122	15.302			
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	ระหว่างกลุ่ม	3	.285	.095	1.014	.389
	ภายในกลุ่ม	119	11.148	.094		
	รวม	122	11.433			
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	3	.810	.270	3.530*	.017
	ภายในกลุ่ม	119	9.096	.076		
	รวม	122	9.906			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล พบว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพื่อหาว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกันทั้ง 4 กลุ่มนี้ มีคู่ใดบ้างที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อโดยใช้วิธีของ Scheffe' ได้ผลดังปรากฏในตาราง 9 – 10

ตาราง9 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุที่แตกต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		น้อยกว่า 30 ปี	30 – 40 ปี	มากกว่า 50 ปี	41 – 50 ปี
	$\bar{x}$	2.90	3.00	3.08	3.15
น้อยกว่า 30 ปี	2.90	-	.10	.18	.25*
30 – 40 ปี	3.00		-	.08	.15
มากกว่า 50 ปี	3.08			-	.07
41 – 50 ปี	3.15				-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง9 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีกว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง10 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุที่แตกต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		30 – 40 ปี	น้อยกว่า 30 ปี	มากกว่า 50 ปี	41 – 50 ปี
	$\bar{x}$	3.26	3.27	3.42	3.45
30 – 40 ปี	3.26	-	.01	.16	.19
น้อยกว่า 30 ปี	3.27		-	.15	.18*
มากกว่า 50 ปี	3.42			-	.03
41 – 50 ปี	3.45				-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง10 เนื่องจากผลการวิเคราะห์โดยใช้วิธีของ Scheffe' พบว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงใช้การทดสอบโดยวิธีของ Tukey' HSD พบว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลดีกว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่าง ผลการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่2 เพียงบางส่วน

3.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงเรียน เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่3 ที่ว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาด้อยกว่า

ตาราง11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับการศึกษา	N	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	3.06	.22
	ปริญญาตรี	66	3.03	.26
	สูงกว่าปริญญาตรี	46	3.09	.22
ด้านการรับประทานอาหาร	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	2.96	.27
	ปริญญาตรี	66	2.96	.31
	สูงกว่าปริญญาตรี	46	3.05	.27
ด้านการออกกำลังกาย	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	2.73	.31
	ปริญญาตรี	66	2.63	.37
	สูงกว่าปริญญาตรี	46	2.68	.35
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	3.18	.28
	ปริญญาตรี	66	3.22	.31
	สูงกว่าปริญญาตรี	46	3.30	.30
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	3.38	.25
	ปริญญาตรี	66	3.30	.29
	สูงกว่าปริญญาตรี	46	3.35	.29

ตาราง12 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2	.121	.060	1.060	.350
	ภายในกลุ่ม	120	6.847	.057		
	รวม	122	6.967			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	2	.251	.125	1.461	.236
	ภายในกลุ่ม	120	10.303	.086		
	รวม	122	10.554			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	.135	.068	.536	.587
	ภายในกลุ่ม	120	15.167	.126		
	รวม	122	15.302			
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	ระหว่างกลุ่ม	2	.194	.097	1.034	.359
	ภายในกลุ่ม	120	11.239	.094		
	รวม	122	11.433			
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	2	.100	.050	.610	.545
	ภายในกลุ่ม	120	9.806	.082		
	รวม	122	9.906			

จากตาราง12 พบว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่3

3.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน เมื่อจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่4 ที่ว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
บุคลากรโรงเรียนมหิตลวิทยาลัยนุสรณ์ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ฐานะทางเศรษฐกิจ	N	$\bar{x}$	S.D
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	น้อยกว่า 10,000 บาท	11	3.06	.22
	10,000 – 20,000 บาท	73	3.00	.23
	20,001 – 30,000 บาท	9	3.13	.30
	มากกว่า 30,000 บาท	24	3.16	.21
ด้านการรับประทานอาหาร	น้อยกว่า 10,000 บาท	11	2.96	.27
	10,000 – 20,000 บาท	73	2.91	.29
	20,001 – 30,000 บาท	9	3.11	.29
	มากกว่า 30,000 บาท	24	3.18	.22
ด้านการออกกำลังกาย	น้อยกว่า 10,000 บาท	11	2.73	.31
	10,000 – 20,000 บาท	73	2.63	.36
	20,001 – 30,000 บาท	9	2.63	.45
	มากกว่า 30,000 บาท	24	2.70	.32
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	น้อยกว่า 10,000 บาท	11	3.18	.28
	10,000 – 20,000 บาท	73	3.22	.31
	20,001 – 30,000 บาท	9	3.34	.32
	มากกว่า 30,000 บาท	24	3.29	.33
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	น้อยกว่า 10,000 บาท	11	3.38	.25
	10,000 – 20,000 บาท	73	3.25	.27
	20,001 – 30,000 บาท	9	3.42	.33
	มากกว่า 30,000 บาท	24	3.49	.23

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนจำแนกตาม
ฐานะทางเศรษฐกิจ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	.057	.169	3.135*	.028
	ภายในกลุ่ม	113	6.090	.054		
	รวม	116	6.596			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	1.425	.475	6.199*	.001
	ภายในกลุ่ม	113	8.657	.077		
	รวม	116	10.081			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	.152	.051	.396	.756
	ภายในกลุ่ม	113	14.509	.128		
	รวม	116	14.662			
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	ระหว่างกลุ่ม	3	.194	.065	.667	.574
	ภายในกลุ่ม	113	10.941	.097		
	รวม	116	11.134			
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	3	1.194	.398	5.598*	.001
	ภายในกลุ่ม	113	8.037	.071		
	รวม	116	9.231			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมต่างกัน และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน และเพื่อหาว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันทั้ง 4 กลุ่มนี้ มีคู่มือบ้างที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล แตกต่างกัน จึงทดสอบต่อโดยใช้วิธีของ Scheffe' ได้ผลดังปรากฏในตาราง 15

ตาราง15 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ		10,000 - 20,000	น้อยกว่า10,000	20,001 - 30,000	มากกว่า30,000
	$\bar{x}$	3.00	3.06	3.13	3.16
10,000 – 20,000 บาท	3.00	-	.06	.13	.16*
น้อยกว่า 10,000 บาท	3.06		-	.07	.10
20,001 – 30,000 บาท	3.13			-	.03
มากกว่า 30,000 บาท	3.16				-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง15 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง16 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ		10,000 - 20,000	น้อยกว่า10,000	20,001 - 30,000	มากกว่า30,000
	$\bar{x}$	2.91	2.96	3.12	3.18
10,000 – 20,000 บาท	2.91	-	.05	.21	.27*
น้อยกว่า 10,000 บาท	2.96		-	.16	.22
20,001 – 30,000 บาท	3.12			-	.06
มากกว่า 30,000 บาท	3.18				-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง16 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีกว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง17 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลของบุคลากร
โรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ		10,000 - 20,000	น้อยกว่า10,000	20,001 - 30,000	มากกว่า30,000
	$\bar{x}$	3.25	3.38	3.42	3.49
10,000 – 20,000 บาท	3.25	-	.13	.17	.24*
น้อยกว่า 10,000 บาท	3.38		-	.04	.11
20,001 – 30,000 บาท	3.42			-	.07
มากกว่า 30,000 บาท	3.49				-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง17 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคลดีกว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท / เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่า ไม่แตกต่าง ผลการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่4 เพียงบางส่วน

3.5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงเรียน เมื่อจำแนกตาม
ดัชนีมวลกาย เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่5 ที่ว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จำแนกตามดัชนีมวลกาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ดัชนีมวลกาย	N	$\bar{x}$	S.D
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	31	3.00	.22
	20.0 – 24.9 กก./ม ²	59	3.04	.23
	มากกว่า 24.9 กก./ม ²	31	3.15	.26
ด้านการรับประทานอาหาร	น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	31	2.91	.30
	20.0 – 24.9 กก./ม ²	59	2.98	.28
	มากกว่า 24.9 กก./ม ²	31	3.08	.31
ด้านการออกกำลังกาย	น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	31	2.57	.28
	20.0 – 24.9 กก./ม ²	59	2.64	.33
	มากกว่า 24.9 กก./ม ²	31	2.76	.45
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	31	3.24	.31
	20.0 – 24.9 กก./ม ²	59	3.20	.31
	มากกว่า 24.9 กก./ม ²	31	3.35	.29
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	31	3.27	.24
	20.0 – 24.9 กก./ม ²	59	3.32	.29
	มากกว่า 24.9 กก./ม ²	31	3.40	.31

ตาราง19 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนจำแนกตามดัชนีมวลกาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2	.409	.205	3.686*	.028
	ภายในกลุ่ม	118	6.554	.056		
	รวม	120	6.964			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	2	.499	.250	2.941	.057
	ภายในกลุ่ม	118	10.009	.085		
	รวม	120	10.508			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	.549	.275	2.199	.115
	ภายในกลุ่ม	118	14.741	.125		
	รวม	120	15.291			
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยา	ระหว่างกลุ่ม	2	.486	.243	2.620	.077
	ภายในกลุ่ม	118	10.937	.093		
	รวม	120	11.423			
ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	2	.290	.145	1.781	.173
	ภายในกลุ่ม	118	9.610	.081		
	รวม	120	9.900			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง19 แสดงว่าบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์กลุ่มดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่5 แต่ไม่พบความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน และเพื่อหาว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกันทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีคู่ใดบ้างที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อโดยใช้วิธีของ Scheffe' ได้ผลดังปรากฏในตาราง20

ตาราง 20 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของบุคลากรโรงเรียนกลุ่มดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันเป็นรายคู่

ดัชนีมวลกาย		น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	20.0 – 24.9 กก./ม ²	มากกว่า 24.9 กก./ม ²
	$\bar{x}$	3.00	3.04	3.15
น้อยกว่า 20.0 กก./ม ²	3.00	-	.04	.15*
20.0 – 24.9 กก./ม ²	3.04	-	-	.11
มากกว่า 24.9 กก./ม ²	3.15	-	-	-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่าง ผลการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

4.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตาราง 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	.488**	.000
ด้านการรับประทานอาหาร	.327**	.000
ด้านการออกกำลังกาย	.276**	.000
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ	.453**	.000
ด้านการรักษานามยส่วนบุคคล	.470**	.000

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 21 แสดงว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์โดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ด้านการรักษานามยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6

4.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	.494**	.000
ด้านการรับประทานอาหาร	.454**	.000
ด้านการออกกำลังกาย	.116	.202
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ	.498**	.000
ด้านการรักษานามยส่วนบุคคล	.510**	.000

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 22 แสดงว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์โดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการ รับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยใช้การเห็นคุณค่าในตนเอง ทัศนคติต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นตัวทำนาย โดยการทดสอบสมการความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่าจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงเรียน โดยใช้ การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นตัว ทำนาย

ตัวทำนาย	สัมประสิทธิ์						
	การถดถอย						
	B	SE	Beta	R	R ²	R ² change	t
ทัศนคติต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	.262	.042	.494	.494	.244	.244	6.249
ทัศนคติต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	.190	.042	.359	.590	.348	.104	4.486
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.175	.040	.349				4.364
ค่าคงที่ = 1.550	SE = .189		R ² adjust = .337	F = 31.964		p = .05	

จากตาราง 23 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อหาตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรร มการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ พบว่ามีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรร มการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รวม 2 ตัวแปร ตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รองลงมา คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย R^2 เท่ากับร้อยละ 34.8 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ได้ ร้อยละ 34.8 เมื่อพิจารณารายละเอียดของตัวแปรทำนายแต่ละตัว พบว่า

ตัวแปรทำนายที่ 1 คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ได้ร้อยละ 24.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตัวแปรทำนายตัวที่ 2 คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรทำนายที่เพิ่มการอธิบายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.4 เมื่อรวมกับตัวแปรที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ได้ร้อยละ 34.8 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนาย พบว่า ตัวทำนาย ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเองมีผลทางบวกต่อค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์

สมการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.552 + .197(Att) + .167(Sel)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .375 (Att) + .334(Sel)$$

Y แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนในรูปคะแนนดิบ

Z แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนในรูปคะแนนมาตรฐาน

Att แทน ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Sel แทน การเห็นคุณค่าในตนเอง

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 8 ได้ว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเอง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษา ปัจจัยทางชีวสังคม และ จิตลักษณะบางประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับการเห็นคุณค่าในตนเอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
5. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จากการเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สมมุติฐานการศึกษาค้นคว้า

1. บุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชาย
2. บุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
3. บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า
4. บุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
5. บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
6. การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
7. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
8. จิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ที่ปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2548 มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี จำนวน 123 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 80 ข้อ

ตอนที่3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริงมาก จริงครึ่งหนึ่ง จริงน้อย ไม่จริงเลย จำนวน 33 ข้อ

ตอนที่4 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยบางครั้ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเลย จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ปีการศึกษา 2548 มีจำนวนบุคลากรโรงเรียนทั้งหมด 134 คน เป็นแบบสอบถามที่ได้ตอบรับสมบูรณ์ จำนวน 123 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.79 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอริวินโดวส์ (SPSS for Windows / Statistical Package for the Sciences for Windows) ดำเนินการวิเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย โดยการแจกแจงความถี่ และคิดเป็นค่าร้อยละ

ตอนที่2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

ตอนที่3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย โดยทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่2, 3, 4, 5

ตอนที่4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่6, 7

ตอนที่5 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยใช้ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นตัวทำนาย เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่8

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลดังนี้

ส่วนที่ 1

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มบุคลากรโรงเรียน พบว่า

บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.7 อายุน้อยกว่า 30 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 53.7 มีฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.3 และส่วนใหญ่มียุทธศาสตร์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (20.0 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) คิดเป็นร้อยละ 48.0

ส่วนที่ 2

ผลของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม คือ 3.06 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1. ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2.99 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี

2. ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2.65 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง
3. ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3.25 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี
4. ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3.33 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ส่วนที่ 3

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย มีดังนี้

1. บุคลากรโรงเรียนเพศชาย และบุคลากรโรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า บุคลากรโรงเรียนเพศชาย และบุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ พบว่า บุคลากรโรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษดีกว่า บุคลากรโรงเรียนเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พบว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีกว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาด้อยกว่า
4. บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยบุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/ เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคลดีกว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน

5. บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

ส่วนที่ 4

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน มีดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์โดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 5

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 34.8

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้ศึกษาหาระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนตามตัวแปรต่างๆ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าบุคลากรโรงเรียน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานศึกษาควรเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับนักเรียนในด้านต่างๆ เช่น ด้านการปฏิบัติภารกิจ และการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆด้วย ประกอบกับทางโรงเรียนได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับบุคลากรโรงเรียนทุกคน ซึ่งมีส่วนในการจูงใจให้เกิดการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพด้านต่างๆ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายนั้น สามารถอธิบายได้ว่า นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในด้านการเรียนการสอน หรืองานในหน้าที่ประจำอื่นๆแล้ว บุคลากรโรงเรียนยังมีหน้าที่รับผิดชอบงานในหน้าที่อื่นๆเพิ่มเติมนอกเหนือเวลาปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องดูแลนักเรียนที่ศึกษาในโรงเรียน โดยนักเรียนทุกคนต้องพักอาศัยอยู่ในหอพักของโรงเรียน เช่น งานปกครองหอพัก ต้องดูแลสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของนักเรียนนอกเวลา งานบริการด้านวิชาการนอกเวลา งานกิจกรรมต่างๆของโรงเรียนในวันหยุดราชการ ฯลฯ จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้บุคลากรโรงเรียนมีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อยลง เพราะเมื่อพอมีเวลารว่างจากภารกิจแล้ว มักต้องการเวลาสำหรับการพักผ่อนมากกว่า

2. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม เปรียบเทียบตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และดัชนีมวลกาย จากการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐาน ดังนี้

2.1 จำแนกตามเพศ

จากสมมุติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า บุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชาย ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงเรียนเพศหญิง และบุคลากรโรงเรียนเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าบุคลากรโรงเรียนเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ใกล้เคียงกับบุคลากรโรงเรียนเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสประกอบอาชีพนอกบ้าน มีการเข้าสังคมเช่นเดียวกับเพศชาย ได้รับการศึกษาเท่าเทียมกับเพศชาย ประกอบกับปัจจุบันนี้ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและประสิทธิภาพของการสื่อสารที่รวดเร็วในการนำเสนอรูปแบบความรู้ใหม่ๆผ่านสื่อต่างๆมากมาย ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ทำให้แนวทางการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ทำได้สะดวกและรวดเร็ว ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของวัน เวลา และสถานที่

จึงส่งผลให้ทุกคนมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ได้อย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น เพศจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543: 92) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานครที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สัญญา ดันครองศิลป์ (2544: 106) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ วีรนุช ไตรรัตน์ภาส (2545: 77) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 108) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐมเขต 1 และเขต 2 พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับพงศ์เทพ เกตุไธสง (2544: 141) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ พบว่า บุคลากรโรงเรียนเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ดีกว่าบุคลากรโรงเรียนเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 เป็นส่วนใหญ่

2.2 จำแนกตามอายุ

จากสมมุติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า บุคลากรโรงเรียนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยต่างๆทั้งภายในและภายนอกมีความคล้ายคลึงกัน เช่น ค่านิยม ทัศนคติ อารมณ์ ความพร้อม ความตั้งใจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสื่อต่างๆ ทำให้บุคลากรมีความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อใกล้เคียงกัน จึงส่งผลถึงวิธีการปฏิบัติตนด้านการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังนั้น อายุจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุระพี สุทธิกุล (2540: ก - ข) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครู สอดคล้องกับ วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 109) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2 พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ กนกวรรณ บางเสี่ยม (2547:80) ศึกษา เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยกรุงเทพมหานคร พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอย กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1991: 238 – 241) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และความสามารถนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุจนกระทั่งสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สัญญา ตันครองศีล (2544: 106) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ สันนิษฐานสมมุติฐานข้อที่ 2 เป็นส่วนใหญ่

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

จากสมมุติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่อยกว่า ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ใกล้เคียงกับบุคลากรโรงเรียนที่มีระดับการศึกษาต่อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ทั้งนี้เนื่องจาก ส่วนใหญ่บุคลากรโรงเรียนมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และระดับต่ำกว่าปริญญาตรีซึ่งมีจำนวนน้อยที่สุด ตามลำดับ และภายในสถานศึกษากับบริเวณใกล้เคียง จะมีสถานที่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย มีบุคลากรพร้อมทั้งด้านสาธารณสุข และด้านสุขภาพ ในการให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตน และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง บุคลากรโรงเรียนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีจึงสามารถมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีได้ ประกอบกับ

ภาระหน้าที่การงานในความรับผิดชอบ และในการปฏิบัติงานนอกเวลาไม่มาก จึงทำให้มีเวลาสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แต่บุคลากรโรงเรียนในกลุ่มการศึกษาในระดับปริญญาตรี และระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีซึ่งมีเวลาสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย เนื่องจากต้องปฏิบัติภารกิจนอกเวลาปฏิบัติงาน เมื่อมีเวลว่าง จึงมักจะใช้เวลาว่างในการพักผ่อนมากกว่า ทำให้มีเวลาน้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543:94) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่าครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ อุบล ไตรถวิล (2544:119) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ วาทีนา ทาตายุ (2545: 83) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (วีรณัฐ ไตรรัตน์ ภาส. 2545: 81; อ้างอิงจาก Pender. 1982: 161 – 162) ที่กล่าวสนับสนุนไว้ว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วย รับรู้การเปลี่ยนแปลงต่างๆตามวัยได้ดี มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ การซักถามปัญหา การแสวงหาข้อมูล ตลอดจนแสวงหาประสบการณ์ ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพน้อยกว่า ไม่สอดคล้องกับ อัสนา อารณ (2540: 84, 98) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอนุปริญญา – ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี ระดับประถมศึกษา – มัธยมศึกษา และต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ตามลำดับ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2542: 48) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และไม่สอดคล้องกับ วิริยา สุขวงศ์ (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พบว่า

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

จากสมมุติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/ เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่า บุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า 30,000 บาท/ เดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของเพนเดอร์ (ผ่อง อนันตริยเวช. 2545: 89; อ้างอิงจาก Pender. 1982) ที่กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง จะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้อประโยชน์ให้บุคคลดูแลตนเองให้ได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุสำคัญสำหรับการดำรงชีวิต ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง จะมีโอกาสมากกว่าในการแสวงหาสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพที่ดี ได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง รู้จักการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า ส่วนใหญ่ต้องมุ่งแสวงหาเงินเพื่อการเลี้ยงชีพ หรือความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว จนไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองมากเท่าที่ควร ทำให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อสุขภาพที่ดีลดน้อยลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543: 92) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่าครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ ผ่อง อนันตริยเวช (2545: 83) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดเทศบาล จังหวัดนนทบุรี พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 111) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2 พบว่า ครูประถมศึกษาที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ พบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 4 เพียงบางส่วน

2.5 จำแนกตามดัชนีมวลกาย

จากสมมุติฐานข้อที่ 5 กล่าวว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ดีกว่าบุคลากรโรงเรียนกลุ่มดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรโรงเรียนที่มีระดับดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติ จะทราบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพในระยะยาวได้ง่ายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพถูกต้องเหมาะสมเพียงใด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพิน เจตมวงคลวงศ์ (2543: 71) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติกรรม วชิรพยาบาล พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ วีรนุช ไตรรัตน์ โณภาส (2545: 77) ที่ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าบุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

3.1 จำแนกตามการเห็นคุณค่าในตนเอง

จากสมมุติฐานข้อที่ 6 กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล

บุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน แสดงให้เห็นว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับดี บุคลากรโรงเรียนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรโรงเรียนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า จะทำให้เกิดความรักตนเอง มีความต้องการแสวงหาสิ่งที่ดี การกระทำที่มีประโยชน์ให้กับตนเองเสมอ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยมีการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลให้การดำรงชีวิตของตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ บาร์บารา แอนเซน เลมม์ (Barbara Hansen Lemme. 1995: 82) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสูง เป็นสิ่งที่มีคุณค่า ซึ่งกระตุ้นในการเกิด การดูแลสุขภาพ และการปรับตัว สอดคล้องกับแนวคิดของ กิล ลิน เด็นฟิลด์ (ประภากร โกมลมิศร์. 2544: 32 – 33; อ้างอิงจาก Geal Lindenfield. 1995) ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงว่า เป็นบุคคลที่สามารถดูแลตนเองอย่างดี (Well – nurtured) มีความเป็นอยู่ที่ดีในเรื่องการดูแลตนเองและการออกกำลังกายการไม่ทำลายตัวเองด้วยการละเลยสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการดื่ม และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2547: 107) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐมเขต 1 และเขต 2 พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 6 ทั้งหมด

3.2 จำแนกตามทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากสมมุติฐานข้อที่ 7 กล่าวว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ทัศนคติเป็นนามธรรม และต้องได้รับสิ่งเร้าที่เหมาะสม จึงจะทำให้เกิดการปฏิบัติหรือเกิดปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) อย่างไรก็ตามการศึกษาค้างนี้พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นั่นคือ ผู้ที่มีทัศนคติในทางบวกมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุระพี สุทธิกุล (2540: ก) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ ประสงค์ ธีรพงศ์ภักดิ์ (2541:166) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช (2542: 129) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับ กาญจนา นพรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยด้านจิตลักษณะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปัตตานี พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ และด้านสารเสพติดและปัญหาสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 7 เพียงบางส่วน

4. การศึกษาความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยใช้การเห็นคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เป็นตัวทำนาย

จากสมมุติฐานข้อที่ 8 กล่าวว่า จิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ได้ร้อยละ 34.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ กาญจนา นพรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปัตตานี พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านจิตลักษณะที่เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ และด้านสารเสพติดและปัญหาสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีอำนาจการทำนายร้อยละ 28.3

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนอยู่ในระดับค่อนข้างดีทั้งในภาพรวมและรายด้าน แต่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย มีค่าคะแนนต่ำกว่าในด้านอื่นๆ คืออยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน ควรให้ความรู้ในด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม และด้านการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อให้บุคลากรโรงเรียนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง

2. จากผลการวิจัย พบว่า บุคลากรโรงเรียนที่มีปัจจัยทางชีวสังคมต่างกัน กลุ่มที่มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บุคลากรโรงเรียนเพศชาย มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ บุคลากรโรงเรียนอายุน้อยกว่า 30 ปี มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล บุคลากรโรงเรียนที่มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาท/ เดือน มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม และบุคลากรโรงเรียนที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าค่าปกติ (น้อยกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้ และการติดตามผล สำหรับบุคลากรโรงเรียนที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นพิเศษ

3. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนได้สูงสุด คือ ทักษะคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการฝึกอบรมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่บุคลากรโรงเรียน เพื่อเพิ่มทักษะคติในการดูแลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

4. จัดโครงการ/ กิจกรรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยสถานศึกษาต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมที่ดีให้บุคลากรมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี และทำเป็นประจำจนเกิดเป็นนิสัย ได้แก่ การสนับสนุนให้งานโภชนาการมีการจัดโรงอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ขายอาหารราคาถูกมีคุณภาพและเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ งานสุขภาพอนามัยจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ทันเหตุการณ์ โดยจัดบอร์ดและโปสเตอร์ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน และวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

5. ผู้บริหารโรงเรียนควรมีนโยบาย ในการจัดสรรเวลาปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆในโรงเรียนเท่าเทียมกัน เพื่อให้บุคลากรโรงเรียนได้มีเวลาส่วนตัว และมีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนที่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันความเสี่ยงทางอุบัติเหตุ ด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรจิตลักษณะอื่นเพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความรู้สึกมั่นคงในหน้าที่การงาน การมุ่งอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษากลุ่มบุคลากรโรงเรียนในสถานศึกษาอื่นที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง และมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อนำมาเปรียบเทียบให้ได้ผลชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น
4. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนในสถานศึกษา และศึกษาตัวแปรด้านจิตลักษณะอื่นที่เหมาะสม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในแนวทางที่ถูกต้องต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา นพรัตน์. (2544). ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติ
แห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษา
ศาสตรมหาบัณฑิต (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- กนกวรรณ บางเสียม. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. (2528). จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ.
- กรมพลศึกษา; มหาวิทยาลัยรังสิต; และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). การประชุมสัมมนาระดับชาติ
ครั้งที่ 7 วิธีลดน้ำหนักสำหรับบุคคลทั่วไปและนักกีฬา ตามหลักวิทยาศาสตร์การกีฬา.
กรุงเทพฯ: กรมพลศึกษา.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทย์. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัยชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กฤติกา จันทร์หอม. (2540). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวน ในกรุงเทพ
มหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- งานสุขศึกษา กรมพลศึกษา. (2531). รายงานการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อแสวงหาเส้นทางไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อปี 2543: ศึกษาเฉพาะนักเรียน ระดับ
มัธยมศึกษาตอนต้น. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.
- จารุมาศ ใจก้าวหน้า. (2546). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานโรงงานยาสูบ.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- จิรวรรณ ชำนาญช่าง. (2544). การเปรียบเทียบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของ
มาตรวัดเจตคติแบบลิเคอร์ตที่จัดเรียงลำดับข้อความทางบวกและทางลบต่างกัน.
ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิต
การพิมพ์.
- ดรุณี ภูษณสุวรรณ์ศรี; และโสภา เขียววิจิตร. (2542). การศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ
พระภิกษุสงฆ์. กรุงเทพฯ: ฝ่ายอบรมอนามัยในบ้าน สำนักงานกลางสภาศาสนาไทย.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2523). การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์.
- (2538). ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม การวิจัยและการพัฒนานบุคคล. กรุงเทพฯ:
สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- ทิวาวัน คำบรรลือ. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย
พยาบาลภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. ปริญญานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2545). กินดีสุขภาพดี. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- (2546). อาหารเส้นใยสูง. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- (2547). สารานุกรมผัก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร โคมทอง. (2545). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงาน
การประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร พุ่มพุกษ์. (2529). ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีผลต่อการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่3 โรงเรียนพระนารายณ์ลพบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.
(การแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

นวลละออง สุภาพล. (2527). *ทฤษฎีบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

----- (2546). *การปฏิวัติเจียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

ประภากร โกมลิมศรี. (2544). *การศึกษาความต้องการ แรงจูงใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองของประชาชนยากจนในชุมชนมหาวงษ์ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ*.
วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการโครงการสวัสดิการสังคม).

สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ถ่ายเอกสาร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). *การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประสงค์ ธีรพงศ์นภลัย. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

ปราชญา กล้าผจญ. (2545). *นักบริหารกับการออกกำลังกาย*. กรุงเทพฯ: เบลโล่การพิมพ์ (1988).

ผ่อง อนันตริยเวช. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

พงศ์เทพ เกตุไสว. (2544). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดปทุมธานี*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พจนารถ ลารพัด. (2546). *การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.

- พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคนอื่นๆ. (2541). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. (2545). สุขภาพส่วนบุคคล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาควิชาชีวเภสัชศาสตร์. (2544). โครงการบริการวิชาการแก่ชุมชน เรื่อง กินอย่างไรจึงปลอดภัย. นครปฐม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) (สุศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยนต์ ชุ่มจิต. (2534). ความเป็นครู. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง.
- ยุพิน เจตมวงคลวงศ์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพดี กรรพฤทธิ์. (2543). ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รัชณี ผิวทอง. (2546). พฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคลวิทยาเขตพระนครเหนือ. ปรินญานินพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รัตนา แสงประเสริฐ. (2545). อิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเอง การคุกคามต่อการนิยามตนเองและความใกล้ชิดระหว่างบุคคลที่มีต่อความอิจฉา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์.

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. (2533). *การวัดทัศนคติเบื้องต้น*. ชลบุรี: ภาควิชาหลักสูตรการสอน
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ล้วน สายยศ; และอังคณา สายยศ. (2531). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชา
การวัดผล และวิจัยศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์. (2543). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขต
อุตสาหกรรม จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วาทีนา ทาตายุ. (2545). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราช
ธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

วิริยา สุขวงศ์. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วิลัย ตั้งจิตสมคิด. (2544). *การศึกษาและความเป็นครูไทย*. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮาส์.

✓ วิรุฒ ไตรรัตน์โกศล. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

✓ รวีวรรณ ห้วยหงษ์ทอง. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน
เขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วุฒิพงษ์ ปรมัตถากร. (2542). *วิทยาศาสตร์การกีฬา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

วรรณดี แสงประทีปทอง. (2536, มกราคม - เมษายน). "การวัดเจตคติ", *วารสารการวัดผล
การศึกษา*. 14 (42): 54, 55.

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2544). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

----- (2545). *จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
หมอชาวบ้าน.

- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดงจังหวัดสมุทรปราการ. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537, มิถุนายน). "ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพตนเอง", *Health เพื่อสภาวะและสุขภาพแห่งชีวิต*. 3 (31): 46-49.
- สมดี ชาครวงศ์ไพสิฐ. (2539). สุขภาพจิตและมิติบางด้านเกี่ยวกับตน กับพฤติกรรมกล้าแสดงออกของนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันศึกษาเอกชน. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. (2524). สันทนาการกับผู้ป่วยจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- ✓ สัณญา ตันครองศีล. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันทน์เอม. (2544). จิตวิทยาทั่วไป ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่13. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุปราณี จุลเดชะ. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตที่เรียนวิชา พล 101. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภัฏดา บุญอนันต์. (2546). ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม เพื่อการควบคุมน้ำหนัก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต (ธุรกิจอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพร พูลสวัสดิ์. (2545). ระดับสมรรถภาพและดัชนีมวลกายของนักเรียนระดับปฐมวัยในจังหวัดลพบุรี ปีการศึกษา 2545. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สดุดี ภูทองไสย. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์.

- อัสนา อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร .* ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุดมศักดิ์ แสงวณิช. (2546). *ปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจำศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา).* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล ไตรถวิล. (2546). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล เลี้ยววาริน. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์).* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2543). *Evertest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง.* กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- อุษณี แสงสุข. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณรัตน์ สุนธมาน. (2539). *การดูแลตนเองของผู้ใช้แรงงาน ในโรงงานอุตสาหกรรมธานีเหนือล่นา จังหวัดเชียงใหม่. ปรินูญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์).* เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- Brown Jonathon D.; & Mankowski Tracie A. (1993, March). Self-Esteem, Mood, and Self - Evaluation: Changes in Mood and the Way You See You. *Journal of Personality And Social Psychology*. Vol.64(No.3): 421-427.
- Bryan, Angela; Aiken, Leona S.; & Stephen G. West. (2004, May). HIV/ STD Risk Among Incarcerated Adolescents: Optimism About the Future and Self-Esteem as Predictors of Comdom Use Self-Efficacy. *Journal of Applied Social Psychology*. Vol.34(No. 5): 922-929.
- Corey Gerald. (2004). *Theory & Practice of Group Counseling*. 6th ed. Belmont: Brooks/Cole – Thomson Learning.

- Glanz Karen; Lewis Frances Marcus; Rimer Barbara K. (1997). *Health Behavior and Health Education*. 2th ed. San Francisco: Jossey – Bass Publishing.
- Lemme, Barbara Hansen. (1995). *Development in Adulthood*. Boston: A Simon & Schuster Company.
- Lusk, S.L. Ronis, D.L., M.J. & Atwood J.P. (1995, July). "Health Promotion Lifestyles of Blue Collar Skill Trade and White Collar Worker", *Nursing Research*, Vol.44(No.7), 20 – 24.
- Michener, H. Andrew; & Delamater John D. (1999). *Social Psychology*. 4th ed. Orlando: Harcourt Brace.
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. อาจารย์สุวพร เข้มเฮง หัวหน้าภาควิชาวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยทางการแพทย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ที่ ศธ 0519.12/3344



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖/ มีนาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุรางค์ เชื้อวนิชชากร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์นวลละออ สุภาพล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต เต่านิม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้อาจารย์และเจ้าหน้าที่ จำนวน 155 คน คอบแบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุรางค์ เชื้อวนิชชากร ได้เก็บข้อมูลในการทำสารนิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

/ส.น.3๒

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญลิรี จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-4415206

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร
โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. ความมุ่งหมาย แบบสอบถามนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลในเรื่องพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียน เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดหาวิธีสนับสนุนพฤติกรรมเชิงบวก กำหนดทิศทางการดำเนินงาน
พัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปฏิบัติงานได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด อีกทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียนในด้านการดูแลสุขภาพต่อไป

2. ลักษณะแบบสอบถาม มี 4 ตอน คือ

ตอนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว

ตอนที่2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

ตอนที่4 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะนำไปใช้เพื่อประกอบการ
ทำวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรโรงเรียน จึงขอความกรุณาในการตอบ
แบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นางสาวสุรางค์ เชื้อวณิชชากร

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

ตอนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ น้ำหนัก ส่วนสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

- ☐ 1) ชาย
- ☐ 2) หญิง

2. ระดับการศึกษา

- ☐ 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ☐ 2) ปริญญาตรี
- ☐ 3) สูงกว่าปริญญาตรี

3. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี

4. ปัจจุบันท่านมีรายได้สุทธิ บาท / เดือน

5. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ตอนที่2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบการปฏิบัติของท่านต่อการดูแลสุขภาพ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน 6 – 7 วัน
ในหนึ่งสัปดาห์
- ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน 3 – 5 วัน
ต่อสัปดาห์
- ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน 1 - 2 วัน
ต่อสัปดาห์
- ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเลย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ				
2.	ข้าพเจ้าดื่มน้ำสะอาดไม่น้อยกว่า 6 แก้ว ต่อวัน				
3.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารมือเช้า				
4.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวานมาก เค็มมาก เป็นต้น				
5.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารหมักดอง เช่น ฝรั่งดอง มะม่วงดอง เป็นต้น				
6.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารผักใบเขียว และผักอื่นๆ				
7.	ข้าพเจ้ามักเลือกรับประทานแต่อาหารที่ชอบ โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าหรือ ประโยชน์				
8.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารบั้งหรืออย่างที่ไม่ คุ้นเคย				
9.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป				

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
10.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหาร หรือ ขนมหวาน ที่ใส่มะพร้าว หรือ กะทิ				
11.	เมื่อข้าพเจ้าหิวข้าพเจ้าจะแวะรับประทาน อาหารข้างทางทันที โดยไม่คำนึงถึงสภาพ ของร้านค้าว่าถูกสุขอนามัยหรือไม่				
12.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น แหนม ปลาร้า ปูเค็ม เป็นต้น				
13.	ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์โดยไม่สนใจว่าจะทำลายสุขภาพหรือไม่				
14.	ข้าพเจ้ารับประทานขนมขบเคี้ยวประเภท แป้ง				
15.	ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารที่ให้โปรตีน ประเภท เนื้อปลา ถั่วเหลือง หรือ เต้าหู้ แทนเนื้อหมู เนื้อไก่				
16.	ข้าพเจ้ารับประทานธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ดแห้ง งา ลูกเดือย ข้าวโพด เป็นต้น				
17.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารเพื่อให้อิ่มท้อง โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าของอาหาร				
18.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ดิบมัน หรืออาหารประเภทผัดที่มีน้ำมันมาก				
19.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารครบ 3 มื้อในหนึ่งวัน				
20.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารในปริมาณพอเหมาะ และมีคุณค่าอาหารสูง				

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบการปฏิบัติของท่านต่อการดูแลสุขภาพ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเป็นประจำ
ทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเป็นประจำ

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านนานๆครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเลย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็วขึ้น				
2.	ข้าพเจ้าจะเดินเร็วๆในการทำกิจวัตร ประจำวัน เพื่อเป็นการออกกำลังกาย				
3.	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย กลางแจ้ง ในเวลากลางวัน				
4.	ข้าพเจ้าออกกำลังกาย โดยการเดินขึ้นบันได แทนการใช้ลิฟท์				
5.	ข้าพเจ้ากำหนดเวลาสำหรับการออกกำลังกาย เป็นเวลาที่แน่นอน				
6.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วๆ การวิ่งเหยาะๆ หรือ ออกกายบริหาร ครั้งละ 30 นาที				
7.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายโดยวิธีการใช้กำลัง มาก หรือเล่นกีฬาทันทีหลังรับประทานอาหาร อาหารอิ่มใหม่ๆ				
8.	ข้าพเจ้าออกกำลังกาย ทุกครั้งที่มีเวลาว่าง				

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
9.	ถึงแม้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ข้าพเจ้าใช้วิธีทำงานบ้านแทน				
10.	ข้าพเจ้านับจังหวะการเต้นของหัวใจโดยการจับชีพจร ก่อนและหลังการออกกำลังกาย				
11.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายอย่างหักโหม				
12.	ภายหลังการออกกำลังกาย ข้าพเจ้าพักผ่อนให้น้อยก่อนอาบน้ำชำระล้างร่างกาย				
13.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี				
14.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายต่อเนื่องนานครั้งละมากกว่า 2 ชั่วโมง				
15.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายประเภทที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง				
16.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์				
17.	ข้าพเจ้าใช้วิธีเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้นๆ				
18.	ข้าพเจ้าหาเวลาออกกำลังกาย เช่น เต้นแอโรบิก ออกกายบริหาร เป็นต้น				
19.	ข้าพเจ้าออกกำลังกายในช่วงเช้า หรือช่วงเย็น แทนการนอนเล่นหรือดูโทรทัศน์				
20.	ข้าพเจ้าสวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย				

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1.	ข้าพเจ้าเลิกทั้งยาที่มีสีเปลี่ยนไปจากเดิมหรือเสื่อมคุณภาพ				
2.	ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้า เป็นต้น				
3.	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในบริเวณที่มีการสูบบุหรี่				
4.	ข้าพเจ้าล้างผักและผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทาน				
5.	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ใส่ผงกรอบเช่น ลูกชิ้นเต๋ง หมูยอ ทับทิมกรอบ เป็นต้น				
6.	ข้าพเจ้ามักใช้ภาชนะพลาสติกบรรจุอาหารที่ร้อน				
7.	ข้าพเจ้าเลือกรับประทานน้ำตาลที่ฟอกขาวสะอาดมากกว่าน้ำตาลที่ไม่ได้ฟอก				
8.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารโดยไม่คำนึงว่าอาหารนั้นใส่ผงชูรสหรือไม่				
9.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารทอด โดยไม่คำนึงว่าน้ำมันที่ใช้ทอดหลายครั้งนั้นจะมีสีดำ				
10.	ถึงแม้ข้าพเจ้าจะรู้ว่าน้ำพริกที่ขายตามร้านค้าทั่วไปผสมสารกันบูด ข้าพเจ้าก็ซื้อมารับประทาน				
11.	ข้าพเจ้าระมัดระวังเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ เป็นต้น				
12.	ข้าพเจ้าล้างมือหลังจากใช้ยาฉีดฆ่ายุง				

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
13.	ถึงแม้อาหารนั้นมีสีสรรจัดจาด ข้าพเจ้าก็รับประทาน				
14.	ข้าพเจ้าไม่กินยาแก้ปวด จนกว่าจะมีอาการปวดค่อนข้างมาก				
15.	ข้าพเจ้าใช้ผ้าปิดปากและจมูก เมื่อต้องเดินผ่านบริเวณที่มีควันธูปมาก				
16.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหาร โดยไม่ได้ดูวันหมดอายุ				
17.	เมื่อนอนไม่หลับ ข้าพเจ้ากินยานอนหลับ แทนการหาสาเหตุ				
18.	ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มประเภทชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง เอ็ม150 เป็นต้น				
19.	ข้าพเจ้าแยกเก็บยาสำหรับรับประทาน และยาสำหรับใช้ภายนอกออกจากกัน				
20.	ข้าพเจ้าอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยานอนหลับทุกครั้งที่ใช้ยา				

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1.	ข้าพเจ้าแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร				
2.	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารในภาชนะที่สะอาด				
3.	ข้าพเจ้าดูแลห้องนอนให้สะอาด				
4.	เมื่อข้าพเจ้าเป็นหวัด ข้าพเจ้าเลือกวิธีการนอนหลับพักผ่อนมากๆ				

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
5.	เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นข้าพเจ้าใช้ ช้อนกลาง				
6.	ข้าพเจ้ารักษาเล็บมือเล็บเท้าให้สะอาด				
7.	ข้าพเจ้าใช้เสื้อผ้าและเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับ บุคคลอื่น				
8.	ข้าพเจ้าอาบน้ำชำระล้างร่างกายให้สะอาด ก่อนเข้านอน				
9.	ข้าพเจ้าล้างมือก่อนรับประทานอาหาร				
10.	ข้าพเจ้าอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ				
11.	ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 6 ชั่วโมง				
12.	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่มี เสียงอึกทึก หรือที่มีเสียงดังมากๆ				
13.	ข้าพเจ้ามักจะกลั้วปัสสาวะเป็นเวลานานๆ				
14.	ข้าพเจ้าไปในที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่ สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ ดิสโกเธค เป็นต้น				
15.	ข้าพเจ้าระมัดระวังตัวขณะเดินบนพื้นที่ลื่น หรือขึ้นลงบันได				
16.	ข้าพเจ้านั่งอยู่ใกล้จอ(โทรทัศน์) ขณะนั่งดู โทรทัศน์				
17.	ข้าพเจ้าทิ้งขยะมูลฝอยในถังขยะ หรือ ที่รองรับขยะ				
18.	ข้าพเจ้าอ่านหนังสือขณะรถกำลังเคลื่อนที่				
19.	ข้าพเจ้าสวมรองเท้า เมื่ออยู่นอกบ้าน				
20.	ข้าพเจ้าเข้านอนดึก แต่ตื่นนอนเช้าตรู่				

ตอนที่3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เป็นประจำทุกครั้ง

จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

จริงครึ่งหนึ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นครึ่งหนึ่ง

จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น นานๆ ครั้ง

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริงมาก	จริง ครึ่งหนึ่ง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
1.	ข้าพเจ้ามักยอมแพ้อะไรง่าย ๆ					
2.	ข้าพเจ้ารู้สึกประสพความล้มเหลวบ่อยครั้ง					
3.	ข้าพเจ้ามีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย					
4.	ข้าพเจ้าคิดว่าตนเองเป็นผู้มีความสามารถที่จะเป็นผู้นำผู้อื่น					
5.	เพื่อนๆ ไว้วางใจความสามารถของข้าพเจ้า					
6.	ข้าพเจ้าพอใจในความสำเร็จในเรื่องต่างๆ ที่ได้ใช้ความอดทน					
7.	ข้าพเจ้าพอใจในความสามารถของตนเอง					
8.	ข้าพเจ้าสามารถแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ได้ดี					
9.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย					

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริงมาก	จริง ครึ่งหนึ่ง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
10.	ข้าพเจ้าขาดความเชื่อมั่นในตนเอง					
11.	ข้าพเจ้าทำเรื่องต่างๆให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้					
12.	นับว่าโชคดีมากที่ได้เกิดเป็นข้าพเจ้า					
13.	ข้าพเจ้าไม่เคยยอมแพ้อะไรง่าย ๆ					
14.	ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายตนเอง					
15.	ถ้าเลือกเกิดได้ข้าพเจ้าจะไม่เลือกเกิดเป็นตัวข้าพเจ้า					
16.	เมื่อประสบปัญหาต่างๆข้าพเจ้ามีจิตใจมั่นคง					
17.	ข้าพเจ้าไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่างๆต่อหน้าคนอื่น					
18.	ข้าพเจ้ามักรำเริง แจ่มใสกับทุกๆ คน					
19.	ข้าพเจ้ารู้สึกหนักใจ เมื่อต้องแสดงออกต่อหน้าผู้คนมากๆ					
20.	ข้าพเจ้ามักวิตกกังวลกับการกระทำของตนเองบ่อยๆ					
21.	ข้าพเจ้าคิดว่าตนเองไม่มีค่าเลย					
22.	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนดื้อด้อย					
23.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคนส่วนมากรักข้าพเจ้า					
24.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีใครให้ความสนใจข้าพเจ้าเลย					

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริงมาก	จริง ครึ่งหนึ่ง	จริงน้อย	ไม่จริงเลย
25.	เพื่อนๆมักทำตามความคิดเห็น ของข้าพเจ้า					
26.	ข้าพเจ้าได้รับคำชมเชยจาก ผู้บังคับบัญชา และเพื่อน ร่วมงานเสมอ					
27.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีใครให้ความ สนใจข้าพเจ้าเลย					
28.	เป็นการยากสำหรับข้าพเจ้าใน การผูกมิตรกับผู้อื่น					
29.	ข้าพเจ้าเป็นขวัญใจในหมู่เพื่อนๆ วัยเดียวกัน					
30.	ข้าพเจ้าเป็นที่รักของผู้อื่นได้ง่าย					
31.	ข้าพเจ้าไม่เอาเปรียบผู้อื่น					
32.	ข้าพเจ้าชอบช่วยเหลือผู้อื่น					
33.	ข้าพเจ้าชอบกิจกรรมที่เป็น ประโยชน์ต่อส่วนรวม					

ตอนที่4 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบทัศนคติของท่านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นบางครั้ง
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นบ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย บางครั้ง	ค่อนข้างไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วยเลย
1.	การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่ง จำเป็นสำหรับทุกคน แม้ไม่ได้ เจ็บป่วย					
2.	การสูบบุหรี่ หรือการดื่มเครื่องดื่มที่ ผสมแอลกอฮอล์ ช่วยการเข้าถึงคน เป็นไปได้ง่ายขึ้น					
3.	การใช้อยาลดความเครียด เป็น วิธีการที่ควรนำมาใช้เป็นกรณีแรก เมื่อมีอาการเครียด					
4.	การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็น หน้าที่และความรับผิดชอบของ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทาง สุขภาพ					
5.	การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลาย ความทุกข์ หรือความเครียด ได้ดี					
6.	ข้าพเจ้าเห็นว่าการใช้ผ้าหรือมือ ปิด ปากและจมูกขณะไอหรือจาม เมื่อ อยู่ตามลำพังไม่ใช่สิ่งจำเป็น					
7.	ข้าพเจ้าตั้งใจจะทำงานให้เสร็จ แม้ จะถึงเวลารับประทานอาหาร					
8.	บุคคลที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย					
9.	ไม่มีประโยชน์ใดๆที่ผู้ใหญ่จะได้รับ จากการดื่มนม					
10.	การดื่มเหล้า หรือการสูบบุหรี่ ทำให้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าถึงคนได้ดี					

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย บางครั้ง	ค่อนข้างไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วยเลย
11.	การรับประทานผลไม้สดทำให้ ร่างกายได้รับประโยชน์มากกว่า ขนมหวาน					
12.	เครื่องดื่ประเภocha กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง ช่วยให้ข้าพเจ้า รู้สึกสดชื่นแจ่มใส					
13.	การตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปี ทำให้สิ้นเปลืองเงินและเวลา มากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ					
14.	ถึงแม้ข้าพเจ้าจะง่วงนอนเพียงใด ก็ ตั้งใจจะชำระร่างกายให้สะอาด ก่อนนอนทุกครั้ง					
15.	การออกกำลังกายนานๆครั้ง ดีกว่าออกกำลังกายทุกวัน					
16.	การดื่มน้ำอัดลม ช่วยให้ร่างกาย รู้สึกสดชื่น					
17.	การเดินขึ้นบันได 2-3 ชั้นแทน การใช้ลิฟท์ ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น					
18.	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารประเภทไขมัน เพื่อรักษา สุขภาพของตนเอง					
19.	แม้ว่าจะมีรายการทีวีที่ข้าพเจ้าชอบ ในเวลาดึก ข้าพเจ้าก็จะหลีกเลี่ยง ไม่ดู ถ้าทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถ พักผ่อนได้เพียงพอ					
20.	บุคคลควรรับประทานอาหาร ตามใจชอบ มากกว่าคิดถึงคุณค่า ของอาหารที่จะได้รับ					

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	สุรางค์ เชื้อวณิชชากร
วันเดือนปีเกิด	15 มิถุนายน 2506
สถานที่เกิด	เขตพระนคร กรุงเทพฯ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	155/12 หมู่1 ถนนแจ้งวัฒนะ14 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่พยาบาลงานสุขภาพอนามัย
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายกิจการหอพัก โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2518	ประถมศึกษา จาก โรงเรียนราชวินิต กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2522	มัธยมศึกษาตอนต้น จาก โรงเรียนเบญจมราชาลัย กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2524	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนเบญจมราชาลัย กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2529	ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2548	ปริญญาโทการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ