

ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

สารนิพนธ์
ของ
นลินี มิ่งมณี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
มีนาคม 2549

ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

บทคัดย่อ
ของ
นลินี มิ่งมณี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
มีนาคม 2549

นลินี มิ่งมณี. (2549). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย 2) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางอายุ 21-60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 5 เขต ได้แก่ เขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา เขตละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล โดยหา ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t-test) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือ ทดสอบค่าเอฟ (F-test) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for The Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

2. ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

5. ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ ดีกว่าที่ระดับ.01 ส่วนผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษดีกว่าที่ระดับ .05

7. สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

BIOSOCIAL FACTORS AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS RELATING TO
HEALTH CARE BEHAVIOR OF ADULTS IN EARLY ADULthood AND
MIDDLE AGE

AN ABSTRACT
BY
NALINEE MINGMANEE

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
March 2006

Nalinee Mingmanee. (2006). *Biosocial Factors and Psychological Characteristics Relating to Health Care Behavior of Adults in Early Adulthood and Middle Age*. Master Project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor: Asst. Prof. Pranot Kaochim

The purposes of this research were 1) to examine the level of health care behavior of adults in an overall and each aspect: eating, avoidance of toxic substances, personal health care and physical exercise behavior, 2) to compare the health care behavior in an overall and each aspect on the basis of sex, educational level, developmental stage of adulthood, marital status and monthly income, and 3) to study the relationship of mental health, health internal-external locus of control and health care behavior of adults in an overall and each aspect.

The sample in this research included 250 adults in early adulthood and middle age, 21-60 years old, being government officials, permanent employees or state employees under the Bangkokpi, Phayathai, Bungkum, Minburi, and Klongsamwa administrative authority of Bangkok Metropolis. The instruments for collecting the data were questionnaires on biosocial factors, health care behavior, mental health and health internal-external locus of control. The statistical methods and procedures for analyzing the obtained data were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test or one way analysis of variance and Pearson's product-moment correlation coefficient: calculation by Statistical Package for The Social Science (SPSS).

The main findings indicated a rather good level with a mean score 2.82 of health care behavior as a whole of adults; the females were significantly better than the males in an overall health care, avoidance of toxic substances and personal health care behavior at the .01 level and in eating behavior at the .05 level, and were not significantly different in their physical exercise behavior; the adults at a higher level of education were significantly better than those at a lower level of education in their overall health care behavior at the .05 level and in their avoidance of toxic substances at the .01 level, and were not significantly different in other aspects of health care behavior; the adults in middle age were significantly better than those in early adulthood in an overall health care at the .01 level, but were not

significantly different in their physical exercise behavior. No significant marital-status difference was found in an overall and each aspect of adults' health care behavior, while there was a significant monthly income difference in the health care behavior: the adults with a monthly income more than 20,000 baht were significantly better than those with a monthly income lower 10,0001 baht in the overall health care behavior, personal health care at the .05 level, in eating and avoidance of toxic substances at the .01 level; those at a level of monthly income 10,001-20,000 baht were significantly better than the ones at a level of monthly income below 10,0001 baht in eating behavior at the .01 level, and in avoidance of toxic substances at the .05 level. The findings also indicated that the mental health, health internal-external locus of control and health care behavior in an overall and each aspect were positively correlated at the .01 level of significance, while health internal-external locus of control and physical exercise behavior were positively correlated at the .05 level of significance.

ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

สารนิพนธ์

ของ

นลินี มิ่งมณี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

มีนาคม 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ของ นลินี มิ่งมณี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา
พัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำจิม)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำจิม)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำจิม)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นวลละออ สุภาพล)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เฉลียวศรี พิบูลชล)

วันที่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม ประธานควบคุมสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นวลลออ สุภาพล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำการวิจัยทุกขั้นตอน จนทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะมนุษยศาสตร์ที่ได้มอบความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจแบบสอบถาม และ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี เขตคลองสามวา และเขตหนองจอกทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา คุณน้า พี่ น้อง และเพื่อนๆ ทุกคน ที่ให้ความสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีเยี่ยมตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัยนี้ จนสำเร็จจุล่งไปได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์จากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของบิดามารดา ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การศึกษาอบรม และให้ความช่วยเหลือจนผู้วิจัยสามารถประสบความสำเร็จในการศึกษาตราบเท่าทุกวันนี้

นลินี มิ่งมณี

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
สมมติฐานในการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
วัยผู้ใหญ่.....	11
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	14
ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	14
ประเภทของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	15
องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	16
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพในวัยผู้ใหญ่.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของวัยผู้ใหญ่.....	42
ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	45
เพศกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
ระดับการศึกษากับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
ช่วงของวัยผู้ใหญ่กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
สถานภาพการสมรสกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..	46
รายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
จิตลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	47
สุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลและงานวิจัยเกี่ยวข้อง.....	55
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	58
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ.....	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84
บทย่อ.....	84
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	86
การอภิปรายผล.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	95
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	97
บรรณานุกรม.....	98

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	104
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	117

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงขั้นตอนของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง.....	39
2	ตัวอย่างกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้เพื่อการพัฒนาสุขภาพ.....	40
3	จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา อายุ สถานภาพการสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	68
4	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	70
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ.....	71
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	72
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามช่วงอายุ.....	73
8	คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	75

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามสถานภาพการสมรส.....	76
10	คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	77
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	78
12	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเป็นรายคู่ ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	79
13	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายคู่ ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	80
14	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ เป็นรายคู่ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	80
15	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล เป็นรายคู่ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	81
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	82
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.....	83

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
---	---------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การจะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้ดี การดำรงชีวิตที่มีสุขภาพอนามัยดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สุขภาพอนามัยเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งในปัจจุบันวิถีชีวิตของคนทุกวัย มีการเปลี่ยนแปลงไปมากจากสมัยก่อน และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้ประเทศไทยอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)” กล่าวคือปัญหา สาธารณสุขได้แปรเปลี่ยนจากโรคติดต่อ และ โรคความยากจนเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิต (Health Related Behavior) ที่ไม่ถูกต้องเช่นพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โซเดียมสูง อาหารรสหวานจัด กากใยน้อย ขาด การออกกำลังกาย ภาวะเครียด และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อเหล่านี้ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก สถานการณ์ดังกล่าวนี้ ทำให้มีกลยุทธ์ใหม่ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสุขภาพ อนามัยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ สุขภาพอนามัยมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บนความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีกับความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ดินนั้นต้องพิจารณาในลักษณะขององค์รวม ที่ประสมประสานกันทั้งทางด้านกายภาพ สรีรภาพ และ จิตสังคม ที่มีการ ปฏิสัมพันธ์ ต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะบูรณาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สดุดี ภูห่องไสย. 2541: บทนำ)

ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพจาก “การซ่อมสุขภาพไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ” จึงมุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชน และศักยภาพความเข้มแข็งของ ประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือ และการประสานงานที่ดีจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการพัฒนาระบบข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงได้ ได้รับความรู้ ข้อเท็จจริง เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการใช้ภูมิปัญญา ท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพโดยการผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่ เหมาะสม

ประชากรวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน เป็นวัยที่ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพในหลายรูปแบบ ต้องมีการเรียนรู้เข้าสู่บทบาทสถานภาพใหม่ที่เปลี่ยนไปด้วยตนเอง หรือที่เรียกว่าการขัดเกลาทางสังคมแบบปฐมภูมิ (Primary Socialization) ขณะเดียวกันก็ต้องเตรียมหรือคาดการณ์การขัดเกลาทางสังคม (Anticipatory socialization) กับบทบาทและหน้าที่ที่อาจจะได้รับในอนาคต ประชากรวัยใหญ่นับเป็นประชากรที่มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ย่อมต้องอาศัยคนกลุ่มนี้เป็นฐานกำลังสำคัญ ดังนั้น การมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ย่อมทำให้การพัฒนาประเทศมีความมั่นคงได้อีกทางหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากสภาพสังคมในสมัย โลกาภิวัตน์ ส่งผลให้การทำงานในทุกสาขาวิชาชีพต้องทำงานแข่งขันกันมากขึ้น ทำให้ประชากรวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสนใจต่อสุขภาพของตนเองมากนัก ซึ่งเป็นผลทำให้มีปัญหาสุขภาพเป็นจำนวนมาก จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น ประจำปี น้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 9.4 ไขมันคอเลสเตอรอลสูงร้อยละ 18.1 ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงร้อยละ 20.9 และกรดยูริกสูงร้อยละ 52.9 นอกจากนั้น ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายได้แก่ความจุปอด ความอ่อนตัว แรงบีบมือ และสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ถึงร้อยละ 31.3, 28.3, 18.5 และ 44.7 ตามลำดับ ผลของปัญหาสุขภาพต่างๆดังกล่าว จะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ ตามมา คือ ขาดประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน เกิดทุพพลภาพเมื่ออายุมากขึ้น และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ (ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล; และคณะ. 2543: 30)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลวัยผู้ใหญ่ เป็นวิธีการที่เพิ่มระดับความผาสุก (Well-being) การบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self Actualization) และความปรารถนาของบุคคลซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวที่ควรส่งเสริม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีภาวะโภชนาการที่เพียงพอ การพักผ่อน การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การหลีกเลี่ยงสารอนุมูลกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เศรษฐกิจและสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองให้มีสุขภาพดี อันหมายถึงการมีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพดีนั้นว่าเป็นสมบัติอันล้ำค่าของชีวิต ซึ่งจะเป็นเสมือนหนึ่งที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขความสำเร็จ (สดุติ ภูทองไสย. 2541: บทนำ) ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในแต่ละบุคคลนั้น ย่อมมีความแตกต่างกันเนื่องจากบุคคลมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีอิทธิพลในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย เพนเดอร์ (Pender. 1996: 68) ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย โดยระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเจริญพันธุ์ ช่วงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น สุขภาพจิต ความเชื่อ

อำนาจภายใน-ภายนอกตน การมุ่งอนาคตของบุคคล ทศนคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ การศึกษา สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม และปัจจัยทางจิตวิทยาที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลมากน้อยแตกต่างกัน และศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยา 2 ปัจจัย ได้แก่ สุขภาพจิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ เป็นตัวที่ทำให้จิตลักษณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ถ้าสุขภาพจิตของบุคคลดี แต่ถ้าสุขภาพจิตเสื่อมอาจจะทำพฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนาได้มาก และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของบุคคล เกิดการรับรู้ต่อผลการตอบแทนการกระทำของบุคคลว่าเป็นผลมาจากตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้านตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรวัยผู้ใหญ่
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุ 21-60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 50 เขต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุ 21-60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา เขตละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 250 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษาในเชิงเปรียบเทียบ

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 เพศ แบ่งเป็น

1.1.1 ชาย

1.1.2 หญิง

1.2 ระดับการศึกษา แบ่งเป็น

1.2.1 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

1.2.2 ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี

1.3 ช่วงของวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น

1.3.1 ผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี)

1.3.2 ผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี)

1.4 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น

1.4.1 โสด

1.4.2 สมรส

1.4.3 หม้าย หรือ หย่าร้าง

1.5 รายได้ต่อเดือน แบ่งเป็น

1.5.1 ต่ำกว่า 10,001 บาท

1.5.2 10,001 – 20,000 บาท

1.5.3 สูงกว่า 20,000 บาท

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การศึกษาในเชิงหาความสัมพันธ์ ตัวแปรคือ

1. สุขภาพจิต

2. ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ใหญ่** หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 21-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

2. **เพศ** หมายถึง เพศของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งเป็น

2.1 ชาย

2.2 หญิง

3. **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น

3.1 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

3.2 ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

4. **ช่วงของวัยผู้ใหญ่** หมายถึง ช่วงระยะของอายุเต็มบริบูรณ์ของผู้ใหญ่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต บางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น

4.1 ผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี)

4.2 ผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี)

5. **สถานภาพสมรส** หมายถึง ตำแหน่ง หรือฐานะทางสังคม ที่เกี่ยวกับ การใช้ชีวิต ร่วมกันแบบสามีภรรยา ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบาง กะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น

5.1 โสด

5.2 สมรส

5.3 หม้าย หรือ หย่าร้าง

6. **รายได้ต่อเดือน** หมายถึง เงินเดือน หรือรายได้อื่นๆ ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลางที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลอง สามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งพิจารณาจาก รายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งออกเป็น

6.1 ต่ำกว่า 10,001 บาท

6.2 10,001 –20,000 บาท

6.3 สูงกว่า 20,000 บาท

นิยามปฏิบัติการ

1. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการงดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ของตนเองของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขต พญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ให้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนตัว และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ

1.1 **พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการ รับประทานอาหารและดื่มน้ำ อย่างถูกหลักโภชนาการและถูกสุขลักษณะ เช่น การรับประทานอาหาร ในปริมาณที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนจาก เนื้อปลา เต้าหู้ ถั่วเหลือง แทนเนื้อหมู เนื้อวัว เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

1.2 **พฤติกรรมการออกกำลังกาย** หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออก กกำลังกาย เช่นการเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายดังกล่าว ต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วิธีการ และระยะเวลาในการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้มี ร่างกายแข็งแรง ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ

1.3 พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังอาหารการรับประทานอาหารทุกครั้ง การชำระล้างร่างกายก่อนเข้านอน การนอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

1.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน โดยหลีกเลี่ยงการเพศสภาวะที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่นการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดให้โทษ สารเคมีในครัวเรือน การใช้ยารักษาโรค เป็นต้น เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากสารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนตัว และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ วัดได้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง ซึ่งแบบวัดพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน เป็นแบบมาตราประเมินค่า 4 ระดับ จากประจำทุกครั้ง ถึงไม่เคยเลย ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม เป็นการนำคะแนนของพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านมารวมกัน

การพิจารณาว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน เป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

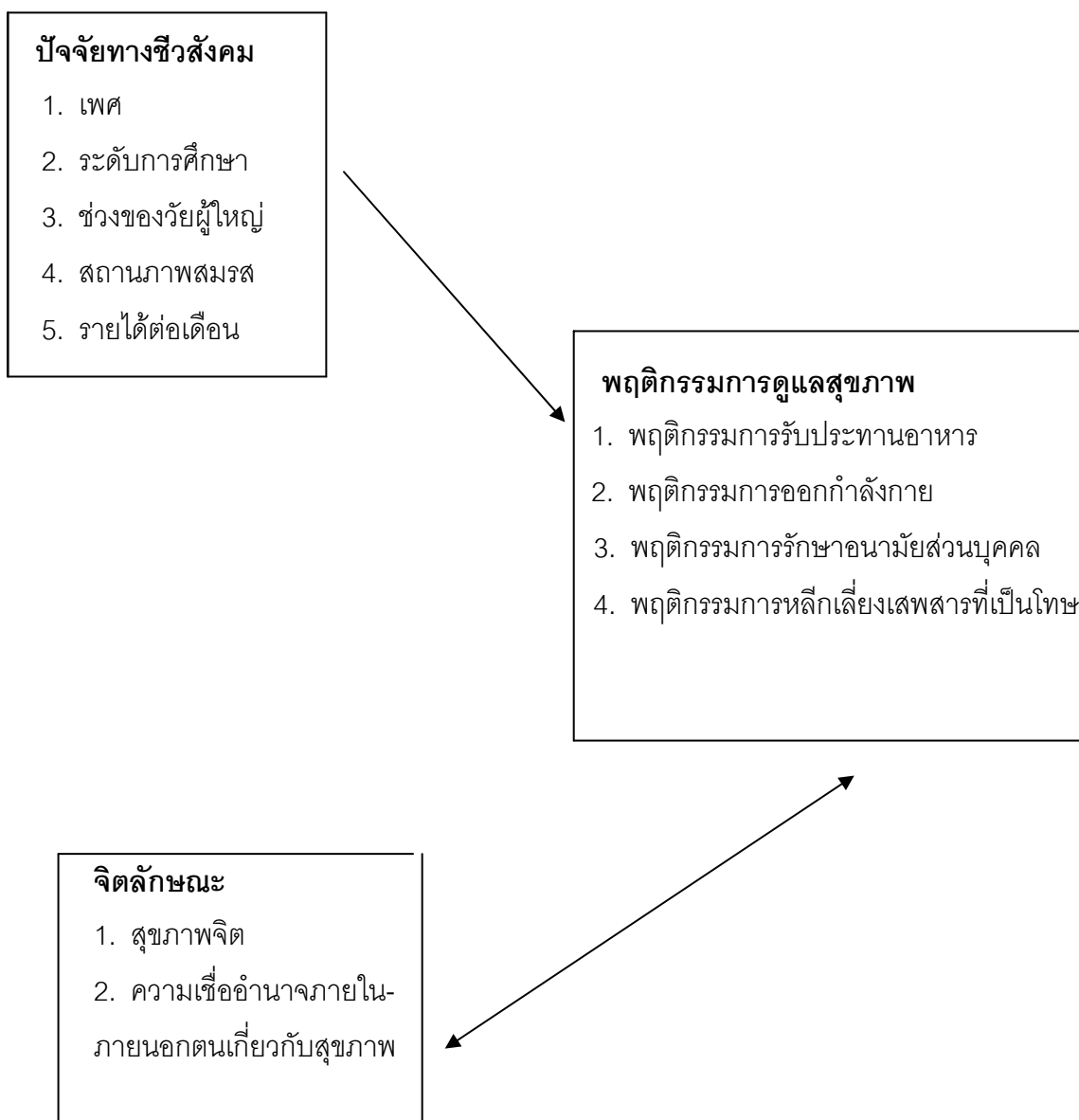
- คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.0 – 1.6 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี
- คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.61 – 2.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่อนข้างไม่ดี
- คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.21 – 2.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.81 – 3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่อนข้างดี
- คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.41 – 4.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี

2. สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการยอมรับความเป็นจริงในชีวิตและสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข มีการแสดงออกอย่างเหมาะสมและมีความขัดแย้งในใจน้อยที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบวัดสุขภาพจิต จีเอสคิว (ธนา นิลชัยโกวิทย์; และคนอื่นๆ. 2539: 2-4) มาดัดแปลงเป็นแบบวัดประเมินค่า 4 หน่วย จำนวน 27 ข้อ จากสภาวะเสมอถึงไม่มีเลย ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 27 – 108 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

3. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ความเข้ม (Degree) ที่บุคคลรับรู้ว่าการที่ตนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นผลที่ขึ้นอยู่กับความพยายามและความสามารถ

ของตน หรือขึ้นอยู่กับโชคชะตา หรือ สิ่งที่อยู่ภายนอกเหนือการควบคุมและความเข้าใจของตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในของตนเกี่ยวกับสุขภาพ จึงหมายถึง บุคคลที่เชื่อว่าผลของการมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงหรือไม่ เป็นผลจากเป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตน และเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือความคาดหวังบุคคลว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่เป็นเพราะผู้อื่น โชคเคราะห์ หรือผลจากความบังเอิญอำนาจเหนือธรรมชาติ หรือบุคคลอื่นที่เขาไม่สามารถจะควบคุมได้ การวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสิริพร กาญจนะประโชติและวรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 14 – 84 ผู้ตอบได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในงานวิจัย

1. ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย
2. ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาดำต่ำกว่า
3. ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น
4. ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ
5. ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
6. สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
7. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. วัยผู้ใหญ่

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.1 ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในวัยผู้ใหญ่

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยผู้ใหญ่

3. ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น

3.1 เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.3 ช่วงของวัยผู้ใหญ่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4 สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.5 รายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. จิตลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.1 สุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.2 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วัยผู้ใหญ่

คำว่า Adult มาจากคำกริยาภาษาละติน ซึ่งหมายถึง เจริญวัยถึงวุฒิภาวะ อย่างไรก็ตามคำว่า Adult ยังมาจากคำกริยา Past participle “Adulus” ซึ่งหมายถึง เจริญเติบโตสมบูรณ์แข็งแรง หรือ ถึงวุฒิภาวะ ผู้ใหญ่คือคนที่มีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์และพร้อมสำหรับตำแหน่งหน้าที่ในสังคมร่วมกับคนอื่น (จรรยา ทองถาวร. 2530: 287)

วัยผู้ใหญ่ หมายถึง วัยที่มีการพัฒนาเต็มขั้นแล้ว หรือ เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเต็มขั้นแล้ว วัยผู้ใหญ่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (พยอม อิงคตานุวัฒน์. 2523: 1)

1. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรือวัยฉกรรจ์ อายุ 21-40 ปี
2. วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง หรือวัยกลางคน อายุ 41-60 ปี
3. วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชราอายุ 61 ปี – ถึงแก่กรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 21 – 60 ปี ที่ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากบุคคลอายุระหว่าง 21 – 60 ปี นับเป็นประชากรที่มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ต้องอาศัยบุคคลกลุ่มนี้เป็นฐานกำลังสำคัญ ดังนั้น การมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ย่อมทำให้การพัฒนาประเทศมีความมั่นคงได้อีกทางหนึ่ง ผู้ใหญ่คือบุคคลที่ได้ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมาแล้วระดับหนึ่ง เช่น การได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กมาเป็นวัยรุ่น และจากวัยรุ่นมาเป็นวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในการรับผิดชอบตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ปัญหาทางจิตวิทยา เป็นต้น บุคคลในวัยนี้อาจมีประสบการณ์ทั้งความสำเร็จ ความล้มเหลว ความสนุกสนานร่าเริง และความเศร้าโศกมาแล้ว ผู้ใหญ่บุคคลใดที่ประสบความสำเร็จในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับและได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่นๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะดูแลรับผิดชอบตนเอง ครอบครัว และการสร้างสรรค์สังคม ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลวัยผู้ใหญ่มีประสบการณ์ในชีวิตส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นความล้มเหลว จะส่งผลให้บุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้ารับผิดชอบ ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ใหญ่บุคคลนั้น โดยพฤติกรรมที่กล่าวถึงนี้รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย(พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคณะ. 2541: 8)

ลักษณะทั่วไปของคนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วัยผู้ใหญ่ตอนต้นประมาณอายุตั้งแต่ 21- 40 ปี พัฒนาการที่น่าสนใจในระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ได้แก่ การประกอบอาชีพ การเลือกคู่ครอง การปรับตัวในชีวิตสมรส การปรับตัวเพื่อทำหน้าที่บิดามารดา การปรับตัวในชีวิตโสด พัฒนาการทางสติปัญญา และพัฒนาการทางกาย วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นระยะที่การเจริญเติบโตทางกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปบุคคลมักมีร่างกายแข็งแรง

ลักษณะพัฒนาการทางกายโดยทั่วไปคือ มีความเจริญสมบูรณ์ของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายในแง่ทำหน้าที่ได้ดีในแทบทุกด้าน ไม่มีช่วงใดในชีวิตที่บุคคลจะมีความสมบูรณ์ของ

ร่างกายดีเด่นเท่าช่วงนี้ แบบแผนพัฒนาการคงที่ชนิดที่เรียกว่า “Plateau” ถ้าบุคคลไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ร่ายแรงประจำตัวตั้งแต่เด็กแล้ว โดยทั่วไปเป็นช่วงที่บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง มีพลังกำลังวังชา เป็นช่วงที่เหมาะสมแก่การมีบุตร โดยเฉพาะเพศหญิง แต่การตั้งครรภ์ไม่ควรยืดเยื้อยาวไปจนถึงปลายวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือ ช่วงต้นของวัยผู้ใหญ่กลางคน เพราะร่างกายเริ่มหย่อนความแข็งแรงที่เหมาะสมกับการมีบุตรที่มีสุขภาพดีและการมีพลังกำลังวังชาสำหรับการดูแลบุตร มีรายงานการศึกษาจากที่ต่างๆ ซึ่งอธิบายว่า หญิงที่มีบุตรคนแรกตั้งแต่อ่อนอายุ 20 ปี และหลังอายุ 35 ปี ไม่สู้จะมีผลดีต่อสุขภาพกายใจ และสติปัญญาของบุตรนัก แม้ปัจจุบันนี้ หญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไป อาจจะมีบุตรคนแรกที่แข็งแรงดีทั้งร่างกายและจิตใจ แต่หญิงผู้นั้นต้องมีพื้นฐานชีวิตทางร่างกายที่ดี รู้จักดูแลสุขภาพและการตั้งครรภ์อย่างดีด้วย การศึกษาหลายรายเสนอผลว่าแม่ที่อายุสูงเกิน 30 ปีขึ้นไปมากเท่าไร ยิ่งมีแนวโน้มจะมีบุตรปัญญาอ่อนมาก เท่านั้น คือ อายุ 30 ปี มีโอกาส 1 ใน 1000 อายุประมาณ 45 ปี มีโอกาส 1 ใน 100 กอรัมมีและบรอดซินสกี (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545: 449; อ้างอิงจาก Gormly; & Brodzinsky. 1989) และพัฒนาการทางกายที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนต้นสมัยปัจจุบัน คือ การป้องกันไม่ให้ตนติดเชื้อเอดส์ เอดส์เป็นโรคติดต่อ ที่ร้ายแรงในสังคมสมัยใหม่แทบทุกมุมโลก

ลักษณะทั่วไปของคนวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน(middle age) อยู่ช่วงกลางระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยสูงอายุ นิยามกำหนดว่าอยู่ระหว่างอายุ 40 ถึง 65 ปี คนวัยกลางคนเป็นกลุ่มที่น่าศึกษาให้เข้าใจสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และ อารมณ์ เพราะอยู่ในระยะเปลี่ยนวัยจากความเป็นหนุ่มสาวเข้าสู่วัยแรกเริ่มสูงอายุ มักเป็นคนวัยทำงาน ซึ่งมีความรับผิดชอบต่อความเจริญและความเสื่อมของครอบครัว สังคม กระทั่งถึงประเทศชาติ ในขอบเขตของปัจเจกชนก็เป็นคนที่เป็นหลักของเด็กรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และคนแก่เฒ่า พร้อมๆ กับแบกรับรับผิดชอบอันหนักทั้งทางเศรษฐกิจสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว คนวัยกลางคนทั่วไปทั้งหญิงชายไม่ว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมระดับใด จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อ ทางร่างกาย อารมณ์ งานอาชีพ ชีวิตเพศ ความสนใจ ค่านิยม ความเป็นอยู่ในครัวเรือน และอื่นๆ อย่างหนีไม่พ้น หากปรับตัวไม่ทันเพราะขาดความรู้ความเข้าใจสภาพธรรมชาติของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมประจำวัยแล้ว ก็มักจะทำให้ชีวิตวัยกลางคนสับสนอลเวงไร้ความสุข จนถึงอาจเป็นโรคจิตโรคประสาท ฆ่าตัวตาย หรือเป็นผู้ก่อปัญหาให้กับคู่สมรส ลูกหลาน พ่อแม่ผู้ชรา รวมทั้งงานอาชีพและสังคม โดยทางอ้อมได้

คนวัยกลางคนส่วนมากมักเป็นผู้ทำงานอาชีพมาประมาณ 15-20 ปีแล้ว หรือมีชีวิตครอบครัวมาระยะหนึ่งแล้ว จึงมักจะประเมินผลการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีตทั้งด้านความสำเร็จ

และความล้มเหลว ได้รับความสุขพึงใจหรือความทุกข์และเสียหายในชีวิต เมื่อมองจากมุมนี้จึงมักมีชื่อเรียกช่วงชีวิตนี้ว่า ระยะทดสอบ (testing period) (ศรีเรื่อน แก้วกังวาล. 2545: 473)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

บุคคลที่จะมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรงมักเป็นบุคคลที่รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตน โดยการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัย ควบคุมตนทั้งทางด้านการกิน การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันโรคติดต่อ และ การเกิดโรค พฤติกรรมเหล่านี้เรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ซึ่งเป็นศัพท์เทคนิคทางวิชาการทางสาธารณสุข ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีข้อแตกต่างตามมิติการมองในด้านต่าง ๆ เช่น ในมิติการมองด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพหมายถึง ความสามารถสูงสุดของบุคคลที่จะแสดงออกอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่สำคัญ โดยที่บุคคลจะพยายามรักษาบทบาทหน้าที่ทางสุขภาพ โดยการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด แพรสันส์ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 30; อ้างอิงจาก Parsons. 1958: 176-177)

แลร์รี่และเอ็ดเวิร์ด (Larry; & Edward. 1993: 65) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นั้นถูกอ้างอิงถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคคลที่ต้องการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ หรือปรับปรุงสุขภาพของตนให้อยู่ในภาวะปกติ เช่นการไปรับภูมิคุ้มกันโรค การวิ่งออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ พร้อมรับการตรวจร่างกายประจำปี และบุคคลซึ่งให้ความสนใจกับการกระทำของตนเอง เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรง

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2532: 11) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เอง รวมถึงการงดเว้นการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ในรูปของความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทั้งหลาย

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 97-98) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ โดยมีเป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและการปฏิบัติอย่างถูกต้อง

พาแลงค์ (Palank. 1991: 816) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่า เป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่าง

สม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ นิภา มนูญปิฏ (2534: 2) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และพื้นฐานการฟื้นฟูสุขภาพ

โอเร็ม (Orem. 1985: 38-41) กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุดการที่บุคคลจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. มีความชำนาญ ความรู้ และความรับผิดชอบในตนเอง
2. มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
3. ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี
4. รับรู้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
5. ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยลืมน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ
6. มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มกระทำจนเสร็จสิ้น

จากแนวคิดและความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรม รวมถึงการงดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นกระทำที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ รวมถึงการมีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2532: 14) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ ตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพคือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝัง หรือสามารถเปลี่ยนแปลง กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจะเน้นเกี่ยวข้องของ การรับรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยกระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้น ตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรม ลักษณะนี้ ต้องเป็นการสร้างค่านิยมและวิถีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้ง การสร้างจิตสำนึกของการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532: 75) แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคล กระทำ เมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคล กระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน เนื่องจาก มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย ในเรื่องปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นผู้กล่าวถึงไว้พอสมควร มีแนวคิดว่าแบ่งออกได้เป็น 3 แนวคิดใหม่ คือ (กนกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ. 2536: 14)

1. แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในในตัวบุคคล (Intra Individual Causal summation) มีรากฐานของแนวความคิดมาจาก สมมติฐานเบื้องต้นว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม

2. แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอก ตัวบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง เศรษฐกิจ

การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร

3. แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล โดยสรุปว่า ปัจจัยต่อไปนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์คือ

- 3.1 ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- 3.2 การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
- 3.3 โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 3.4 องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
- 3.5 ความรู้
- 3.6 องค์ประกอบด้านประชากร

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532: 173-185) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ และการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะความมากน้อย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล

2.1 ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว บางครอบครัวปลูกฝังนิสัยในเรื่องการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานสุกๆ ดิบๆ และพฤติกรรมกาปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของบิดามารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆกัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับ ความสัมพันธ์ภาพ หรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

2.3 สภาพทางสังคม ได้แก่ สภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชน มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรักษาโรคดีกว่าบุคคลโดยทั่วไป

2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมแสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้หลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับเก่าเร็ว การงดของแสลง ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมากงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ชื้อห้ามเหล้านี้มีผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ

2.5 ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอสมควร ไม่ให้น้อยเกินไป หรืออิมจนเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาด ต้องมีการชำระล้างร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอนและข้อปฏิบัติมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับ ระดับการศึกษาซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนไม่ดีมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสจะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพดี

4. องค์ประกอบด้านการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของประชาชนแตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีการศึกษาต่ำ มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

5. องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่าจำนวนและความเพียงพอของการบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขภาพศึกษาที่จัดให้กับประชาชนกฎหมาย หรือข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนมาก คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในวัยผู้ใหญ่ ร่างกายได้เจริญเติบโตสูงใหญ่ขึ้นมาก และในช่วงอายุประมาณ 21 ปี เป็นช่วงที่ร่างกายเจริญเติบโตได้เต็มที่ ในช่วงอายุ 21 – 25 ปี เป็นช่วงที่ร่างกายมีสมรรถภาพทางกายดีที่สุด จึงไม่ค่อยมีการเจ็บป่วยเท่าใดนัก ช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป จึงเริ่มสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากเริ่มมีความเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีหน้าที่การงาน ฐานะมั่นคงดีขึ้น มีเงินของตนเอง และบางคนอาจเริ่มมีปัญหาสุขภาพ สมรรถภาพทางกายเริ่มถดถอยลง และเมื่อมีอายุมากขึ้น คือช่วงอายุ 30 – 60 ปี ร่างกายทั่วไปเริ่มเสื่อมลง การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายก็เริ่มเสื่อมลง ผมจะเริ่มบางลงและเปลี่ยนเป็นสีเทา ความชุ่มชื้นและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ไขมันใต้ผิวหนังหายไป ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น ริ้วรอยต่างๆ เริ่มปรากฏบนใบหน้า แต่มีการพอกพูนของไขมันในร่างกายง่ายขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความกระฉับกระเฉง และความสามารถของร่างกาย ในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคณะ. 2544: 9-10) เช่น

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกพบว่ามวลและความเหนียวของกระดูกลดลง ในคนอายุ 55 ปี ความสูงอาจลดลง 1 – 4 นิ้วได้ เนื่องจากหมอนกระดูกหลังบางลง แต่ในกรณีที่ลดลง ถึง 4 นิ้ว มักเกิดร่วมกับการเกิดโค้งงอของกระดูกสันหลังส่วนอก (Thoracic Kyphosis) การเกิดลีบหรือของข้อเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นมีโอกาสเกิดโรคข้อและอาการปวดหลังได้ในอนาคต

ระบบทางเดินอาหาร การเผาผลาญสารอาหารลดลงทำให้มีการผลิตเอ็นไซม์ลดลง ส่งผลให้ระดับกรดไฮโดรคลอริกลดลง การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง บุคคลวัยนี้ จึงบ่นเรื่องมีอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องเฟ้อ และท้องผูกได้

ระบบทางเดินปัสสาวะ ในวัยนี้จำนวนของหน่วยไต (nephron) จะลดลง แต่ขนาดของหน่วยไตส่วนที่เหลือจะเพิ่มขนาดขึ้น น้ำหนักของไตลดลง เลือดมาที่ไตลดลงการกรองที่ไต ลดลงเกือบครึ่ง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดจะหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง เกิดเป็นโรคของหลอดเลือดหัวใจได้ง่ายขึ้น เกิดโรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด และ เป็นสาเหตุการตายของคนในวัยนี้ได้

ผู้หญิงเมื่อเข้าสู่อายุ 45 – 55 ปี จะมีการเปลี่ยนแปลงส่ววัยหมดประจำเดือน ซึ่งในช่วงนี้รังไข่จะหยุดหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (Progesterone) แต่ยังมีการผลิตเอสโตรเจนจากต่อมหมวกไต (Adrenal glands) ผลจากการที่ระดับเอสโตรเจนลดต่ำลง มีผลต่อ

ลักษณะทางเพศของหญิง เช่น ขนที่อวัยวะเพศเริ่มหลุดร่วง ขนาดของเต้านมลดลง อวัยวะสืบพันธุ์ของหญิงลดขนาดลง น้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง

ในผู้ชายมีการเปลี่ยนแปลงในวงจรของความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลง ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง อัตราจะมีการเปลี่ยนแปลง การสร้างตัวสุจิเพื่อถูกผลกระทบสามารถผลิตได้ปริมาณและความเข้มข้นลดลง

กอร์มีและบรอดซินสกี (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545: 479-480 อ้างอิงจาก Gormly; & Brodzinsky. 1989) ได้กล่าวถึงพัฒนาการทางกายของวัยผู้ใหญ่มีใจความที่สำคัญว่า ผิวหนังเริ่มเหี่ยวไม่เต่งตึง รอยย่นบนผิวหนังเห็นชัดขึ้น ผมเริ่มร่วงและเริ่มหงอก น้ำหนักตัวที่เกิดจากไขมันในตัวเริ่มเพิ่มพูนขึ้นตามหน้าท้อง สะโพก เอว พลังกล้ามเนื้ออ่อนลงทีละน้อย เรื่อยมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นแล้ว ระหว่างอายุ 30 -80 ปี พลังกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 42 แต่ไม่ได้หมายความว่า คนวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุทำอะไรที่ใช้พลังกล้ามเนื้อไม่ได้ คนที่เคยทำงานใช้พลังกล้ามเนื้อเป็นปกติ จะยังทำงานได้ดีแม้ในวัย 60 ปีเศษ พันก็เป็นส่วนที่ทรุดโทรมเร็วมากก่อนวัยนี้ก็มีสมรรถภาพการหายใจลดลงมาก คนอายุ 50 ปี ขึ้นไป เมื่อวิ่งหรือปายปั่นจะหอบง่าย หัวใจทำงานหนักขึ้นแต่ผลงานต่ำลง โดยเฉพาะคนอ้วนและคนที่หลอดเลือดแข็งตัว

ระบบสัมผัสเริ่มเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการเห็นจะมีประสิทธิภาพสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและดำรงอยู่จนอายุราว 40 ปี ต่อนั้นไปค่อยๆลดลง แว่นตาพอที่จะช่วยได้บ้าง แต่เริ่มหูตึงในระยะเวลา (สำหรับบางคน) สัมผัสทางลิ้น จมูกและกายทั่วไประยะเวลาหนึ่งจะสังเกตได้ชัดเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ระบบประสาทก็เสื่อมเหมือนกัน แต่ตามปกติแล้วยังกระทบต่อพฤติกรรม หรือสติปัญญาในวัยกลางคนน้อยมาก

น้ำหนักมันสมองนั้น เริ่มลดตั้งแต่หลังอายุ 20 ปีเป็นส่วนน้อย มีการใช้เครื่องมือวัดพลังไฟฟ้าในมันสมองของคนที่มีสุขภาพดีทั้งหนุ่มและแก่เห็นผลต่างเพียงเล็กน้อย

ที่กล่าวว่าเริ่มมีความเสื่อมในวัยกลางคนนั้นไม่ได้หมายความว่าระบบต่างๆ ที่ประกอบเป็นมนุษย์ที่กำลังอยู่ในขั้นเติบโตจะพลิกกลับเป็นความเสื่อมถอยทันที แม้ในวัยต้นของชีวิตความเติบโตและความ เสื่อมถอยควบคู่กันมา ตัวอย่างเช่นหลังจากอายุ 1 ขวบไปแล้ว เซลล์ประสาทมีได้งอกเงยขึ้น เซลล์เหล่านั้นลดลงบ้าง แต่เพราะมีมากมายมหาศาลคนจึงไม่รู้สึก จนกระทั่งอายุ 60-70 ปี จึงเริ่มรู้สึกว่ามันลดถอย โรคเกี่ยวกับหัวใจในวัยกลางคนก็เหมือนกัน คือ ค่อยๆสะสมทีละน้อย ไม่ใช่พบปั๊บก็เกิดขึ้น

ความเสื่อมของกายไม่ได้เกิดจากในกายอย่างเดียว สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญไม่น้อย จะกล่าวถึงบ้างพอสมควร

1. มีข้อสังเกตมานานแล้วว่า กรรมพันธุ์เป็นตัวประกอบทำความเสื่อมให้เกิดแก่บุคคลทางกาย-ภาพ บริษัทประกันชีวิตให้เห็นได้ว่า ลูกค้าผู้ใดมีพ่อหรือแม่ฝ่ายใดที่เป็นเพศเดียวกับลูกค้าเคยเป็นโรคหัวใจหรือมะเร็งทรวงอก ลูกค้านั้นมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้นโดยกรรมพันธุ์

2. มีรายงานว่าพฤติกรรมประจำตัวคน 7 ประการ ที่กระทบถึงสุขภาพและควมมีอายุยืนในกลุ่มคนวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเสพเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เกินความพอดี การนอนน้อยกว่าคืนละ 7 ชั่วโมงหรือนอนมากกว่าคืนละ 9 ชั่วโมง การไม่รับประทานอาหารเช้า น้ำหนักตัวมากเกินไป หรือน้ำหนักตัวน้อยไป ไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การกินอาหารจุบจิบ (นอกเวลาปกติ) ผู้ชายที่ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้สัก 4 ประการหรือมากกว่า มีอัตราตายมากกว่าผู้รักษาตัวพ้นจากนิสัยเหล่านั้นถึง 4 เท่า ยิ่งเป็นผู้หญิงปฏิบัติตามพฤติกรรมเช่นที่กล่าวมา มีอัตราตายเกิดขึ้นอีกเท่าตัว ทั้งหญิงชายที่ไม่ออกกำลังกายมีอัตราตายมากกว่าผู้ออกกำลังกาย 2 เท่า การออกกำลังกายแม้ไม่มากนักทำให้คนมีสุขภาพดีกว่าไม่ออกกำลังกายเลย

3. ยังมีข้อสำคัญว่าพฤติกรรมที่กล่าวข้างต้นคือเรื่องชนิดอาหารที่ถูกต้อง ความประพฤติที่ดีที่สุดในชีวิตมีใช้รับประทานอาหารตรงเวลาอย่างเดียว แต่ต้องรู้จักเลือกอาหารที่มีจำนวนแคลอรีพอเหมาะกับตัวเอง และวัยของตนด้วย

4. อารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบถึงสุขภาพ อารมณ์ที่ให้โทษรุนแรงที่ควรกล่าวถึงคือ อารมณ์เครียดและอารมณ์เศร้า เป็นสุขภาพจิตที่ไม่ดี อารมณ์ฝ่ายบวกที่ส่งผลถึงสุขภาพที่ดีก็มี ดังปรากฏสถิติแสดงว่าชายที่มีคู่สมรสเข้าใจกันดีมักมีอายุยืนกว่าชายที่มีสภาวะคล้ายตัวเขาแต่เป็นคนโสด ชาวบ้านนอกรัสเซียในสังคมที่มีความผูกพันสนิทสนมกัน มีอายุยืนกว่าและแข็งแรงกว่าชาวอเมริกันที่เป็นคนเมือง

5. โรคภัยที่เกิดมากในวัยกลางคนส่วนมากคือ โรคหัวใจ และมะเร็ง โรคทั้งสองชนิดนี้มีสาเหตุจากอะไร ควรป้องกันรักษาอย่างไร บุคคลในวัยผู้ใหญ่ควรให้ความสำคัญศึกษารายละเอียดข้อมูล แล้วนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคกับตนเอง

6. เรื่องที่กระทบถึงสุขภาพของคนวัยกลางคนที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งคือ เรื่องหญิงหมดระดูซึ่งเป็นเรื่องกว้างขวางมาก

จากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของการทำหน้าที่ในระบบต่าง ๆ ของอวัยวะของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบถึงสุขภาพและควมมีอายุยืนของบุคคลวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วยได้มากขึ้น จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพจาก “การซ่อมสุขภาพไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ” จึงมุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถสร้าง

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรค (Preventive health behavior) ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ส่งเสริมสุขภาพของตนให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ประกอบไปด้วยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่พฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรม การหลีกเลี่ยงสารเสพติดให้โทษ พฤติกรรม การรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรม การออกกำลังกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ร่างกายจะเจริญเติบโต มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ เมื่อได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน มีปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ไม่มีสารพิษ วัตถุเจือปนอาหาร สารปลอมปนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย อาหารจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ นอกจากนี้จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้พลังงานและความอบอุ่น เพื่อให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ตามปกติแล้ว ยังช่วย ทำให้บุคคลมีอายุยืนยาว

การที่คนเราจะมีสุขภาพดีแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า จะต้องได้รับสารอาหารต่างๆ มากกว่า 40 ชนิด ซึ่งแบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ เป็น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ เส้นใย และน้ำ ปริมาณของสารต่างๆ ที่กล่าวแล้วนี้ต่างกันไปตามเพศ ขนาดของร่างกาย กิจกรรม สภาพ ความแข็งแรง และอายุของแต่ละคน การดำรงชีวิตแต่ละวันตั้งแต่เด็กจนโตจนแก่ทำให้ผู้ใหญ่มีความ ต้องการที่แตกต่างกันมาก การประมาณความต้องการสารอาหารของบุคคลวัยผู้ใหญ่ส่วนมากจึงคิด จากผู้คนวัยหนุ่มวัยสาว ความต้องการสารอาหารต่างๆ ของบุคคลวัยผู้ใหญ่ (อมรรตน์ เจริญชัย. 2535: 32-40) สรุปได้ดังนี้

พลังงาน

อาหารหรือสารโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตในอาหารเป็นสิ่งที่ให้พลังงาน แก่ร่างกาย แอลกอฮอล์ ให้พลังงานด้วยเช่นเดียวกัน พลังงานวัดได้เป็นแคลอรี หรือที่ใช้กันจริงๆ คือ กิโลแคลอรี หนึ่งกิโลแคลอรี เท่ากับ 1000 แคลอรี ซึ่งเท่ากับปริมาณความร้อนที่ใช้ทำให้น้ำ 1 กิโลกรัมร้อน ขึ้น 1 องศาเซลเซียส ต่อมา มีหน่วยมาตรฐานใหม่ที่เรียกว่า กิโลจูลซึ่ง 1 กิโลแคลอรีเท่ากับ 4.184 กิโลจูล ไขมันให้แคลอรีมากกว่าโปรตีน และ คาร์โบไฮเดรตที่ปริมาณเท่ากัน

ไขมันให้	9 กิโลแคลอรี (38 กิโลจูล) ต่อกรัม
คาร์โบไฮเดรตให้	4 กิโลแคลอรี (17 กิโลจูล) ต่อกรัม
โปรตีนให้	4 กิโลแคลอรี (17 กิโลจูล) ต่อกรัม
แอลกอฮอล์ให้	7 กิโลแคลอรี (30 กิโลจูล) ต่อกรัม

ดังนั้นอาหารที่มีไขมันมาก เช่น น้ำมัน กะทิ เนย ถั่วลิสง ถั่วเมล็ดแห้งและเมล็ดพืช จะมีแคลอรีมากกว่าอาหารที่มีไขมันน้อย

เมื่อมีอายุมากขึ้น ความต้องการพลังงานของแต่ละคนต่างกันมาก แต่โดยทั่วไปแล้ว เมื่ออายุมากขึ้น ความต้องการพลังงานจะลดลง เนื่องจากเมื่ออายุเกิน 21 อัตราความต้องการพลังงานของร่างกายขณะพักจะลดลงในอัตราประมาณร้อยละ 2 ทุกอายุ 10 ปี เมื่อรวมผลจากการลดกิจกรรมของคนส่วนมากที่มีอายุมากขึ้น ทำให้ความต้องการแคลอรีลดลงการกำหนดความต้องการสารอาหาร กำหนดเป็นสามกลุ่ม คือ ผู้มีอายุไม่ถึง 52 ปี ผู้มีอายุ 52-75 ปี และผู้ที่อายุเกิน 75 ปี บุคคลวัย 52-75 ปีต้องการพลังงานร้อยละ 90 ของบุคคลวัยหนุ่มสาว สำหรับวัยเกิน 75 ปี ลดลงร้อยละ 80

การลดความต้องการแคลอรีบังคับให้ต้องเลือกอาหารอย่างระมัดระวังมากขึ้น เพื่อให้ได้สารอาหารที่จำเป็นทุกชนิด ต้องลดอาหารไขมันและอาหารหวานลงมากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ ผู้มีอายุมากขึ้นจะได้ประโยชน์จากการลดอาหารไขมันเพราะไขมันเป็นสารอาหารย่อยยาก และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง นอกจากนั้นผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะลดความสามารถในการลดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อกินอาหารหวานมากๆ

บุคคลวัยผู้ใหญ่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น การลดแคลอรีจนน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นจะมีโอกาสมากที่จะขาดสารอาหาร วิธีที่ดีกว่าการลดแคลอรี อาจเป็นการเพิ่มกิจกรรมเพื่อให้ใช้พลังงานมากขึ้น จะทำให้กินอาหารได้มากขึ้น การศึกษาต่างๆ ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ที่กินอาหารน้อย มักจะอ่อนเพลียและขาดความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว

แอลกอฮอล์เป็นที่มาของแคลอรีอีกอย่างหนึ่งที่ไม่ควรจะมีมากเกินไปแคลอรีจากแอลกอฮอล์อาจเข้าสู่ร่างกายแทนอาหารที่ร่างกายต้องการ แอลกอฮอล์ให้สารอาหารน้อยมากแล้วยังทำลายสารอาหารต่างๆ เมื่อร่างกายเผาผลาญแอลกอฮอล์อีกด้วย

สารอาหารที่ให้พลังงาน

1. โปรตีน

กรดอะมิโนประมาณ 20 ชนิดรวมกัน สร้าง เป็น โปรตีนในร่างกาย ของคนเรา และในอาหาร ในบรรดากรดอะมิโน 20 ชนิด 9 ชนิดมีความจำเป็นต้องมีอยู่ในอาหาร เพราะร่างกายไม่สามารถสร้างขึ้นได้ ร่างกายของเราสามารถสร้างกรดอะมิโนชนิดอื่นๆ จากกรดอะมิโนที่จำเป็น 9 ชนิด เหล่านี้ กับคาร์โบไฮเดรตและไขมัน

กรดอะมิโนทุกชนิดจะต้องอยู่ร่วมกันในปริมาณพอเพียง ร่างกายจึงจะสามารถสังเคราะห์โปรตีนที่ต้องการขึ้นมาได้ ผู้ใหญ่จึงควรได้กินอาหารที่มีกรดอะมิโนที่จำเป็นทุกชนิดทุกมื้อ และแม้แต่อาหารว่าง หรือในอาหารที่มีโปรตีนไม่สมบูรณ์สองอย่างผสมกัน เช่น ข้าวถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืช และ ถั่วลิสง อาหารเหล่านี้ผสมกันให้โปรตีนราคาไม่แพง

การวัดภาวะโภชนาการทางโปรตีนอาจวัดสมมูลย์ของไนโตรเจน เมื่อปริมาณไนโตรเจนที่ได้รับจากอาหารเท่ากับปริมาณที่ร่างกายสูญเสียทางปัสสาวะ อุจจาระ และผิวหนังนับว่าคนนั้นมีสมมูลย์ของไนโตรเจน จะมีสมมูลย์ของไนโตรเจนเป็นบวก เมื่อร่างกายเก็บรักษาไนโตรเจนไว้มากกว่าที่สูญเสีย จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ การรักษาบาดแผล และการพักฟื้นจากระยะที่มีการกดดัน และสมมูลย์ของไนโตรเจนเป็นลบเมื่อมีบาดแผล ผ่าตัด เป็นไข้ติดเชื้อมีความกดดันทางออสโมติก หรือได้กินอาหารโปรตีนหรือแคลอรีไม่พอความต้องการโปรตีนของผู้ใหญ่ สุขภาพดีจะแตกต่างจากความต้องการของผู้ใหญ่ ที่มีการเจ็บป่วยอย่างมาก การศึกษาสมมูลย์ของไนโตรเจนไม่แสดงความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดเจน ระหว่างความต้องการโปรตีนของคนหนุ่มสาวกับผู้ใหญ่ หมายความว่าความต้องการโปรตีนของคนต่างวัยไม่ต่างกัน อาจจะมีความเสี่ยงในการนำกรดอมิโนบางอย่างไปใช้ ทำให้ความต้องการโปรตีนสูงขึ้น อาจกำหนดได้ว่าถ้าบุคคลวัยผู้ใหญ่ควรได้รับ 12- 14 % ของแคลอรีเป็นโปรตีน แทนปริมาณที่กำหนด สำหรับคนหนุ่มสาวซึ่งกำหนดไว้ประมาณ 9 %

2. คาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรตรวมถึงน้ำตาลและแป้ง น้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตอย่างง่ายแบ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ซับซ้อน บุคคลวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักจะได้รับแคลอรีส่วนมากจากคาร์โบไฮเดรต เพราะเป็นอาหารที่ราคาไม่แพง อร่อย และเป็นสิ่งที่เก็บไว้ได้นาน ไม่เสียดายแม้จะไม่ใช่ตู้เย็น เป็นอาหารที่ประกอบได้ง่ายและ กินง่าย เคี้ยวง่าย

ผู้ใหญ่ควรจะได้รับแคลอรีจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 60 ส่วนมากควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แบ่งที่ซับซ้อนเช่นในกล้วย ถั่วเมล็ดแห้ง มัน ข้าวและแป้ง อาหารเหล่านี้ต้องย่อยนานหลายชั่วโมง ทำให้อิ่มอยู่ยาวนานกว่าเมื่อกินน้ำตาลจากน้ำหวานและขนมน้ำตาล ทำให้โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อลองให้แทนแป้งในจำนวนแคลอรีเท่ากัน

ผู้ที่โตเป็นผู้ใหญ่แล้วทุกคนควรได้รับคาร์โบไฮเดรตวันละ 100 กรัม ถ้าได้รับไม่ถึงวันละ 50 กรัม อาจมีอาการพิษของสารตกค้างจากการสลายตัวของไขมัน บุคคลวัยผู้ใหญ่ไม่ควรลดน้ำหนักด้วยการอดคาร์โบไฮเดรต เพราะร่างกายจะสูญเสียพลังงาน น้ำและเกลือแร่ เมื่อพยายามขับถ่ายสารพิษดังกล่าว เพราะนอกจากจะไม่ปลอดภัยแล้ว ยังไม่เป็นวิธีลดน้ำหนักที่ได้ผลยั่งยืน

อาหารคาร์โบไฮเดรตสูงมีประโยชน์สำหรับบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน การได้กินคาร์โบไฮเดรตวันละ 6 ครั้งหรือ มากกว่า จะลดความต้องการอินซูลินตลอดจนระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง มีการสะสมไนโตรเจนไว้มากขึ้น

3. ไขมัน

อาหารจากพืชและสัตว์ทุกชนิดมีไขมันอยู่ด้วย บางอย่างเรามองเห็นไขมันได้เช่นเนื้อสัตว์ ในกะทิ ในอาหารอย่างอื่นจะมองไม่เห็นไขมัน เช่น ในน้ำมัน เราต้องได้กินไขมันอาหารเพื่อ

ได้รับพลังงาน เพื่อเป็นตัวนำวิตามินที่ละลายในไขมัน ทำหน้าที่ป้องกันความร้อนหนาว และกันการกระเทือนให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายไขมันในอาหารช่วยให้อาหารมีรสอร่อย และทำให้รู้สึกอิ่ม ร่างกายต้องการกรดไขมัน ที่จำเป็นคือกรดลิโนเลอิก กรดนี้เป็นกรดที่จำเป็นเพราะร่างกายไม่สามารถสร้างขึ้นได้ กรดไขมันและไขมัน ชนิดอื่นๆ นั้นร่างกายสามารถสร้างขึ้นได้จากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และกรดลิโนเลอิกที่มีเหลืออยู่ในร่างกาย

บุคคลวัยผู้ใหญ่ หลายคนควรจะลดปริมาณไขมันในอาหาร เพราะนอกจากไขมันจะให้แคลอรีสูง ซึ่งทำให้น้ำหนักตัวมากเกินไปได้ง่ายแล้ว ไขมันยังเป็นสิ่งที่มีส่วนทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิด ไขมันย่อยได้ช้า เมื่อกินไขมันมากอาจเป็นผลทำให้อาหารไม่ย่อย ทำให้บุคคลวัยผู้ใหญ่เบื่ออาหารได้

นักโภชนาการพยายามให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของไขมัน ที่ไม่อิ่มตัวอย่างมาก (polyunsaturated fats) และอันตรายของโคเลสเตอรอล อาหารที่จำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลและมีไขมันไม่อิ่มตัวอย่างมากอยู่สูง สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลได้ เมื่อเปรียบเทียบกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือด

ผู้ที่กินอาหารไขมันสูง ควรต้องลดปริมาณไขมันในอาหารให้เหลือประมาณร้อยละ 30 ของแคลอรีทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนที่พอเพียงสำหรับคุณประโยชน์ต่างๆ ที่เราจะได้รับจากไขมันโดยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการกินไขมันมากเกินไป

เส้นใย

เส้นใยอาหารหมายถึงสิ่งที่ร่างกายย่อยไม่ได้ เป็นคาร์โบไฮเดรตและสารที่เกี่ยวข้องกับคาร์โบไฮเดรตที่อยู่ในอาหารที่มาจากพืช ปริมาณที่บอกในตารางคุณค่าอาหารหรือที่ระบุบนภาชนะบรรจุอาหารจะให้ค่าเส้นใยต่ำกว่าที่ควร เพราะเป็นค่าที่ได้มาจากการตรวจวัดสิ่งที่เหลือจากการใช้กรดและด่างย่อยอาหารแล้ว การย่อยตามธรรมชาติจะมีส่วนที่เหลืออยู่มากกว่า

เส้นใยช่วยลดอาการท้องผูกโดยเพิ่มจำนวนของการอาหารและทำให้อ่อนนุ่มเส้นใยช่วยลดอาการโรคกรดไหลย้อนได้ด้วย เส้นใยบางชนิด โดยเฉพาะเพคติน สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การกินอาหารเส้นใยสูงช่วยควบคุมน้ำหนักตัว เพราะปริมาณของเส้นใยทำให้อิ่ม อยู่แทนที่อาหารแคลอรีสูงอื่นๆ และลดการดูดซึมของอาหาร อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน และเส้นใยสูงจากอาหารพวกถั่วเมล็ดแห้ง และพวกข้าวต่างๆ มีประโยชน์ในการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างดี

มีการอ้างว่า เส้นใยมีผลต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ยังต้องการงานวิจัยสนับสนุนก่อนที่จะได้ข้อสรุปที่แน่นอน

แม้ว่าจะยังไม่ทราบหน้าที่ของเส้นใยอย่างแน่ชัดในกระบวนการย่อยและ ดูดซึมอาหารภายในร่างกาย แต่เมื่อสังเกตการกินอาหารของคนเราในปัจจุบันจะเห็นว่า มีเส้นใยในอาหารน้อยกว่า อาหารของคนสมัยก่อนมาก เราควรเพิ่มเส้นใยในอาหารพอประมาณปริมาณที่เหมาะสมที่ควรให้มีในอาหารแต่ละวันคือ ระหว่าง 25 – 50 กรัม เราอาจจะได้รับเส้นใยจำนวนนี้ได้ง่ายเมื่อกินอาหารข้าว แป้ง ที่ไม่ได้ขัดสีจนขาว เลือกอาหารจากพืชที่ยังไม่ผ่านกระบวนการแปรรูป กินข้าวที่ไม่ค่อยขาว กินผัก ผลไม้ทั้งเปลือก กินถั่วเขียว ถั่วเหลือง ข้าวโพด ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ผลิตภัณฑ์ที่ทำเป็นอาหารเช้าที่มีรำข้าว ชั้นนอกของข้าวต่างๆ (bran) ผสมอยู่ด้วยให้มากขึ้น

ถ้ากินเส้นใยมากเกินไปอาจจะระคายเคืองลำไส้ ทำให้ท้องขึ้นและขัดขวางการดูดซึมเกลือแร่ จนอาจทำให้มีอาการขาดเหล็ก แคลเซียม หรือ สังกะสีในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะเป็นผู้ที่กินอาหารที่มีเกลือแร่ค่อนข้างอยู่แล้ว

น้ำ

บุคคลวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะขาดน้ำมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว บุคคลวัยผู้ใหญ่ทั้งสองเพศดื่มน้ำน้อยกว่า ซึ่งอาจทำให้ร่างกายมีปริมาณน้ำน้อยกว่า บุคคลวัยผู้ใหญ่อาจมีความไวต่อความรู้สึกกระหายน้ำลดลง หรือไม่สะดวกที่จะหาน้ำมาดื่ม หรืออ่อนเพลียเกินกว่าจะดื่มทั้งๆที่มีน้ำอยู่ใกล้ตัว บางรายพยายามไม่ดื่มน้ำมาก เพื่อไม่ให้ต้องลุกเดินไปเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน ผู้ใหญ่บางคนมีสภาพร่างกายที่ต้องการน้ำเพิ่มขึ้น เช่นเมื่อกินอาหารโปรตีนสูง เป็นไข้ เหงื่อออกมาก อาเจียน ท้องเดิน หรือปัสสาวะบ่อย น้ำอาจจะช่วยลดอาการท้องผูก และ การดื่มน้ำมากๆ จะป้องกันการเกิดก้อนนิ่วในไต หรือ กระเพาะปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดขึ้นง่ายกับคนที่ต้องนอนหรือนั่งตลอดเวลา คนป่วยหนักและคนป่วยที่รับอาหารทางสายยางต้องได้รับน้ำมากๆ

ตามปกติจะมีสมดุลของน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและออกจากร่างกาย น้ำที่เข้าสู่ร่างกาย คือ น้ำในอาหารและเครื่องดื่ม ตลอดจนน้ำที่ร่างกายสร้างขึ้นจากการใช้อาหารจากปฏิกิริยาเผาไหม้(Oxidation) น้ำออกจากร่างกายทางปัสสาวะและอุจจาระ ถ้าท้องเสียจะเสียน้ำเพิ่มขึ้น และทางผิวหนังและปอด หลักง่ายๆ สำหรับตรวจสอบว่าได้รับน้ำพอหรือไม่ คือ ให้ดื่มเครื่องดื่มหรือ กินอาหารที่ทำให้ถ่ายปัสสาวะวันละ อย่างน้อย 1 ลิตร ถ้าผู้ใหญ่ส่วนมากได้ดื่มน้ำวันละ 6 แก้ว จะเพียงพอดังกล่าว มีงานวิจัยแสดงว่าบุคคลที่มีอายุ 65- 90 น้ำหนักตัวเฉลี่ย 60 กิโลกรัม ต้องการน้ำวันละ 5 แก้ว เพื่อรักษาสมดุลของน้ำ ในจำนวนนี้อาจจะได้รับจากอาหารครึ่งหนึ่ง จากเครื่องดื่มอีกครึ่งหนึ่ง

จากสภาพร่างกายเจ็บป่วยโดยโรคต่างๆหลายโรค จะมีอาการขาดน้ำลักษณะของการขาดน้ำจะมีอาการสับสน งุนงง หรือ ความถี่ของปัสสาวะเกิน 1.030 การชั่งน้ำหนัก

ตัวทุกคนจะบอกความรุนแรงของการขาดน้ำได้ วิธีการรักษาคือ ให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้นเพื่อให้เท่ากับจำนวนน้ำที่สูญเสีย

วิตามินและ เกลือแร่

กลุ่มนี้เป็นสารต่างๆ หลายอย่าง พวกวิตามินและ สารอินทรีย์ เกลือแร่เป็นสารอินทรีย์ สารเหล่านี้มีความจำเป็นต่อร่างกายในจำนวนน้อย

วิตามินมีหน้าที่ควบคุมระบบการนำสารอาหารไปใช้ในร่างกาย เกลือแร่ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลของน้ำ และ อิเลคโตรไลต์เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของเอนไซม์เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อและ สารประกอบในร่างกาย และมีส่วนร่วมในการทำงานของกล้ามเนื้อและ ประสาทวิตามิน และ เกลือแร่ไม่ให้งาน แต่ทำหน้าที่ช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน

วิตามินต่างๆ แบ่งออกเป็น พวกที่ละลายในไขมัน หรือ ละลายในน้ำ วิตามินที่ละลายในไขมัน คือ วิตามิน เอ ดี อี และ เค ละลายอยู่ในไขมันในพืชและสัตว์ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายพร้อมกับไขมัน เมื่อสิ่งใดก็ตามขัดขวางการดูดซึมของไขมัน เช่นยาที่ลดโคเลสเตอรอลน้ำมันแร่ หรือ การถ่ายไขมันออกทางอุจจาระ อาจทำให้เกิดการขาดวิตามินเหล่านี้ ร่างกายสะสมวิตามินที่ละลายในไขมันได้ ไม่อาจขับถ่ายออกได้โดยง่าย จึงมีอันตรายถ้าสะสมไว้มากเกินไปเมื่อได้กินมากเกินไป

วิตามินที่ละลายน้ำ คือ วิตามิน ซี ไบโอะมิน ไบโอฟลาวิน และกลุ่มวิตามินบีต่างๆ ไม่อาจสะสมอยู่ในร่างกายในจำนวนมากได้ จะถ่ายออกทางปัสสาวะโดยง่าย จึงไม่มีปัญหาเรื่องพิษสะสมของวิตามินที่ละลายน้ำ แต่ถ้ากินวิตามินพวกนี้มากเกินไปอาจจะมีผลเสีย ถ้าผู้ที่มีอายุมากแล้วจะเป็นอันตรายได้โดยง่าย ถ้าการทำงานของไตลดลง

เกลือแร่ แบ่งออกตามปริมาณที่ร่างกายต้องการ เป็นกลุ่ม เกลือแร่ที่ร่างกายต้องการในจำนวนมากเกินกว่า 100 มิลลิกรัม และกลุ่มเกลือแร่ที่ร่างกายต้องการในจำนวนน้อยมาก กลุ่มที่ร่างกายต้องการในจำนวนน้อยมากนี้ ถ้าได้รับมากเกินไปมักจะมีพิษ จึงไม่ควรนำมาเสริมในอาหาร นอกจากนี้สารอาหารเหล่านี้ยัง เกี่ยวข้องและ ขัดขวางกับสารอื่นๆ ในการทำงาน การได้รับการได้รับในจำนวนมากเกินไปอาจทำให้เสียสมดุลนี้

บุคคลวัยผู้ใหญ่จำนวนมากซื้อวิตามินและ เกลือแร่กินเป็นประจำ สิ้นเปลืองเงินจำนวนมาก คนส่วนมากซื้อวิตามินตามคำแนะนำของญาติมิตร มากกว่าได้รับคำแนะนำจากแพทย์ บางคนก็ซื้อมากินเอง การซื้อวิตามินและ เกลือแร่มากิน ถ้ากินในจำนวนน้อย นับว่าเป็นประโยชน์ เพราะเมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่กินอาหารวันละ 1800 ถึง 2000 แคลอรีอาจจะได้รับวิตามินและ เกลือแร่ น้อยกว่าที่ควรจะได้รับ แคลเซียมและวิตามินในกลุ่มวิตามินบีจะเป็นสารที่ขาดมากที่สุด ถ้าบุคคลวัย

ผู้ใหญ่มีโรคประจำตัว กินยาบางอย่างเป็นประจำ หรือ พยายามลดน้ำหนักอาจจะมีโอกาสขาดสารอาหารมากขึ้น ถ้าซื้อวิตามิน-เกลือแร่ ที่มีจำนวนสารต่างๆ เพียงเท่าที่นักโภชนาการแนะนำให้ได้รับใน 1 วัน หรือ น้อยกว่าจำนวนที่ควรได้รับ จะเป็นการเสริมให้อาหารครบถ้วน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่ควรใช้วิตามิน – เกลือแร่เสริมนี้แทนแล้วเลิกกินอาหารที่มีประโยชน์ ควรใช้เป็น เพียงการเสริมเพื่อความมั่นใจว่าได้รับเพียงพอและต้องระวังไม่กินวิตามิน-เกลือแร่เสริมในจำนวนมากเกินไป เช่น เกินกว่า 10 เท่าของประมาณ 1 วันหรือ น้อยกว่าจำนวนที่ควรได้รับ จะเป็นการเสริมให้อาหารครบถ้วน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่ควรใช้วิตามิน –เกลือแร่เสริมในจำนวนมากเกินไป เช่น เกินกว่า 10 เท่าของปริมาณที่ควรได้รับ เว้นแต่แพทย์จะแนะนำเป็นกรณีพิเศษ และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ตลอดเวลา

การที่บุคคลวัยผู้ใหญ่ได้รับอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย อาจทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้หลายอย่าง อันเกิดจากการกินอาหารมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ซึ่งอาจเกิดจากความไม่รู้เรื่องโภชนาการดีพอ หรือ เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เพื่อช่วยให้บุคคลวัยผู้ใหญ่สามารถเลือกกินอาหารด้วยวิธีง่ายๆ เพื่อได้รับสารอาหารทุกชนิดที่ร่างกายต้องการ โดยให้เลือกกินอาหารกลุ่มต่างๆ 6 กลุ่มคือ นม เนื้อสัตว์ ข้าว ผัก ผลไม้ และ ไขมัน โดยแบ่งเป็นอาหารอย่างน้อย 3 มื้อ มื้อเช้า กลางวัน เย็น ให้แต่ละมื้อมีเนื้อสัตว์ ประมาณ เศษหนึ่งส่วน สี่ถ้วย หรือ ประมาณ 50 กรัม ข้าวมีธัญพืชครึ่งถ้วยถึงหนึ่งถ้วย ผักสดและผักสุกผสมกันมื้อละครึ่งถ้วย ผลไม้ประมาณเท่าส้มเขียวหวานมื้อละหนึ่งผล ไขมันเท่าที่ใช้ปรุงอาหาร นอกนั้นควรได้ไขมันวันละอย่างน้อยหนึ่งแก้ว อาจใช้นมพว่องมันเนยหรือนมขาดมันเนยเพื่อลดไขมันที่อิ่มตัว พยายามรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ ถ้าจะเพิ่มหรือลดน้ำหนักเพื่อให้ได้น้ำหนักมาตรฐาน ควรเพิ่มหรือลดทีละน้อย ไม่เกินสัปดาห์ละหนึ่งกิโลกรัม ลดน้ำหนักด้วยการลดอาหารไขมันและ น้ำตาล เพิ่มผลไม้และผัก เพิ่มน้ำหนักด้วยการเพิ่มแป้งและข้าวเพียงมีธัญพืช

พฤติกรรมหลักเสี่ยงสุขภาพที่เป็นโทษ

โลกตกอยู่ในสภาวะอันตราย ในจำนวนประชากร 6,000 ล้านคน หลายล้านคนตายจากการขาดแคลนอาหาร น้ำ และความมั่นคงในชีวิต ประเทศที่กำลังพัฒนาประสบกับภาวะเกี่ยวข้องกับความยากจน การขาดสารอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ขาดแคลนน้ำสะอาด ขาดการสุขาภิบาล และสุขอนามัย ขาดธาตุเหล็ก และการสัมผัสเขม่าควันและเชื้อเพลิงภายในบ้าน ในขณะเดียวกันก็ประสบกับการบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะ บุหรี่ และสุรา ปัจจัยเสี่ยงจากระดับความดันโลหิต และปริมาณไขมันในเลือดสูงเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการบริโภคยาโดยไม่ได้สั่งโดยแพทย์ผู้ชำนาญโรค ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

สุรา

การดื่มสุรา เป็นปัญหาที่สำคัญของบุคคลวัยผู้ใหญ่ ปัญหาเริ่มตั้งแต่การดื่มมากเกินไปเป็นครั้งคราวไปจนถึงการดื่มจนติด อาจเป็นการดื่มมากเมื่อมีงานเลี้ยง การดื่มเพื่อให้ออนหลับ การดื่มเพื่อให้ตื่น ไปจนถึงการดื่มมากจนหมดสติเมื่อดื่มมาก ถึงแม้การดื่มที่กล่าวมานี้ยังไม่ถึงกับเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง แต่การดื่มจนทำให้ไม่สามารถครองสติได้ หรือ เกิดความรู้สึกไม่สบายบ่อยๆ นับว่าเป็นอันตราย เรียกว่าเกิดอันตรายจากแอลกอฮอล์แล้ว (อมรรัตน์ เจริญชัย. 2535: 40-56) การดื่มแอลกอฮอล์มากจนเป็นอันตรายมักเกิดเมื่ออายุเริ่มย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เมื่ออายุใกล้ 40 ปี และจะมีอีกกลุ่มหนึ่งอายุ 65 ถึง 74 ปี กลุ่มแรกอาจเริ่มดื่มมากตั้งแต่อายุ 20 กว่าๆ พวกที่ติดเหล้าเมื่อสูงอายุมากจะเริ่มมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความชรา เมื่อเกิดความทุกข์ เหงา ไม่มีงานทำ เป้อหน่วย หมดฐานะ ยศตำแหน่ง และมีรายได้ลดลง ผู้ที่เป็นอันตรายจากแอลกอฮอล์มีอาการแสดงออกเพียงอย่างเดียวคือ ไม่ปฏิบัติตามกิจต่างๆ ได้ เมื่อมีอาการพิษแอลกอฮอล์หลังจากมีปัญหาใหญ่ในชีวิต เช่น การเกษียณอายุการทำงาน สูญเสียคู่สมรส หรือ เจ็บป่วย ครอบครัวผู้ใกล้ชิดอาจจะโทษว่าเกิดจากความแก่ หรือ ความเครียด ถ้าบุคคลผู้นี้แสดงอาการมากขึ้น มีอาการสับสน ซึ่ลืม ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือ มีกรดยูริกในเลือดสูงผิดปกติ ควรเริ่มสงสัยว่าดื่มมากเกินไปแล้ว

การเมาเหล้า อาการที่เกิดจากอดเหล้า และพิษของแอลกอฮอล์ ผสมกับฤทธิ์ยา ร่วมกับโรคประจำตัว เช่นโรคหัวใจ ความดันสูง หรือ ท้องขึ้น อาจเป็นอันตรายต่อบุคคลวัยผู้ใหญ่ถึงชีวิต ผู้ที่ติดเหล้าอาจจะตายตั้งแต่อายุยังไม่มาก ตั้งแต่ยังอายุไม่ถึง 65 ปี สำหรับคนที่ดื่มจัดอาจจะแก่ตั้งแต่อายุเพียง 50 ปี

ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้มีอายุที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้น้อยลง เมื่อผสมกับฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ จะทำให้ล้มและถูกไฟไหม้น้ำร้อนลวกได้ง่ายขึ้น การลดความว่องไวทางสมองผสมกับฤทธิ์แอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดความสับสนมึนงง การเริ่มมีโรคความดันผสมฤทธิ์แอลกอฮอล์ อาจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการก่อนจะเป็นโรคเบาหวานผสมฤทธิ์แอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการเบาหวานเต็มที และอาการไม่สบายใจเล็กน้อย ผสมกับฤทธิ์แอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดอาการเศร้าหมองอย่างมาก

ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหาร แต่บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะมีอันตรายมากขึ้น เมื่อมีแอลกอฮอล์ในเลือด เนื้อเยื่อไม่อาจใช้และเก็บสะสมอาหารได้ตามปกติ โรคกระดูกอ่อนซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าผู้หญิงเข้าสู่วัยชราจะพบในชายวัยกลางคนที่ดื่มมาก บุคคลวัยผู้ใหญ่จะเป็นอันตรายจากพิษของแอลกอฮอล์ง่ายกว่าคนวัยหนุ่มสาว และเพียงดื่มแต่น้อยก็มีอาการอันตราย ถ้ามีอาการโรคตับ มีการเจ็บป่วย และขาดสารอาหารจะทำให้พิษของแอลกอฮอล์

ค้างอยู่ในเลือดนานกว่าปกติ คนที่กินอาหารไม่ถูกต้องและดื่มแอลกอฮอล์ด้วยจึงจะเกิดอันตรายต่ออวัยวะและมีผลร้ายต่อการทำงานของร่างกาย

เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มีแคลอรี แต่ให้สารอาหารต่างๆ น้อยมาก แอลกอฮอล์ 1 กรัม ให้ 7.1 กิโลแคลอรี ตารางที่ 9 แสดงแคลอรีในเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่ไม่เท่ากับอาหารอื่นๆ ที่ให้พลังงาน เพราะการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในตับ เป็นกระบวนการที่ไม่ได้ใช้พลังงานทั้งหมด เมื่อแคลอรีจากแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นมักจะได้อาหารน้อยลง คนที่ติดเหล้าบางคนอาจจะผอมลงเพราะกินอาหารไม่เป็นเวลา หรือ ไม่กินอาหารเมื่อดื่มสุรา หรือ ทานที่ดื่มแล้วแอลกอฮอล์มักจะทำให้เบื่ออาหาร นอกจากมีอาการเมาแล้วยังอาจมีอาการเศร้าซึม สับสนหรือจัด มีอาการโรคกระเพาะและลำไส้ โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและ โรคตับ

เอธิลแอลกอฮอล์หรือ อีเทนอลผสมน้ำได้ง่ายมากจึงไม่ต้องย่อย เป็นสารที่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ทุกเซลล์ในร่างกายจะเป็นอันตราย ทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดคอ กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กจะระคายเคือง เกิดแผลและมีเลือดออก แอลกอฮอล์อาจทำให้ตับอ่อนสร้างน้ำย่อยมากขึ้น แต่ไม่อาจหลั่งออกไปยังทางเดินอาหาร ทำให้เกิดโรคตับอ่อน อักเสบ จะปวดท้อง ท้องขึ้น และอาเจียน และ ทำให้ร่างกายดูดซึมกรดอะมิโน และ ไขมันได้ลดลง

แอลกอฮอล์ทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ทำให้ท้องเดิน สำหรับผู้สูงอายุที่ดื่มจัดท้องเดินบ่อยๆ หรือท้องเดินเรื้อรัง อาจทำให้ร่างกายขาดน้ำ ร้อยละ 90 ของแอลกอฮอล์ที่ดื่มทั้งหมดไปยังตับ ซึ่งทำหน้าที่ทำลายและขับออก แอลกอฮอล์ขัดขวางการทำงานของตับ ถ้าดื่มมากเกินไปตับอาจเสียหายกว่าจะแก้ไขได้ ไม่ว่าจะดื่มเท่าไร ตับจะทำลายได้ช้าลงจนอันตราย ถ้าดื่มมาดนี้ 2 แก้ว จะต้องใช้เวลา 3 ชั่วโมง จึงจะล้างแอลกอฮอล์ออกจากเลือดให้หมด ไม่เร็วช้ากว่านี้ไม่ว่าจะออกกำลังดื่มกาแฟดำ หรือ อาบน้ำเย็น

การดื่มสุราขัดขวางการเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่ในร่างกาย การดูดซึมสังกะสีจะลดลงและการขับถ่ายเพิ่มมากขึ้น ถ้าเกิดแผลแล้วจะหายช้าลง การขับถ่ายแมกนีเซียมจะมากขึ้นผิดปกติ ทำให้มีอาการโรคหัวใจที่เกิดจากการขาดโพแทสเซียมรุนแรงขึ้น คนที่ดื่มไวน์มากจะได้รับเหล็กมากขึ้น การได้รับเหล็กมากเกินไปอาจจะเป็นอันตรายต่อตับ ผู้ใหญ่ผู้ชายจึงไม่ควรกินวิตามินเสริมเหล็ก

บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราเป็นประจำอาจขาดวิตามินเพราะ สาเหตุต่างๆ ได้แก่ การกินอาหารน้อยลง การดูดซึมผิดปกติ การขับถ่ายเพิ่มมากขึ้น และ การสังเคราะห์การทำงานของวิตามินในร่างกายได้ผลลดลง ทำให้ความต้องการวิตามินสูงขึ้น

การวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ติดสุรามีผู้ขาดกรดโฟลิก โพแทสเซียม ไพรดอกซิน กรดแพนโทเทนิก และ โคบาลามิน อาจมีความบกพร่องในการเปลี่ยนแปลงของวิตามินดี ในร่างกายทำให้กระดูกพรุนหรือ หักเนื่องจากการใช้แคลเซียมลดลง

เนื่องจากตับทำหน้าที่ทำลายพิษแอลกอฮอล์ เซลล์และหน้าที่ของอวัยวะนี้จึงเป็นอันตรายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ ตับจะใช้พลังงานจากแอลกอฮอล์แทนที่จะใช้พลังงานจากไขมัน ทำให้หยุดการเผาผลาญไขมัน มีไขมันสะสมในตับ ขัดขวางการทำงานของตับและเกิดโรคตับ โรคตับจะมีอันตรายต่อร่างกายทุกส่วน แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ตับไม่อาจทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงกรดอะมิโน เกิดการสะสมกรดอะมิโนในตับ การสร้างโปรตีนอื่นๆ เช่น แอลบูมิน และ ทรานสเฟอริน ต้องหยุดลง

แอลกอฮอล์ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงของกลูโคส ทำให้อ่อนเพลีย อารมณ์ไม่ดี การเคลื่อนไหวร่างกายไม่คล่อง มีอาการสั่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน และ สับสนซึ่งอาจเข้าใจผิดว่าเป็นอาการเมา อาการหมดสติเพราะพิษสุราอาจเป็นอาการขาดกลูโคส ถ้าไม่ได้รับกลูโคส ทันเวลาอาจตายหรือสมองเป็นอันตราย

เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก จะมีสาร lactate เกิดขึ้นมาก ร่างกายจะเร่งขับถ่ายออกจนไม่ขับกรดยูริกออกเท่าที่ควร ทำให้คนที่ดื่มน้ำมีกรดยูริกสูง.

บุคคลวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ดื่มจัดจะมีไขมันในตับมาก จะมีอาการเริ่มแรกมีไขมันในตับ จนเป็นโรคตับอักเสบและเป็นโรคตับแข็ง การแก้ไขเรื่องโภชนาการจึงเป็นหลักในการรักษาโรคตับที่เกิดจากพิษสุรา นอกจากการควบคุมให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาดและ การรักษาอาการที่เกิดจากการหยุดดื่มแล้ว จะต้องแก้ปัญหาอาการขาดสารอาหาร คนที่เป็นโรคตับอักเสบ เพราะพิษแอลกอฮอล์จะมีอาการขาดอาหารเรื้อรัง มีผลทำให้ความต้านทานโรคต่ำ ติดโรคง่าย ต้องได้รับอาหารที่มีโปรตีนเพียงพอประมาณวันละ 60 ถึง 100 กรัม และเสริมวิตามินและเกลือแร่ควรให้อาหารไขมันต่ำ ถ้ามีอาการโรคดีซ่าน หรือ ขาดน้ำดีที่เป็นสิ่งสำคัญในการย่อยไขมัน สำหรับคนที่เป็นโรคตับแข็งจะต้องการโปรตีนสูง ไขมันต่ำ แคลอรีพอเพียง และ เสริมวิตามิน และ เกลือแร่

การกินยาบางชนิด

บุคคลวัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มที่ใช้ยามาก ทั้งซื้อกินเองและตามแพทย์สั่ง มีทั้งยาแก้ปวดยาช่วยย่อย ยานอนหลับ ยาถ่าย ตลอดจนยาบำรุงต่างๆ ซึ่งอายุมากขึ้นยิ่งใช้ยามากชนิดขึ้นเมื่ออายุมากบุคคลวัยผู้ใหญ่จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอาจจะใช้ยาหลายชนิดพร้อมๆกัน มักจ่ายเงินค่ายาจำนวนมาก

ผู้สูงอายุจะแพ้ยามากกว่าคนหนุ่มสาว เมื่ออายุเกิน 65 แล้ว จะแพ้ยามากกว่าพวกอายุไม่ถึง 29 ถึง 7 เท่า คนชราอายุเกิน กว่า 80 ปี ทุกคนจะเคยแพ้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งนอกจากนั้นถ้ามีอาการขาดสารอาหารจะเกิดอันตรายจากการมีผลขัดกันระหว่างยากับอาหารมากขึ้น

ยาและอาหารจะมีผลต่อร่างกายขัดกันได้เสมอ ยาอาจมีผลต่ออาหารหรือ อาหารที่เข้าสู่ร่างกายแล้วอาจเปลี่ยนแปลงผลของยา ในบุคคลวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะต้องคิดถึงผลของยา

และ อาหารเป็นพิเศษ เพราะบุคคลในวัยนี้จะมีการขาดสารอาหารและอาจจะขาดน้ำทำให้เกิดอันตรายมากขึ้น

ยาหลายชนิดเมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่กินแล้วอาจทำให้เกิดอาการขาดสารอาหารหรือทำให้สภาพร่างกายที่ขาดสารอาหารอยู่แล้วเลวลง ยาอาจทำให้รับรสอาหารได้ผิดปกติ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป ขัดขวางการดูดซึมอาหารหรือ การขยับถ่ายสารอาหาร เมื่อตรวจร่างกายบุคคลวัยผู้ใหญ่จึงต้องสอบถามประวัติการกินยา

ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุบางรายอาจจะกลืนสารดูดความชื้นในขวดยา ที่ผู้ผลิตยาใส่ไว้เพื่อป้องกันยาเสียเพราะความชื้น อาจเป็นเพราะการหลงลืม หรือ เพราะสายตาไม่ดี ผู้ใหญ่บางคนกลืนสารดูดความชื้นไปขวางทางเดินอาหาร

อาหารอาจจะขัดขวางการทำงานของยาได้หลายวิธี อาจจะขัดขวางการดูดซึม การเปลี่ยนแปลง และการขยับถ่ายยา สารอาหารบางอย่างมีลักษณะคล้ายยาในร่างกาย และ อาจจะเร่งหรือ ขัดขวางการทำงานของยาหรืออาจจะมีลักษณะคล้ายยาต่อเมื่อกินยาอีกอย่างหนึ่งเข้าไป เมื่ออาหารผสมกับยา การดูดซึมยาอาจจะเร็วขึ้น อาจจะไม่เปลี่ยนแปลง หรือ อาจจะช้าลง วิตามินที่ละลายในไขมันจะซึมเข้าสู่ร่างกายได้ดีที่สุดเมื่อกินอาหารมีไขมันอยู่ด้วยมากๆ ยาบางอย่างดูดซึมได้ดีเมื่อกินพร้อมกับอาหาร ยาบางอย่างจะดูดซึมได้น้อยลงถ้ากินพร้อมกับอาหาร อาหารบางอย่างเมื่อกินมากๆ อาจมีผลคล้ายคลึงกับยาหรือขัดขวางการทำงานของยา แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาจะต้องถามผู้ป่วย ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุถึงยารักษาโรค และยาบำรุงที่ใช้อยู่ประจำ เมื่อซื้อยากินเองเป็นประจำ สิ่งที่ต้องระวังสำหรับบุคคลวัยผู้ใหญ่คือยาที่มีแอลกอฮอล์ และมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งจะมีอันตรายสำหรับคนที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ โรคเบาหวาน ตลอดจนผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในบุคคลวัยผู้ใหญ่ ทั้งฝ่ายแพทย์ และ ฝ่ายคนป่วยจะต้องระมัดระวังเรื่องของยาที่บุคคลวัยผู้ใหญ่ได้รับทั้งยาที่ซื้อมากินเอง และ ยาที่แพทย์สั่ง จะต้องพิจารณาอาหารที่กินอยู่เป็นประจำ ตลอดจนโรคประจำตัว ซึ่งจะมีผลเกี่ยวข้องกัน

บุหรี่

การสูบบุหรี่ เป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโลกในปัจจุบัน โรคภัยอันเกี่ยวเนื่องมาจากการสูบบุหรี่อาจบั่นทอนและลดอายุของผู้สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยแล้ว 5-10 ปี คนยาสูบมีส่วนผสมของสารต่าง ๆ มากกว่า 4,000 ชนิด ส่วนผสมเหล่านี้มากกว่า 30 ชนิด เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ สารมากกว่า 10 ชนิดทำให้เกิดมะเร็ง เช่น ทาร์ ฟีนอล ครีซอล และเบนโซไพรีน เป็นต้น อีก 10 กว่าชนิดเมื่อสูดเข้าไปจะเป็นพิษ และระคายเคืองต่อหลอดลม และถุงลม ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง

โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่

1. โรคมะเร็งปอด เกิดจากสารมีพิษในบุหรี่ คือ “ทาร์” อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดในผู้สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอัตราส่วนสูงกว่าถึง 110: 1 หากแพทย์ตรวจพบเชื้อในระยะแรก และได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้หมดจะยังมีโอกาสหายขาดได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมาพบแพทย์ และวินิจฉัยได้ ระยะทำการรักษาหรือผ่าตัดให้หายขาดได้

2. โรคหัวใจ และหลอดเลือด เกิดจากสารนิโคตินในบุหรี่ ซึ่งเป็นสารที่มีพิษ และอันตรายทำให้หัวใจ หลอดเลือด กระเพาะอาหาร ลำไส้ และระบบประสาททำงานผิดปกติ ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เกิดการระคายเคืองต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และเกิดภาวะหลอดเลือดทั่วปอดตัว อัตราการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในชายที่สูบบุหรี่จะมีมากกว่าในชายที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 60-70 และในหญิงที่สูบบุหรี่ซึ่งรับประทานยาคุมกำเนิดด้วยจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นอกจากหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่รับประทานยาคุมกำเนิดถึง 10 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองอุดตันเป็นอัมพาต หลอดเลือดตามแขนขาอุดตันเป็นแผลตามผิวหนังจากการขาดเลือด และมีการสะสมของไขมันตามผนังของหลอดเลือดขนาดกลาง และใหญ่

3. โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่พบบ่อยมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคนี้ก็คือ การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เหนื่อยง่าย เมื่อเป็นแล้วไม่มีทางที่แพทย์จะรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นมากขึ้นจะทำอะไรไม่ไหว แม้จะอาบน้ำหรือหิวผมก็เหนื่อย ต้องดมออกซิเจนรอความตายอย่างทรมานในระยะสุดท้าย ถ้าเลิกสูบบุหรี่ได้อาจทำให้อาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด

4. โรคแผลในกระเพาะอาหาร ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารมากขึ้นเป็น 2 เท่า ในพวกที่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้มีภาวะไม่สมดุลในการหลั่งของกรด และ ด่างในกระเพาะมากขึ้น

5. ผลร้ายต่อเด็กในครรภ์ และทารก มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์

5.1 ทารกเล็กกว่าปกติ และน้ำหนักตัวเด็กเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่

5.2 ระยะเวลาการตั้งครรภ์สั้นลง มีผลทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนด และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก

5.3 อัตราการแท้งสูงขึ้น และค่อนข้างจะเรียนรู้ช้ากว่าปกติ

5.4 โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรเพิ่มขึ้น

5.5 มีความพิการแต่กำเนิด

5.6 การหลังน้ำนมจะลดคุณภาพของน้ำนม โดยมีสารเคมีซึ่งไม่จำเป็นที่
ต้องการไปสู่เด็ก

ดังนั้นการที่คนเราหายใจเอาควันบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ อาจทำให้เกิดการ
ระคายเคืองต่อตา และหลอดลม ทำให้น้ำตาไหล และไอได้ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่สูดควันบุหรี่เข้าไป
ทำให้เกิดอันตรายเท่ากับเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เอง และที่ร้ายกว่านั้นการสูบบุหรี่ของบิดามารดาในบ้านอาจ
ทำให้ลูกที่สูดควันบุหรี่โดยไม่ตั้งใจเกิดโรคทางปอด และสมรรถภาพปอดของเด็กเสื่อมได้

พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

บุคคลในครอบครัวแต่ละครอบครัวจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อความสมบูรณ์
ของร่างกาย โดยเฉพาะพฤติกรรมเรื่องการรักษาและการปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคล โดย
การศึกษาหาความรู้และปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่ดี เช่น การหัดนอนให้เป็นเวลา ตื่นเป็นเวลา
รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน เป็นต้น ควรจัดกิจวัตร
ประจำวันเพื่อจะได้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและเป็นแบบอย่างแก่บุคคลในครอบครัว ดังนั้นการ
ประเมินสุขภาพส่วนบุคคลของตนเองจะเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้มีสุขภาพดีที่
ยั่งยืนตลอดไป การประเมินสุขภาพส่วนบุคคล ควรประกอบด้วยรายละเอียดต่อไปนี้ (ภิญโญ วิทวัส
ชุตติกุล; และคณะ. 2546: 70-71)

1. ความสะอาดส่วนบุคคล
2. การกินอาหารที่มีประโยชน์
3. การพักผ่อนให้เพียงพอ
4. การออกกำลังกายที่ถูกต้อง
5. การออกกำลังกายพอสมควร
6. การรู้จักรักษาความสะอาดของบ้านเรือนของตน
7. การทำจิตใจให้ผ่องใส
8. การรู้จักป้องกันอุบัติเหตุ
9. การควบคุมและหาทางป้องกันโรคติดต่อ
10. การตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ
11. การสวมเสื้อผ้าและใช้ของใช้ที่สะอาด และจัดเก็บให้เป็นระเบียบ
12. การมีความรู้เกี่ยวกับการที่จะรักษาสุขภาพพลามัยให้แข็งแรง

การได้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพและสวัสดิภาพ จะช่วยให้บุคคลมีความตระหนักรู้และสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่จะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

1. ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดโรคควรฉีดวัคซีนป้องกันโรค
2. รักษาความสะอาดของใช้ต่างๆ
3. ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย
4. ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
6. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร หลังจากถ่ายอุจจาระ และก่อนเตรียม

อาหาร

7. ติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ
8. ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วย
9. ทำลายเชื้อโรคให้ถูกวิธี
10. กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค
11. การควบคุมสุขาภิบาล อาหาร น้ำดื่ม น้ำนม
12. จัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ
13. ให้ความรู้เกี่ยวกับภัยและการป้องกัน เช่น ความปลอดภัยในที่พักอาศัย ความ

ปลอดภัยในการจราจร

14. การจัดความปลอดภัยในทุกรูปแบบ เช่น ความปลอดภัยในโรงเรียน ในบ้าน

ในชุมชน

พฤติกรรมออกกกำลังกาย

การออกกกำลังกาย นับเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งโดยเฉพาะในยุคปัจจุบันนี้ การออกกกำลังกายจะทำให้มนุษย์มีความแข็งแรง อุดทน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้คล่องแคล่ว ว่องไว มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในวัยผู้ใหญ่การออกกออกกำลังกายยังช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยให้การงานของระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น มีสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น เช่น ระบบการย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบประสาท การออกกออกกำลังกายที่จะมีผลดีต่อสุขภาพนั้น จะต้องทำให้เหมาะสมแก่วัย เพศ และสภาพร่างกาย ดังพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า “การออกกออกกายนั้น ทำน้อยเกินไป ร่างกายและจิตใจ

ก็เขา ถ้าทำมากเกินไปร่างกายและจิตใจก็จะซ้ำ” ร่างกายจะแข็งแรงดีอยู่เสมอ ถ้าออกกำลังกายอย่างถูกต้อง พอดี และสม่ำเสมอ (กรมอนามัย. 2545: 45)

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2525: 37) ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ คือ การที่เราทำให้อวัยวะได้ใช้แรงหรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัว เพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การวิ่ง การทำงานหรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายแต่ละกิจกรรมร่างกายต้องใช้กำลังงานมากน้อยไปตามลักษณะของงานนั้นว่าจะมากน้อย หรือหนักเบาแค่ไหน

โรม วงศ์ประเสริฐ (2537: 59-60) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหมายถึง การดำรงรักษาสมรรถภาพร่างกาย รักษาสุขภาพที่ดีแล้วมิให้ลดถอยลง การปรับปรุงสมรรถภาพ สุขภาพที่ทรุดโทรมให้ดีขึ้นและการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายจากโรคบางอย่าง การออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาสมรรถภาพร่างกาย สุขภาพพลานามัยในแง่เวชศาสตร์ การป้องกันรักษาสุขภาพ

มนู วาทีสุนทร (2541: 5) กล่าวว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายชนิดที่เสริมสร้างความสมบูรณ์ของร่างกายด้านความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จึงมีเป้าหมายที่แตกต่างกับการออกกำลังกายในการเล่นกีฬา ที่เน้นความสนุกสนานเพลิดเพลินและแข่งขันเป็นสำคัญ และต่างจากการออกกำลังกายในการทำงานหรือในกิจวัตรประจำวัน ที่ถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงในคนที่มีสุขภาพปกติหรือไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ สำหรับคนที่มียปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นโรคอันเนื่องมาจากการขาดการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนหรือไขมันสูง การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันการเกิดโรคและบางครั้งอาจจะใช้เป็นวิธีการรักษาโรคเหล่านี้ได้อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังการออกกำลังกายยังเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญของการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายอันเป็นผลจากการเกิดโรคหรือภัยอันตรายที่ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพอีกด้วย ด้วยเหตุนี้การออกกำลังกายจึงมีความสำคัญและความจำเป็นกับทุกคน ในการปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นจะต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกาย ควรเรียนรู้ถึงว่าควรจะออกกำลังกายนานและหนักเท่าไรจึงจะเพียงพอที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

สมชาย ดุรงค์เดช (2543: 66-67) กล่าวว่า การออกกำลังกายทำได้หลายแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ เช่น

1. การออกกำลังกายเพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลิน (Recreation Exercise) จะเป็นการออกกำลังกายโดยการเล่นเพื่อสนุกสนาน มิได้เน้นผลกระทบบที่จะเกิดขึ้นแก่ร่างกาย โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อการสังคัม ได้พบเพื่อนแต่อาจมีผลกระทบต่อความแข็งแรงของร่างกาย ขึ้นอยู่กับผู้ออกกำลังกายและวิธีการเล่น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป สามารถทำได้หลายแบบ เช่นการบริหารร่างกาย โดยการเกร็งกล้ามเนื้อ โดยไม่เคลื่อนไหว (Isometric Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยไม่เคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนใดเลย ไม่ว่าจะเป็นลำตัว แขน ขา หรือ กระดูก เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือ หลายมัดสักครู่แล้ว คลายเกร็งใหม่ หรือ ออกแรงผลักดันวัตถุที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น การผลักฝายหนึ่งเพื่อให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ การเกร็งกล้ามเนื้อแบบไม่เคลื่อนไหวอวัยวะ หากทำเป็นประจำก็จะเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้นได้ แต่ไม่เกิดประโยชน์อะไรต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนั้นยังอาจเกิดโทษด้วย เพราะการเกร็งกล้ามเนื้อ เช่น การกำอะไรไว้ในมือนานๆ เพียงไม่กี่นาทีอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นมาได้ โดยเฉพาะคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ก็จะเป็นอันตรายไม่ควรออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ โดยไม่เคลื่อนไหวอวัยวะ

2. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป (General Fitness Exercise) อย่างหนึ่งที่นิยมกันมากคือ การลดน้ำหนัก (Isotonic หรือ Isophasis Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อพร้อมกับการเคลื่อนไหวอวัยวะ แขน ขา หรือ ข้อต่างๆ เช่น พกยกน้ำหนัก เป็นการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ โดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อโตขึ้นแข็งแรงขึ้น รวมถึงการบริหารร่างกายต่างๆ เช่นการออกกำลังกายแบบรำมวยจีน ซึ่งถ้าทำอย่างถูกต้องแล้วจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพไม่น้อย แต่ถ้าทำไม่ถูกวิธีแม้จะออกกำลังกายให้เหนื่อยเพียงใดก็ไม่มีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

3. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของหัวใจและปอดที่มีการส่งเสริมและได้รับการยอมรับว่าได้ผลดี คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกาย ที่ทำให้ร่างกาย เพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน ทำให้มีผลกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น ปอด หัวใจ ขณะออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน จะทำให้ร่างกายใช้พลังงานสูงขึ้น หัวใจและปอดทำงานมีประสิทธิภาพขึ้น และมีประโยชน์ต่อร่างกายมากมาย

ภิญโญ วิทวัสชุตikul และคณะ (2546: 76-77) ได้แบ่งการออกกำลังกายที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ช่วยให้การทำงานของระบบหัวใจ ระบบการไหลเวียนของโลหิตและปอดทำงานได้ดี เช่น การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน การเดินแอโรบิก

2. การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นในช่วงระยะสั้นๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เช่น การวิ่งแข่ง

3. การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความแข็งแรงและทนทาน (strength and endurance) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้โครงสร้างและกล้ามเนื้อแข็งแรงและคงทน ได้แก่ การฝึกยกน้ำหนักและการเพาะกาย

4. การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดการยืดหยุ่น (stretching activities) เป็นการออกกำลังกายเพื่อฝึกการยืดหยุ่นของข้อต่อ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและข้อต่อ เช่น การโยคะ กิจกรรมเข้าจังหวะ รำไทเก็ก เป็นต้น

กิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมควรเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้เล่นรู้สึกสนุกสนาน เบิกบานใจ และรู้สึกเพลิดเพลิน การเลือกกิจกรรมหรือกีฬาที่เหมาะสมกับตนเองมีหลักในการเลือกดังนี้

1. เล่นได้สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

2. เลือกตามประโยชน์ของการออกกำลังกาย เช่น สมรรถภาพด้านแอโรบิก ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น การประสานงานของอวัยวะต่างๆ

3. เลือกตามจุดมุ่งหมาย เช่น หากชอบพบปะผู้คนก็ควรเลือกกิจกรรมกีฬาที่เล่นกันเป็นกลุ่ม หรือต้องการการประสานงานของอวัยวะต่างๆ ได้ดี เลือกการเดินร่ำ กิจกรรมเข้าจังหวะ ถ้าต้องการภาวะอิสระสบายๆ เลือกการวิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน หรือเดินทางไกล เป็นต้น ถ้าต้องการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วยให้รูปร่างดีขึ้น ลำตัวจะแน่นกระชับและดูเพรียว เลือกการยกน้ำหนัก เป็นต้น

กรมอนามัย (2545: 45-47) ได้ให้แนวคิดในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลวัยผู้ใหญ่มีร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อขา ลำตัว แขน ให้มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หรือเหนื่อยอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-60 นาที แล้วแต่ความเหนื่อยนั้นมากหรือน้อย ถ้าเหนื่อยมากก็ใช้เวลาสั้น แต่ถ้าเหนื่อยน้อยก็ใช้เวลามากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย คือ มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความแข็งแรงอดทนของการทำงานของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต กล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น ข้อต่อ และ ส่งผลให้ร่างกายมีความแข็งแรง เพิ่มความต้านทานของการเกิดโรค ช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือด ฯลฯ

วิธีการออกกำลังกาย มีขั้นตอนซึ่งเปรียบเสมือนรถยนต์ จะมีระยะการออกตัว ระยะขับ และระยะการผ่อน การออกกำลังกายก็เหมือนกัน ต้องมีระยะการอบอุ่นร่างกาย ระยะการฝึกฝน และระยะผ่อนคลายเป็นร่างกายตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงขั้นตอนของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง

ลำดับ ที่	ระยะหรือ ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างกิจกรรม	เป้าหมายอัตรา การเต้นของหัวใจ	ระยะ เวลา
1	อบอุ่น ร่างกาย	เพื่อเตรียมความพร้อม ให้ร่างกายปรับการ ทำงานของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น หัวใจ ปอด และระบบการไหลเวียน เลือด	เดินเร็ว กายบริหาร หรือ การเคลื่อนไหวที่ ช้า และค่อยๆ เพิ่ม ความเร็วขึ้น และยืด เหยียดกล้ามเนื้อเอ็น และปรับความอ่อนตัว ของข้อต่อ	ปกติ 100 ครั้ง ต่อนาที	5-10 นาที
2	ฝึกฝน หรือ ช่วง แอโรบิค	เพื่อให้เกิดความอดทน ของปอด หัวใจ และ ระบบไหลเวียนโลหิต หรือฝึกการทำงานของ หัวใจ	เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่าย น้ำ ถีบจักรยาน เต้น แอโรบิค โทเก็ก ซี่ก เล่นกีฬา ฯลฯ	120-130 ครั้ง ต่อนาที	20- 60 นาที
3	ผ่อนคลาย ร่างกาย	เพื่อปรับการทำงานของ ร่างกายในช่วงฝึกที่ ทำงานเกินปกติให้เข้าสู่ ภาวะปกติ	เดิน กายบริหาร หรือ เคลื่อนไหวให้ช้าลง และยืดเหยียด กล้ามเนื้อ เอ็น และ ข้อต่อ	100-ปกติ	5-10 นาที

ปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงการออกกำลังกายแนวใหม่ เพื่อเป็นการปรับให้เข้ากับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน พบว่าการทำงานที่มีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายในงนบ้าน งานอาชีพ หรืองานอดิเรก ก็สามารถส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้ควรเป็นการเคลื่อนไหวออกกำลัง ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยในระดับปานกลาง (55-69% Maximun Hart rate) และทำแต่ละครั้งนาน 8-10 นาที รวมทั้งวันควรให้ได้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ซึ่งจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มความแข็งแรงให้แก่หัวใจได้ กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินมากขึ้นขณะทำงาน หรือระหว่างเดินทางไปทำงาน การกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ขุดดิน ปลูกต้นไม้ ฯลฯ

ตาราง 2 ตัวอย่างกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้เพื่อการพัฒนาสุขภาพ

กิจกรรมงานบ้าน/อาชีพ/อดิเรก	ระยะเวลาที่ควรใช้
1. เช็ดถูบ้าน	40-60 นาที
2. ซักผ้าด้วยมือ	45-60 นาที
3. ล้างเช็ด และขัดรถ	45-60 นาที
4. ทำสวน ขุดดิน	30-45 นาที
5. หมุนล้อรถเข็นขณะนั่งในรถเข็น	30-40 นาที
6. คราดหญ้า โกยหญ้า กวาดหญ้า	30-40 นาที
7. เดินขึ้นบันได	15 นาที

การฝึกกายบริหารเพื่อผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ ก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยให้ระบบไหลเวียนของโลหิตทำงานดีขึ้น ทำให้มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว ควรได้มีการฝึกทุกวัน คือก่อนและหลังการตื่นนอนและทุกครั้งที่จะออกกำลังกาย โดยวิธีการฝึก ควรฝึกอย่างช้าๆ และทำกระทั่งรู้สึกว่าการยืดตึงอย่างเต็มที่และนั่งหรือค้างอยู่ ในท่านั้น 10-20 วินาที แล้วจึงเปลี่ยนท่า

คุณลักษณะประการหนึ่งของการบรรลุถึงความเป็นผู้ใหญ่ (Adult Status) ได้แก่ความแข็งแรง เข้มแข็ง ความอดทน และความสูงของร่างกายของผู้ใหญ่นั้นเอง ทั้งนี้เพราะว่าภาระหน้าที่ของผู้ใหญ่ ในชีวิตประจำวันจะขึ้นอยู่กับสุขภาพ พลานามัยทางร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติหน้าที่การทำงานประจำ หรือ กิจกรรมในยามว่าง อาทิจานอดิเรก หรือ การเล่นกีฬาก็ตาม ซึ่งผู้ใหญ่บางคนก็กำหนดตารางของกิจกรรม ประจำวันในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายไว้ชัดเจน เช่นการวิ่งเพื่อสุขภาพ (Jogging) การเต้นแอโรบิก (Acrobic) การว่ายน้ำ เล่นเทนนิส เล่นแบดมินตัน หรือเล่นกอล์ฟ เป็นต้น อย่างไรก็ตามจะมีคนในวัยผู้ใหญ่บางกลุ่มไม่ค่อยเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการออกกำลังกายมากนัก เพราะว่าเขาอยู่ในกลุ่มที่ต้องใช้พลังกำลังในการทำงานประจำ ได้แก่ ผู้ใช้แรงงานทั้งหลาย เช่น เกษตรกร กรรมกรรับจ้าง พนักงานบริการ พนักงานขายของ คนงานก่อสร้าง ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเขาก็ได้ปฏิบัติงานหลักเป็นการส่งเสริมสุขภาพของร่างกายอยู่แล้ว สำหรับข้อบกพร่องที่สำคัญก็คือ บางครั้งบุคคลกลุ่มนี้ไม่ได้ออกกำลังกายครบทุกส่วน ของร่างกายรวมทั้งบางครั้งก็เกิดอาการบาดเจ็บในอวัยวะส่วนที่ทำงานหนักมากเกินไป ตัวอย่างเช่น พวกกรรมกรแบกข้าวสารอาจจะหลังงอได้เมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้เพราะกระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักมากเกินไป

ทั้งนี้จะได้กล่าวถึงความเข้มข้นในสมรรถภาพของความสามารถในช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี อายุระหว่าง 30 – 40 ปี อายุระหว่าง 40 – 60 ปี ซึ่งเป็นผลจากการวิจัยของ มาแชลล์ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. 2538: 60-61; อ้างอิงจาก Marshall. 1973)

ในช่วงวัย อายุระหว่าง 21-30 ปี ร่างกายจะบรรลุถึงจุดสุดยอดทางด้านความว่องไว และความกระฉับกระเฉง จึงนับว่าเป็นวัยที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับนักกีฬาที่จะประสบความสำเร็จในการใช้พลังกำลัง เช่น ในการแข่งขันกีฬาโอลิมปิก นับเป็นระยะเวลาที่เข้มข้นของกล้ามเนื้อยังคงเพิ่มพูนขึ้นเรื่อยๆ ในเพศชาย แต่ไม่สามารถจะเพิ่มขึ้นได้อีกแล้วในเพศหญิง ในสภาวะที่มีการออกกำลังกายก็จะเพิ่มความแข็งแรงให้ยืนยาวออกไป กล้ามเนื้อต่างๆจะผลิตกรดแลกติก (Lactic Acid) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้มากขึ้นในปอดด้วย

สำหรับอุปสรรคที่จะมาขัดขวางความเข้มข้นคือ การไม่มีเวลาที่จะประกอบกิจกรรมทางด้าน การออกกำลังกาย เพราะว่าภารกิจประจำวันที่ต้องปฏิบัติอยู่จนไม่มีเวลาว่าง นอกจากนั้นการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง (High-Calorie) ที่เคยประพฤติมาในช่วงวัยรุ่นจะไม่มีเวลาจำเป็นอย่างยิ่งแล้ว ทว่าบุคคลส่วนมากก็มักจะเคยชินกับนิสัยในการบริโภคอาหารมากเหมือนเดิม จึงทำให้เริ่มจะมีอาการอ้วน และน้ำหนักเริ่มมากเกินไปได้

พอเข้าช่วงอายุระหว่าง 30 – 40 ปี เป็นช่วงเวลา 10 ปี ที่เริ่มสูญเสียความว่องไวลงไปบ้าง เนื่องจากเกิดการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อไปข้อเข่าต่างๆ และข้อต่อทั้งหลาย (Joints) ก็จะทำให้ลดความกระฉับกระเฉงลงไปด้วย อย่างไรก็ตามสมรรถภาพในการใช้ออกซิเจนเพื่อการทำงานของปอดก็ยังคงเหมือนเดิม ความเข้มข้น และความอดทนยังคงที่ แต่ก็ค่อยๆ ลดลงในความยืดหยุ่นของเส้นโลหิตใหญ่ จึงทำให้เส้นโลหิตเริ่มตีบลง จนเป็นผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ สำหรับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ก็ทำให้มีความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพอื่นๆตามมาได้

ในช่วงอายุระหว่าง 40 -60 ปี การเสื่อมถอยของความเข้มข้นในพลังกำลังจะเห็นได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้นในระหว่างอายุช่วงนี้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเริ่มลดลงและยากที่จะสามารถรักษาความเข้มข้นไว้ได้ การเคลื่อนไหวจะใช้เวลานานกว่าเดิม และกว่าจะเสร็จสิ้นภารกิจก็จะใช้เวลานานยิ่งขึ้น การออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดออกซิเจนเข้าไปสู่ปอด และเส้นโลหิตจะมีประสิทธิภาพลดน้อยลง รวมทั้งกล้ามเนื้อก็จะลดประสิทธิภาพในการทำงานลง เกี่ยวกับคนในวัยนี้ มาร์แชลล์ได้กล่าวไว้ดังนี้

คนในช่วงอายุ 50 กว่าปีนั้น สามารถใช้พลังกำลังได้อย่างมากที่สุดไม่เกิน 60% ของอัตราความสามารถสำหรับคนอายุ 40 เท่านั้น ตลอดจนประสิทธิภาพในการทำงานของปอด เพื่อการชักฟอกอากาศและการไหลเวียนของโลหิตก็ลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว” ปัญหาและอุปสรรคของการเคลื่อนไหวในกิจกรรมต่างๆ ทำให้คนในวัยนี้ชอบจะใช้ชีวิตส่วนมากอยู่ในท่านั่ง (Sedentary Life) เป็นส่วนใหญ่หรือมากกว่า ในวัยก่อนหน้านี และเมื่อชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ไม่ค่อยจะได้ทำกิจกรรมที่จะใช้

พละกำลังด้วยแล้ว ก็ย่อมจะทำให้ความคล่องแคล่วว่องไวหายไปเกือบหมด คนวัยนี้จึงไม่ค่อยเต็มใจที่จะมีกิจกรรมด้านพละกำลัง ซึ่งก็ยิ่งทำให้กล้ามเนื้อและความเข้มแข็งลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ

ดังนั้นการออกกำลังกายจึงนับว่าเป็นพฤติกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะทำให้ร่างกายของวัยผู้ใหญ่มีความแข็งแรง อุดทน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้คล่องแคล่ว ว่องไว มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีชีวิตยืนยาวและเป็นสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย โดยทำการศึกษาพฤติกรรมทางด้านสังคมไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์ทางการแพทย์ เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งเป็นตัววัดการดูแลสุขภาพของประชากรไทยได้ โดยเป็นการให้คะแนนในแต่ละพฤติกรรมแล้วนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง ลักษณะทั่วไป มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง เกือบ 1 ใน 3 มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในระดับสูง และมีเพียงเล็กน้อยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าเกือบ 2 เท่าของผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขต-เทศบาล (ร้อยละ 42.0 และร้อยละ 23.8 ตามลำดับ) ประชากรในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง รองลงมา คือภาคใต้ ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนต่ำที่สุด 5 จังหวัดแรกที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี รองลงมาคือ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสงขลา จังหวัดยะลา และจังหวัดระนอง สำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ 5 จังหวัดแรก ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู รองลงมาคือจังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงราย จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดศรีสะเกษ

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาศักยภาพและความต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง ของชุมชนชนบทในประเทศไทย โดยสำรวจชุมชนภาคต่างๆ โดยการสุ่มอย่างเป็นขั้นตอน รวม 10 หมู่บ้าน สัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลสำคัญในชุมชน 49 คน และสัมภาษณ์ หัวหน้าครอบครัว 439 คน ผลการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยในชุมชนประกอบด้วย โรค /อาการทางระบบหายใจร้อยละ 23.8 ระบบทางเดินอาหารร้อยละ 20.3 ระบบกล้ามเนื้อข้อ และโรคกระดูกร้อยละ 15.9 รวมทั้งโรคเรื้อรัง เช่นความดันโลหิตสูง เวียนศีรษะ เบาหวาน ร้อยละ 10.9 ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้ถ้าเป็นเล็กน้อย จะปล่อยให้หายเองหรือรับประทานยา ถ้าเป็นมากจะรับประทานยาและไปหาแพทย์ มีการฉีดยา รดน้ำมนต์ร่วมด้วย การดูแลสุขภาพ ให้แข็งแรงในเด็กจะออกกำลังกาย รักษาความสะอาด

ในผู้สูงอายุและหญิงตั้งครรภ์จะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ผู้ใหญ่ให้ทำงานและรักษาความสะอาด การเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นอาการทางระบบหายใจ เช่น หวัด ไข้หวัด ปวดศีรษะ เจ็บคอ อาการทางระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดเมื่อย ปวดข้อ เมื่อเจ็บป่วย จะไปรักษาที่สถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ในหมู่บ้านใกล้เคียง คือ โรงพยาบาล ร้อยละ 50.3 สถานีอนามัยร้อยละ 18.6 คลินิก ร้อยละ 17.5 มีการดูแลตนเองด้วยการซื้อยาจากร้านขายยา ร้อยละ 7.9 และ ไปศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ร้อยละ 5.1 นอกจากนี้ยังมีการดูแลรักษา โดยเพื่อนบ้านและลูกหลาน โดยการให้ยารับประทาน ร้อยละ 77.9 ฉีดยา ร้อยละ 11.3 การดูแลตนเองด้านบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี การออกกำลังกาย การพักผ่อนและ การนอนอยู่ในระดับไม่ดี มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ทำความสะอาดรอบ ๆ บ้าน สำหรับการป้องกันโรค ด้วยการตรวจร่างกาย ตรวจเจาะเลือด ตรวจความดันโลหิต เอ็กซเรย์ปอด และตรวจหาเซลล์มะเร็ง อยู่ในระดับไม่ดี

พัชรินทร์ ขวัญชัย และคณะ (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก จากกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 125 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20 -59 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยพบพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่าด้านป้องกันโรคอยู่ในเกณฑ์พอใช้ได้เท่านั้น และมีหลายเรื่องอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจฟัน การตรวจหาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การตรวจเอ็กซเรย์ปอดประจำปี และการตรวจหามะเร็ง สำหรับด้านอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีบางเรื่องอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีและพอใช้ ได้แก่ การออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี การรับประทานอาหารตรงเวลา การติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจเช็คความดันโลหิต การสวมเครื่องป้องกันอันตรายในขณะทำงาน การแยกเครื่องใช้เมื่อมีผู้เจ็บป่วยเป็นโรคที่ติดต่อได้ในบ้าน การดื่มน้ำตาลเกลือแร่ เมื่อกินกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ (2536: บทคัดย่อ) ศึกษาภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของ หญิงวัยกลางคน อายุ 40 – 59 ปี ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มคนตัวอย่าง 212 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภคนิสัยยังไม่ถูกต้อง คือ ไม่ควบคุม อาหารที่รับประทานกัน มีการออกกำลังกายน้อย ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่รับสารต่างๆ ที่ ก่อให้เกิดอันตราย เช่น ยาชุด ยาแก้ปวด ยานอนหลับ สารพิษต่างๆ และมักไม่ตรวจ สุขภาพ

สมบัติ พันธุ์คง; และคณะ. (พัชรินทร์; และคณะ. 2541: 14, อ้างอิงจาก สมบัติ พันธุ์คง; และคณะ. 2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแล ตนเองของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร จากกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 338 คน จาก 200 โรงเรียน ใน 13 เขต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี ร้อยละ 50.01 เป็น

เพศหญิงร้อยละ 82.5 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.2 สภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.2 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 88.8 รายได้มากกว่า 9,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 60.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุช่วง 40 – 50 ปี จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุช่วง 21-30 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในด้านศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

กชกร ไพรรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ คลินิกคลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 326 คน ซึ่งเลือกแบบบังเอิญ ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

นุชลี ศรีเมือง (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีอายุ 45-59 ปี จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536: 74-75) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 402 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลกในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องการหายใจ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมือง และผู้สูงอายุในเขตชานเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมืองของเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก

อุษณี แสงสุข (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา

พบว่าข้าราชการครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเป็นความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพใครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย ระบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้าน และให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพราะเพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ เพศหญิงมีความรู้สึกรู้ว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 26-27)

ค่านิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องหาเลี้ยงครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษามากกว่าผู้หญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) หญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากส่วนใหญ่ชายมีพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงกว่าหญิง เช่นการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา เป็นต้น

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล นำมาคิดพิจารณาตัดสินใจ การกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่สุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) ความแตกต่างในการศึกษามีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น สัดส่วนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงจะสูงขึ้นตามไปด้วย คือในกลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษา มีสัดส่วนต่ำที่สุดคือร้อยละ 12.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.7 ในระดับประถมศึกษา และสัดส่วนเพิ่มสูงสุดที่การศึกษาระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 64.0) กชกร ไพรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรม

ดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน

ช่วงของวัยผู้ใหญ่กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ช่วงของวัยผู้ใหญ่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล วนลดา ทองใบ (2540: 164) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงาน สตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543: 92) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูปฐมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า อายุที่ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 รายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) กล่าวว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพมีลักษณะผกผันกับอายุ กล่าวคือในกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนการดูแลสุขภาพในระดับสูงถึงร้อยละ 37.1 แต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นสัดส่วนนี้จะค่อยๆ ลดลง กชกร ไพรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับของ อุษณี แสงสุข (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สุขภาพ คู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะมีความรัก และความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีความอดทน และให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง สนับสนุนให้มีพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีทางสุขภาพ จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโสดมีสัดส่วน

ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือผู้ที่กำลังสมรส (ร้อยละ 26.1) ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ คือ ม่าย หย่า และแยกกันอยู่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง กชกร ไพรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

รายได้ต่อเนื่องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารได้พอเพียง ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้รับอาหารได้อย่างเพียงพอ ตลอดจนเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ ยุพดี กรรพวุฒิ (2543: 94) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูปฐมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ครูที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ กชกร ไพรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รายได้ของครอบครัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

4. จิตลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การที่บุคคลสามารถดูแลรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตน ย่อมมีประโยชน์ต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) การพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality Life Development) และเชื่อมโยงถึงการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Health care delivery system) ทั้งนี้ เพราะ บุคคลต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะต่าง ๆ ที่สั่งสมมาในการตัดสินใจในสถานการณ์ ที่ตนกำลังเผชิญอยู่

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้(Learned Behavior) ไม่ได้เกิดจากสัญชาตญาณหรือปฏิกิริยาสะท้อนกลับของระบบประสาทและมนุษย์จะแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับตนการเรียนรู้แนวทางในการรักษาสุขภาพแห่งตน เริ่มตั้งแต่ที่บ้านและครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยการเรียนรู้ทางสังคมหน่วยแรก ต่อมาก็ผ่านระบบโรงเรียน ที่ทำงาน และสื่อมวลชน

การปลูกฝังแนวทางการกระทำพฤติกรรมที่มีการเน้นย้ำเตือนในรูปลักษณะที่คล้ายคลึงกันทั่วประเทศผ่านระบบการศึกษา คือ การสอนสุขศึกษา และประชาชนทุกคนในประเทศที่ผ่านระบบการศึกษากว่าครึ่งหนึ่งจะได้รับกระบวนการศึกษาดังกล่าว แม้ว่าการให้การศึกษาทางด้านสุขภาพอนามัยโดยผ่านระบบโรงเรียนจะมีการกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 6 ปี แต่แนวทางนี้จะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล หรือไม่ เป็นที่น่ากังขา เพราะการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ผล และวิธีการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ อาจไม่ส่งผลผลักดัน ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลขึ้นได้ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 52-53)

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538: 16-17) ได้นำเสนอทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ ซึ่งแสดงถึงสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมที่น่าพึงปรารถนาของคนไทย พฤติกรรมของคนดี คนเก่ง รวมถึง พฤติกรรม การรักษาสุขภาพอนามัย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล โดยกล่าวว่า การเป็นคนที่มีสุขภาพกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตดี รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม การเป็นผู้มีสติปัญญาดี มีความเฉลียวฉลาด รับการศึกษาและมีทักษะในการประกอบอาชีพเป็นที่พึงของตนเองและครอบครัว และการเป็นผู้มีศีลธรรมจริยธรรมอันดีงาม ก่อประโยชน์แก่ส่วนรวม ช่วยพัฒนาประเทศได้นั้นต้องเป็นบุคคลที่มีองค์ประกอบทางจิต 3 ประการ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมอีก 5 ประการ เพื่อนำไปประกอบเป็นต้นไม้อัจฉริยะ ลักษณะพื้นฐานทางจิต 3 ประการที่เป็นรากแก้วของต้นไม้อัจฉริยะ

1. สติปัญญาความเฉลียวฉลาด การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง แม่นยำรู้จักคิดแบบนามธรรม

2. การมีสุขภาพจิตดี มีความวิตกกังวลน้อย หรือมีอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับเหตุการณ์

3. ประสพการณ์ทางสังคมสูง คือ เป็นการรับรู้ได้เห็นเกี่ยวกับสภาพการดำเนินชีวิต อุปสรรคและปัญหาความยากความต้องการของคนประเภทต่าง ๆ ในสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมของคนเหล่านี้เพื่อให้ทราบว่า การกระทำของตนจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางกายภาพและสังคมของคนเหล่านี้เพื่อให้ทราบว่า การกระทำของตนจะส่งผลทั้งทางดีและทางไม่ดีแก่ผู้อื่นได้อย่างไร

ส่วนจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ซึ่งเป็นลำต้นของต้นไม้อัจฉริยะประกอบด้วย

1. ความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นลักษณะของการไม่เห็นแก่ตัว แต่เห็นแก่พวกพ้อง หรือประโยชน์ส่วนรวม ประเทศชาติ มนุษยชาติ และหลักการ

2. ลักษณะการมุ่งอนาคตและการควบคุมตน คือการรู้จักการคาดการณ์ไกล สามารถอดได้รอได้ หรือสามารถควบคุมบังคับตนเองได้ทั้งในที่ลับและที่แจ้ง คือ ทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้อื่น โดยบุคคลจะต้องสามารถรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนทำดี แม้ผู้อื่นไม่รู้เห็นก็ไม่สำคัญ

3. ความเชื่ออำนาจภายในตน ซึ่งเป็นลักษณะความเชื่อว่าผลที่เกิดกับตนส่วนใหญ่ เป็นเพราะการกระทำของตนมากกว่าจะเกิดจากความบังเอิญ โชคเคราะห์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดลบันดาล

4. มีทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อพฤติกรรม คือ เป็นลักษณะการมองเห็นคุณค่าประโยชน์และคุณค่าของการกระทำพฤติกรรม เกิดความพอใจที่พร้อมจะทำพฤติกรรม

5. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง คือ เป็นลักษณะการยอมรับที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ มุมานะบากบั่นฝ่าฟันอุปสรรคในการทำงาน หรือแก้ปัญหาจนประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตน จิตลักษณะทั้ง 8 ประการ ที่หลอมรวมเป็นลำดับ และรากแก้วของต้นไม้จริยธรรมจะผลิดอกออกผล อันหมายถึง พฤติกรรมการเป็นคนแกร่ง คนเก่งและคนดี

ในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง และป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ นั้น จะต้องประกอบด้วยลักษณะพื้นฐานทางจิตใจ คือการเป็นผู้มีสติปัญญา ในการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ ด้านสุขภาพและการมีประสบการณ์ทางสังคม ซึ่งลักษณะพื้นฐานทางจิตใจทั้ง 2 ประการนี้บุคคลจะได้รับจากการศึกษาซึ่งได้มีการกล่าวรายละเอียดในตอนต้นแล้ว ส่วนจิตลักษณะต่าง ๆ ที่ควรมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้แก่

1. การเห็นประโยชน์ของการมีสุขภาพดี ซึ่งหมายถึงการมีทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

2. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของบุคคล เกิดการรับรู้ต่อผลการตอบแทนการกระทำของบุคคลว่าเป็นผลมาจากตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น

3. การคาดการณ์ไกล คิดถึงผลของการมีสุขภาพดีในระยะยาว ซึ่งหมายถึงลักษณะการมุ่งอนาคต ซึ่งจิตลักษณะทั้ง 3 ประการนี้ จะกระทำหน้าที่ต่อเนื่องจนเกิดผลตามเป้าหมาย คือ การมีสุขภาพดี แข็งแรงปราศจากโรค (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 52-53)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาลักษณะ 2 ตัว ได้แก่สุขภาพจิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางจิต เป็นรากแก้วของต้นไม้จริยธรรม การที่บุคคลมีสุขภาพจิตดี จะทำให้รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สามารถดูแลสุขภาพของตนให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ได้อยู่เสมอ และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ซึ่งเป็นลำดับต้นของต้นไม้จริยธรรม เป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่ง

ในการกำหนดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่ง ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ผลการตอบสนองการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น

สุขภาพจิตกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ

มนุษย์ดำเนินชีวิตอยู่ได้ ต้องอาศัยกายและจิตเป็นเครื่องจักรกลปฏิบัติการกิจประจำวันให้ดำเนินและลุล่วงไปด้วยดี ทั้งนี้เป็นที่เข้าใจกันว่า กายและจิตใจจะต้องปกติ ถ้าส่วนของร่างกายหรืออวัยวะระบบใดก็ตามผิดปกติ การดำเนินชีวิตของมนุษย์ก็จะผันผวน ในทำนองเดียวกัน ถ้าจิตผิดปกติ การดำเนินชีวิต ก็ย่อมจะบกพร่องเช่นกัน และที่สำคัญยิ่งไปกว่านี้คือ ความผิดปกติทางกายจะสะท้อนจิต ความปั่นป่วนทางจิตก็จะสะท้อนกายด้วย

ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยอวัยวะมากมายหลายสิบระบบ แต่ละระบบทำงานเกี่ยวพันกันอย่างซับซ้อนลึกซึ้ง สมอซึ่งเป็นที่ตั้งแห่งจิตหรือมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของจิต เป็นอวัยวะที่ซับซ้อนที่สุดของมนุษย์ จิตประกอบด้วยความสามารถในการรับสัมผัสทั้งห้า สติปัญญา ความจำ ความคิด อารมณ์ และปัญหาพฤติกรรมของมนุษย์ (มุกดา สุขสมาน. 2537: บทนำ)

เรื่องสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุดเรื่องหนึ่ง จากสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การเพิ่มจำนวนของประชากร การทำธุรกิจล้มเหลว เพราะภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ อีกทั้งสภาพแวดล้อมถูกทำลายจนทำให้ภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เช่น น้ำในแม่น้ำเน่าเสีย ไม่มีอากาศบริสุทธิ์ที่ได้จากธรรมชาติแบบสมัยเก่า อากาศเต็มไปด้วยควันพิษที่ถูกพ่นออกมาจากท่อไอเสียของรถชนิดต่างๆ บนท้องถนน และบรรยากาศก็มีเสียงดังของเครื่องยนต์รถที่จอดหรือวิ่งบนถนนตลอดเวลา ซึ่งล้วนก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม เพื่อเพ่งเป็นการระบายความเครียดหรือความวิตกกังวลดังกล่าว เช่นการสูบบุหรี่จัด การดื่มสุรา ดังนั้น สุขภาพจิตจึงมีความสำคัญยิ่งเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยจะเน้นในเรื่องการป้องกัน จึงเห็นได้ว่าสุขภาพจิตมีผลโดยตรงทั้งต่อความอยู่ดีมีสุขของทุกคนในครอบครัว ความสงบสุขของสังคม ความเจริญก้าวหน้าของประเทศ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ ทุกคนจึงควรบำรุงรักษาสุขภาพจิตของตนให้ดีอยู่เสมอ การรู้จักผ่อนคลายอารมณ์ต่างๆ เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ชีวิตเป็นระเบียบแบบแผนขึ้น โดยเฉพาะเวลาที่โกรธ กลัดกลุ้มใจ หรือวิตกกังวลใจ ก็ผ่อนคลายความตึงเครียดลงเสียบ้างก็จะช่วยให้ชีวิตของคนเรามีความสุขขึ้น มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (ลักขณา สรวิวัฒน์. 2544: 80-81)

ความหมายของสุขภาพจิต (Mental Health)

คณะกรรมการองค์การอนามัยโลก เป็นผู้ตั้งคำว่า สุขภาพจิต (Mental Health) ขึ้นและให้นิยามว่า สุขภาพจิตนั้นไม่ได้หมายความว่าไม่เป็นโรคจิตโรคประสาทเท่านั้น แต่หมายความว่า ผู้มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี ผู้ใดอยู่ในสังคมด้วยความเดือดร้อนไม่เรียกว่าผู้นั้นมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ มีนักปราชญ์หลายคนให้ความหมายของสุขภาพจิตแตกต่างกันไป เช่น ดร. ลิม แห่งมหาวิทยาลัยฟิลิปปินส์ ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต หมายถึง มีความพอใจตนเองมีความสุขพอใจผู้อื่นและดำเนินชีวิตด้วยความปีติ (จุฑาพร เพ็งชัย. 2535: 2-3)

กรมการแพทย์ (2529: 3) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง และเสริมว่าในการดำเนินชีวิตบุคคลย่อมต้องเผชิญความทุกข์ ความตึงเครียด ความไม่พอใจ ความผิดหวัง แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถแก้ปัญหา หรือผ่อนปรน และหาทางออกที่เหมาะสม

กองสุขภาพจิต (2532: 1) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าคือสภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ สภาพของจิตใจจะมีความสมบูรณ์เพียงใด ดูได้จากความสามารถในเรื่องต่อไปนี้

1. การกระชับมิตร หมายถึง ความสามารถในการผูกมิตรและความเป็นมิตรนั้นได้ รวมทั้งความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข
2. พินิจอุปสรรค หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหา และปรับตัวให้อยู่ได้ หรือก่อประโยชน์ได้ ในท่ามกลางความเป็นอยู่และความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม
3. รู้จักพอใจ หมายถึง ความสามารถในการทำให้ยอมรับในสิ่งที่อยากได้ อยากเป็นเท่าที่เป็นอยู่จริง ได้ด้วยความสบายใจ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530: 6) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารุณี อมรทัต (2529: 140) ได้กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ภาวะจิตใจที่เป็นสุขสงบ มีอารมณ์แจ่มใส มั่นคง สามารถคิดทำและพัฒนาเติบโตตามวัยได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ สามารถเรียนรู้ ปฏิบัติงาน พิจารณาเหตุผล ตัดสินใจแก้ปัญหา และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง

สภาพการณ์ต่างๆ ได้ ตลอดจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ การงานทั้งต่อตนเองและต่อสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

ละออ หุตางกูร (2521: 2) กล่าวว่า “สุขภาพจิตเป็นภาวะของบุคลิภาพ ซึ่งแสดงออกโดยพฤติกรรมของบุคคล เราจะแยกว่าสุขภาพจิตของผู้ใดสมบูรณ์หรือไม่นั้นทำได้ไม่ถนัด เพราะเป็นลักษณะของสิ่งที่ไม่ใช่วัตถุ ไม่มีรูปร่างให้เปรียบเทียบ แต่ต้องอาศัยสมมติการ (Base on Ideas) ลักษณะที่สมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ของสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับความแตกต่างในความคิดเห็นของชนแต่ละหมู่ ซึ่งต่างชาติต่างภาษา ต่างลัทธิศาสนา ต่างขนบธรรมเนียมประเพณีหรือต่างวัฒนธรรมบุคคลที่มี

หลักเกณฑ์การพิจารณาลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี

สำหรับแนวความคิดในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น จากแนวความคิดของนักจิตวิทยาหลายท่าน พอจะกล่าวได้โดยการพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความเข้มแข็งแห่งอารมณ์คือ เป็นบุคคลที่สามารถต่อสู้ เผชิญปัญหาในชีวิต โดยไม่ทำให้บุคคลอื่นเดือดร้อน ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีลักษณะความคิดในเชิงสร้างสรรค์ ไม่ยอมท้อถอย เผชิญปัญหาเพื่อให้ประสบความสำเร็จ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและบุคคลอื่น ตลอดจนถึงสังคม มองตนเองได้อย่างถูกต้องจนเข้าใจถึงเอกลักษณ์และศักยภาพของตนเอง สามารถสร้างความเจริญให้เกิดขึ้นกับตนเอง มีฉบับในการพัฒนาตนเอง มีบุคลิภาพที่ผสมผสานกลมกลืนได้แก่ กระบวนการความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่สอดคล้องกัน สามารถควบคุม มีอำนาจเหนือสิ่งแวดล้อม สามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ เผชิญกับสถานการณ์และแก้ไขปัญหาได้สรุปแล้วหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีนั้น มีดังนี้(ลักขณา สิริวัฒน์. 2544: 83-84)

1. ความรู้สึกต่อตนเอง
 - 1.1 ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆ จนรบกวนตนเองมากนัก
 - 1.2 เมื่อเกิดความผิดหวังสามารถควบคุมได้
 - 1.3 เข้าใจตนเองถูกต้อง ยอมรับข้อดีหรือข้อบกพร่อง
 - 1.4 มีความนับถือตนเอง
 - 1.5 สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ รู้สาเหตุแห่งปัญหา รู้วิธีแก้ไข
 - 1.6 มีความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ได้
 - 1.7 สนองความต้องการของตนในทางที่ถูกที่ควร
2. ความรู้สึกต่อผู้อื่น
 - 2.1 ให้ความรักแก่คนอื่นเป็น

- 2.2 เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น คบหาสามารถกับคนอื่น ๆ ได้
- 2.3 ไว้วางใจไม่หวาดระแวง มีสัมพันธภาพอย่างราบรื่น
- 2.4 ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 2.5 ไม่ผลักดันให้คนอื่นตามใจตนเอง และไม่ยอมให้ตนเองตามใจคนอื่น
- 2.6 ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ เป็นได้ทั้งผู้นำและผู้ตาม
- 2.7 รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของคณะ มีความรับผิดชอบต่อบุคคลทั่วไป

3. ความสามารถในการดำเนินชีวิต

- 3.1 สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้เป็นอย่างดี
- 3.2 วางแผนในการดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต
- 3.3 สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้และทำสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น
- 3.4 มีสิทธิและรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด
- 3.5 ยอมรับความเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ใหม่ๆ และแนวความคิดใหม่ๆ
- 3.6 ใช้ความสามารถเต็มที่ในการทำสิ่งต่างๆ และพึงพอใจในการกระทำ
- 3.7 วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตได้

ที่สุด

ละออ หุตางกูร (2521: 2) กล่าวว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น ได้แก่ ผู้ที่ประกอบด้วยสมบัติต่อไปนี้คือ

1. มีความสบายใจเกี่ยวกับตนเอง เช่น ไม่เดือดร้อนกังวลว่าตนเองด้อย ไม่เก่ง ไม่สวย ไม่ถูกไม่ดี เป็นต้น
2. สามารถดำเนินชีวิตไปได้ โดยเรียบร้อยในสังคมและใช้พลังที่เหลือจากการต่อสู้เพื่อความสมดุลแห่งชีวิตตนมาทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ด้วย

จตุพร เพ็งชัย (2535: 4) กล่าวว่า ผู้ที่มีลักษณะสุขภาพจิตดี” เป็นบุคคลที่มีความคิดดีหรือการคิดทางบวก การคิดดี คือการมองสิ่งที่เป็นปัญหาอย่างมีเหตุผล มองเห็นประโยชน์และส่วนดีที่จะนำไปใช้ได้ เช่น พ่อแม่ที่เห็นว่า ลูกเกเร เมื่อคิดทางบวกว่าการเกเรเป็นสัญญาณเตือนภัยที่แสดงว่าเด็กต้องการความเข้าใจ ความสนใจและความรัก การสื่อความหมายด้วยการพูดไถ่ถาม รับฟัง เข้าใจ เห็นใจ ให้อภัย พฤติกรรมเกเรก็จะค่อยๆ หายไป ส่วนลักษณะบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จึงเป็นบุคคลที่มีคิดในไม่ดีหรือคิดทางลบ การคิดไม่ดีหรือการคิดที่จะนำความทุกข์มาสู่ตนและคนอื่น วิตกกังวลที่ยังไม่เกิดขึ้น ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ดูถูกตนเอง จดจำเฉพาะเรื่องไม่ดี คิดว่าคนอื่นเลวร้ายกว่าตนเองและความคิดทางลบนี้จะนำไปสู่การกระทำที่ปราศจากเหตุผล

ฉะนั้นบุคคลที่มีร่างกายภายนอกดูแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีโรคภัยเบียดเบียนนั้น อาจจะไม่มีสุขภาพจิตที่ดีก็ได้ ถ้าบุคคลนั้นไม่รับผิดชอบตนเอง หลีกเลี้ยงงานในหน้าที่ อาจถือว่าได้ว่ามีสุขภาพจิตที่ไม่ดี

จึงสรุปได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรมีลักษณะดังนี้

1. ต้องไม่มีอาการทางจิตหรือทางประสาท กล่าวคือ ไม่แสดงอาการอยู่ไม่สุข เช่น มีการขยับมือขยับเท้า กระพริบตา หรือมีอาการหลุกหลิกตลอดเวลา วางท่าทางไม่ถูกต้องตามกาลเทศะ

2. ต้องมีจิตใจมั่นคงกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยความเชื่อมั่น คิดวิเคราะห์และตัดสินใจโดยใช้เหตุผลของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่วกวนหรือสับสนเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ

3. ต้องมีความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง และ พอใจในหน้าที่การงานซึ่งตนปฏิบัติอยู่ ไม่เบื่อหน่ายการงานโดยปราศจากเหตุผลอันสมควร

4. ต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นและสังคมในชุมชนอย่างมีความสุข คือ ทำตัวให้เข้ากับสังคมในชุมชนอย่างมีความสุข คือ ทำตัวให้เข้ากับสังคมได้เป็นอย่างดี

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527: 13-15) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

1. มีความเชื่อในความสามารถตนเอง รู้จักตนเอง พึ่งตนเองได้ สามารถรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเองและยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

2. ยอมรับขอบเขตความสามารถของตนเอง และรู้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดด้อย ใช้ความผิดที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การเรียนรู้

3. สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถยับยั้งความต้องการของตนเองทั้งหลายได้ จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควร หรือถ้าสิ่งนั้นขัดกับประเพณีและวัฒนธรรม

4. มองตนเองในด้านดี เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ดูถูกเหยียดหยามหรือเห็นว่าตัวเองต่ำต้อย ไร้ค่าน่ารังเกียจ

5. มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น มีความเชื่อในความสามารถของผู้อื่น

6. สามารถสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นกับผู้อื่นได้ และรักษาสัมพันธภาพไว้ได้อย่างยั่งยืน ยอมรับและสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ข้อบังคับของสังคมได้

7. สำนึกผิดชอบชั่วดี มีคุณธรรม ไม่มีความรู้สึกอิจฉาริษยาผู้อื่น

8. สามารถอยู่ได้โดยลำพัง และรวมกลุ่มผู้อื่น หรือสามารถพึ่งพาตนเองหรือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
9. รับรู้ความจริงของชีวิตในโลกของความเป็นจริงได้ และไม่ปฏิเสธความจริง ยอมรับภาวะเครียดและการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
10. มีอารมณ์ขัน มีอารมณ์หนักแน่น มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สุธินี ศรีรัตน์ (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด โดยมีกลุ่มคนตัวอย่าง 196 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กล่าวคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะของดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2538: 161-163) ที่กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นจิตลักษณะหนึ่งที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่น่าพึงปรารถนา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์ (2543: 58) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง .05

ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลใดได้มีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อโดยที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปนั้น เป็นเพราะเนื่องมาจากความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป รอดเตอร์ (ศิริพร สถิตยธาวร. 2540: 47; อ้างอิงจาก Rotter. 1996: 1)

ลิซ่า จี แอสปินเวล และ รอน อี แฟรนโค ดูแรนซ์ (Lisa G. Aspinwall; & Ron E. Franco Durance. 1999: 23) กล่าวว่าความเชื่อมีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น การออกกำลังกาย การใช้ถุงยางอนามัย การควบคุมน้ำหนัก และพฤติกรรมสืบค้นหาความเจ็บป่วย เช่นการคลำเต้านมด้วย

ตนเอง การตรวจสุขภาพ การตรวจเช็คโรคมะเร็ง และ การตรวจเชื้อHIV มีหลักฐานยืนยันมากพอว่า พฤติกรรมทั้งหมดเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงของการเจ็บไข้ได้ป่วยหรือการบาดเจ็บ

คาสส์และคอบบ์ (Kasl; & Cobb. 1966: 246) กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ การกระทำใดๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนด พฤติกรรมที่น่าปรารถนาของบุคคล เกิดจากการรับรู้ต่อผลตอบแทนการกระทำ ของบุคคลว่าเป็นผลมาจากตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น โชคเคราะห์หรือสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และ ความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นเกิดจากการกระทำหรือความสามารถของตน ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Local of Control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่า สิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระทำของตน แต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆ จากภายนอก เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม หรือความบังเอิญ รอตเตอร์ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 63; อ้างอิงจาก Rotter. 1966: 1-28)

ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพก็เป็นเช่นเดียวกับความหมายความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนทั่วไป แต่มาเน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อที่ว่าคนที่ตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตน และเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคมัยไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้ถูกสุขลักษณะ ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ (External Health Locus of Control) หมายถึง ความเชื่อหรือความคาดหวังบุคคลว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดี หรือไม่เป็นเพราะผู้อื่น โชคเคราะห์ หรือผลจากความบังเอิญ คอห์น (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 64; อ้างอิงจาก Kohn. 1972: 295-302)

สตรีกแลนด์ (Strickland. 1982: 1192-1211) กล่าวว่า บุคคลผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความเชื่อว่าสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตน ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางที่ดี เอาใจใส่ต่อสุขภาพ ส่วนผู้ที่มีความเชื่อภายนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น ความบังเอิญ โชคชะตา การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพจึงไม่กระตือรือร้น สนใจ ป้องกัน และส่งเสริม ดูแลสุขภาพของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537: 57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจบังเอิญสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 81) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ของชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ซีแมนและซีแมน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 65; อ้างอิงจาก Seeman; & Seeman. 1983 : 144-160) ศึกษาความสัมพันธ์ความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ได้ด้านการรับประทานอาหารเสริมที่มีประโยชน์ การควบคุมน้ำหนักการออกกำลังกาย การลดหรือหยุดการเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย และการรับ การตรวจสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และสถานภาพของสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,210 คน ในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยปรากฏว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพโดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมในด้านต่างๆ มากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า และมีสถานภาพสุขภาพดีกว่ากล่าวคือ ไม่เจ็บ ป่วยสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษา ปัจจัยทางชีวสังคม จิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุ 21-60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 50 เขต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุ 21-60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สุ่มเขตในกรุงเทพมหานคร มา 5 เขต โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ปรากฏว่า เขตที่สุ่มได้คือ เขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา แต่ละเขตประกอบด้วย 10 ฝ่าย
2. ในแต่ละฝ่าย เลือกแบบเจาะจงฝ่ายละ 5 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเขตละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะชีวิตสังคม

เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่, สถานภาพสมรส, และรายได้ต่อเดือน

ตัวอย่างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวิตสังคม

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบ หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างซึ่งตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. ระดับการศึกษา _____
4. สถานภาพสมรส _____
5. รายได้รวมโดยเฉลี่ยต่อเดือน _____ บาท

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีจำนวนทั้งสิ้น 74 ข้อ มีลักษณะเป็นประโยคบอกเล่า ประกอบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จากประจำทุกครั้ง ถึงไม่เคยเลย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงดเว้นกระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 17 ข้อ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงแสงสสารที่เป็นโทษ 19 ข้อ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล 19 ข้อ และพฤติกรรมออกกำลังกาย 19 ข้อ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ในการตอบแบบวัดนี้ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนแต่ละข้อจาก 1-4 คะแนน และคะแนนโดยรวม 74-296 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่าง แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
(0) ข้าพเจ้าดื่มน้ำสะอาด ไม่น้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน (00)ในแต่ละวันข้าพเจ้ารับประทาน ธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่ว งา ลูก เดือย ข้าวโพด				

พฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
(0)ข้าพเจ้าไม่รับประทาน น้ำส้มสายชูที่ใส่ในภาชนะภาสติก (00) ข้าพเจ้ากินยานอนหลับ ก่อน นอน				

พฤติกรรมกรรักษานามยส่วนบุคคล

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
(0) ข้าพเจ้าไปรับการตรวจสุขภาพ ประจำปี (00)ข้าพเจ้านั่งดูโทรทัศน์ใกล้จอ เพื่อให้เห็นชัด				

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
(0)เวลาเดิน ข้าพเจ้าจะเดินเร็วๆ เพื่อการออกกำลังกาย (00) เมื่อมีเวลว่าง ข้าพเจ้าจะไป ออกกำลังกาย				

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ
แบบสอบถามรายชื่อ ดังนี้

จะให้คะแนนการตอบ

1. สำหรับข้อความทางบวก ประโยคมีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี ให้คะแนนดังนี้

ประจำทุกครั้ง	ให้	4	คะแนน
ประจำ	ให้	3	คะแนน
บางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้	1	คะแนน

2. สำหรับข้อความทางลบ ประโยคมีข้อความตรงข้ามกับลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี ให้คะแนนดังนี้

ประจำทุกครั้ง	ให้	1	คะแนน
ประจำ	ให้	2	คะแนน
บางครั้ง	ให้	3	คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้	4	คะแนน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม เป็นการนำคะแนนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้านมารวมกัน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมออกกำลังกาย

การพิจารณาว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน เป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.0 – 1.6	หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ดี
คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.61 – 2.20	หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพค่อนข้างไม่ดี
คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.21 – 2.80	หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.81 – 3.40	หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพค่อนข้างดี
คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.41 – 4.0	หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดี

ขั้นตอนในการสร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

1. ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสาร บทความ ทฤษฎีหลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพื่อกำหนดขอบเขตของการวิจัย และสร้างเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมตามความหมายการวิจัย จำนวน 80 ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่สร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบและขอคำแนะนำในการแก้ไข ปรับปรุงให้อ่านแล้วมีความเข้าใจง่ายและชัดเจนตามความมุ่งหมายของการวิจัย

3. นำแบบสอบถามที่แก้ไขตามคำแนะนำมาดำเนินการทดสอบกับผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตหนองจอก จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

4. หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ Item- Total Correlation และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป เหลือแบบสอบถามจำนวน 74 ข้อ

5. นำแบบวัดที่ได้คัดเลือกแล้วในข้อ 4 มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) โดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม จำนวน 74 ข้อ มีระดับความเชื่อมั่น 0.87

- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 17 ข้อ มีระดับความเชื่อมั่น 0.82
- พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ จำนวน 19 ข้อ มีระดับความเชื่อมั่น 0.77
- พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ มีระดับความเชื่อมั่น 0.82
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 19 ข้อ มีระดับความเชื่อมั่น 0.87

ตอนที่ 3 แบบวัดสุขภาพจิต

ลักษณะแบบวัดสุขภาพจิต เป็นแบบวัดความสามารถของบุคคลในการยอมรับความเป็นจริงในชีวิตและสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข มีการแสดงออกอย่างเหมาะสมและมีความขัดแย้งในใจน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อความและมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงระดับเดียว จากสม่่าเสมอถึงไม่มีเลย จำนวน 27 ข้อ

แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดสุขภาพจิต จีเอสคิว- (ธนา นิลชัยโกวิท และคนอื่นๆ. 2539 :2-4) มาดัดแปลงเป็นแบบวัดประเมินค่า 4 ระดับ จากสม่่าเสมอถึงไม่มีเลย จำนวน 27 ข้อ มีระดับความเชื่อมั่น (Reliability) 0.93

ตัวอย่าง แบบวัดสุขภาพจิต

ข้อความ	สม่่าเสมอ	บ่อย	บางครั้ง	ไม่มีเลย
(0)ข้าพเจ้าสามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่ทำได้				
(00)ข้าพเจ้ามีอาการกระสับกระส่ายนอนหลับไม่สนิท				

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดสุขภาพจิต จะให้คะแนนการตอบแบบวัดรายข้อ ดังนี้

1. สำหรับข้อความทางบวก ประโยคมีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะให้คะแนนดังนี้

สม่ำเสมอ	ให้	4 คะแนน
บ่อย	ให้	3 คะแนน
บางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1 คะแนน

2. สำหรับข้อความทางลบ ประโยคมีข้อความตรงข้ามกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ให้คะแนนดังนี้

สม่ำเสมอ	ให้	1 คะแนน
บ่อย	ให้	2 คะแนน
บางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	4 คะแนน

ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 27-108 คะแนน ฉะนั้นผู้ที่ได้คะแนนสูงในแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่า เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

ตอนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ

ลักษณะแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นแบบวัดความเข้ม (Degree) ที่บุคคลรับรู้ว่าการที่ตนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นผลที่ขึ้นอยู่กับความพยายามและความสามารถของตน หรือขึ้นอยู่กับโชคชะตา หรือ สิ่งที่อยู่ภายนอกเหนือการควบคุมและความเข้าใจของตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในของตนเกี่ยวกับสุขภาพ จึงหมายถึง บุคคลที่เชื่อว่าผลของการมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงหรือไม่ เป็นผลจากเป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตน และเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือความคาดหวังบุคคลว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดี หรือไม่เป็นเพราะผู้อื่น โชคเคราะห์ หรือผลจากความบังเอิญอำนาจเหนือธรรมชาติ หรือบุคคลอื่นที่เขาไม่สามารถจะควบคุมได้ ประกอบด้วยข้อความและมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงระดับเดียว จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย จำนวน 14 ข้อ

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสิริพร กาญจนะประโชติและวรินทร์ ยุทธสิทธิ์โยธิน จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อความและมาตราส่วนประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย มีระดับความเชื่อมั่น (Reliability) 0.78

ตัวอย่าง แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อความ	จริง	จริง	ค่อนข้าง	ค่อนข้าง	ไม่จริง	ไม่จริง
---------	------	------	----------	----------	---------	---------

	ที่สุด		จริง	ไม่จริง		เลย
(0) ถ้าข้าพเจ้าดูแล สุขภาพของตัวเองดีพอ ข้าพเจ้าคงไม่เจ็บป่วย (00) โชคชะตา เป็นตัวกำหนด ว่าข้าพเจ้าจะหายจากการ เจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ จะให้คะแนนการตอบแบบวัดรายข้อ ดังนี้

1. สำหรับข้อความทางบวก ประโยคมีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ จะให้คะแนนดังนี้

จริงที่สุด	ให้	6 คะแนน
จริง	ให้	5 คะแนน
ค่อนข้างจริง	ให้	4 คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	ให้	3 คะแนน
ไม่จริง	ให้	2 คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้	1 คะแนน

2. สำหรับข้อความทางลบ ประโยคมีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ จะให้คะแนนดังนี้

จริงที่สุด	ให้	1 คะแนน
จริง	ให้	2 คะแนน
ค่อนข้างจริง	ให้	3 คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	ให้	4 คะแนน
ไม่จริง	ให้	5 คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้	6 คะแนน

ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 14-84 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงในแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่า เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต ดำเนินการเก็บข้อมูล เขตละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 250 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบแล้ว และเก็บรวบรวมไว้ เพื่อดำเนินการประมวลผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package for Social Science for Window) ซึ่งวิเคราะห์ผลดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน เพื่อเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมและปัจจัยทางจิตวิทยาของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 4.2 สถิติที่ใช้วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ
 - 4.2.1 หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้ Item- Total Correlation
 - 4.2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) โดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach)
 - 4.3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน
 - 4.3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระ 2 กลุ่ม โดยใช้ t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-3
 - 4.3.2 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระ 3 กลุ่ม โดยใช้ F-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 และ 5
 - 4.3.3 ทดสอบค่าความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 และ 7

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคน
$\bar{x}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t – Distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F- Distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน	ค่าของขั้นแห่งความอิสระ
p	แทน	ค่าของความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลความหมาย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกายของ

ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน โดยทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-3 และค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 และ 5

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 และ 7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียงดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน

	ตัวแปร	N	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	102	40.8
	หญิง	148	59.2
	รวม	250	100
2. ช่วงของวัยผู้ใหญ่	ผู้ใหญ่ตอนต้น	141	56.4
	ผู้ใหญ่ตอนกลาง	109	43.6
	รวม	250	100
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	109	43.6
	ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	141	56.4
	รวม	250	100

ตาราง 3 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
4.สถานภาพสมรส			
	โสด	104	41.6
	สมรส	124	49.6
	หม้ายหรือหย่าร้าง	22	8.8
	รวม	250	100
5.รายได้ต่อเดือน			
	ต่ำกว่า 10,001 บาทต่อเดือน	107	42.8
	10,001-20,000 บาทต่อเดือน	98	39.2
	สูงกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	45	18.0
	รวม	250	100

จากตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัย ผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือนจำนวน 250 คน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) คิดเป็น ร้อยละ 56.4 มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.4 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 49.6 และมีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.8

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

การพิจารณาว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน เป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.0 – 1.6 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.61 – 2.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่อนข้างไม่ดี

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.21 – 2.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.81 – 3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่อนข้างดี

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.41 – 4.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	250	2.82	.27	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	250	2.74	.31	ปานกลาง
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	250	3.13	.36	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล	250	2.96	.35	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	250	2.45	.42	ปานกลาง

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่าวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน 4 ด้าน ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ อยู่ในระดับค่อนข้างดี พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ตามตัวแปร เพศ ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

3.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จำแนกตามเพศ ตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและ
ตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	เพศ	N	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ชาย	102	2.77	.25	-2.67**	.008
	หญิง	148	2.86	.27		
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร						
	ชาย	102	2.70	.28	-2.06*	.041
	หญิง	148	2.78	.33		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
	ชาย	102	2.51	.40	1.94	.053
	หญิง	148	2.41	.44		
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ						
	ชาย	102	2.99	.34	-5.33**	.000
	หญิง	148	3.23	.36		
พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล						
	ชาย	102	2.87	.32	-3.35**	.001
	หญิง	148	3.02	.36		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่ มีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จำแนกตามระดับการศึกษา ตามสมมติฐานข้อที่ 2

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	ระดับการศึกษา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม	ต่ำกว่า ป.ตรี	109	2.78	.26	-2.37*	.018
	ตั้งแต่ ป.ตรี-ขึ้นไป	141	2.86	.26		
พฤติกรรมรับประทานอาหาร	ต่ำกว่า ป.ตรี	109	2.71	.28	-1.35	.178
	ตั้งแต่ ป.ตรี-ขึ้นไป	141	2.77	.34		
พฤติกรรมออกกำลังกาย	ต่ำกว่า ป.ตรี	109	2.44	.40	-.364	.716
	ตั้งแต่ ป.ตรี-ขึ้นไป	141	2.46	.44		
พฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	ต่ำกว่า ป.ตรี	109	3.03	.37	-3.83**	.000
	ตั้งแต่ ป.ตรี-ขึ้นไป	141	3.21	.35		

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับการศึกษา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล						
	ต่ำกว่า ป.ตรี	109	2.92	.36		
					-1.54	.120
	ตั้งแต่ ป.ตรี ขึ้นไป	141	2.99	.34		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ใหญ่อายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ดีกว่าผู้ใหญ่อายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมหลักเสี่ยงเสพยาที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้ใหญ่อายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 2 แต่ มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และ พฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน

3.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จำแนกตามช่วงของวัยผู้ใหญ่ ตามสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามช่วงของวัยผู้ใหญ่

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	ช่วงของวัยผู้ใหญ่	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ตอนต้น	141	2.78	.26		
					-3.15**	.002
	ตอนกลาง	109	2.89	.27		

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ช่วงของ วัยผู้ใหญ่	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร						
	ตอนต้น	141	2.68	.31		
					-3.60**	.000
	ตอนกลาง	109	2.82	.30		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
	ตอนต้น	141	2.44	.40		
					-.283	.778
	ตอนกลาง	109	2.46	.46		
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ						
	ตอนต้น	141	3.08	.37		
					-2.88**	.005
	ตอนกลาง	109	3.21	.35		
พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล						
	ตอนต้น	141	2.90	.33		
					-3.14**	.002
	ตอนกลาง	109	3.04	.36		

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 3 แต่ มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน

3.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง
จำแนกตามสถานภาพสมรส ตามสมมติฐานข้อที่ 4

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามสถานภาพสมรส

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สถานภาพสมรส	n	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	โสด	104	2.79	.26
	สมรส	124	2.85	.26
	หม้ายหรือหย่าร้าง	22	2.86	.34
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	โสด	104	2.69	.26
	สมรส	124	2.79	.26
	หม้ายหรือหย่าร้าง	22	2.77	.34
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	โสด	104	2.42	.46
	สมรส	124	2.46	.36
	หม้ายหรือหย่าร้าง	22	2.55	.33
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็น โทษ	โสด	104	3.11	.36
	สมรส	124	3.15	.36
	หม้ายหรือหย่าร้าง	22	3.12	.33
พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล	โสด	104	2.92	.32
	สมรส	124	2.99	.37
	หม้ายหรือหย่าร้าง	22	2.99	.33

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่
ตอนต้นและตอนกลาง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามสถานภาพสมรส

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.268	.134	1.899	.152
	ภายในกลุ่ม	247	17.441	.071		
	รวม	249	17.709			
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.563	.281	2.902	.057
	ภายในกลุ่ม	247	23.949	.097		
	รวม	249	24.511			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.367	.184	1.019	.363
	ภายในกลุ่ม	247	44.537	.180		
	รวม	249	44.905			
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศ สสารที่เป็นโทษ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.118	.059	.441	.644
	ภายในกลุ่ม	247	33.129	.134		
	รวม	249	33.248			
พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.299	.149	1.211	.300
	ภายในกลุ่ม	247	30.491	.123		
	รวม	249	30.790			

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 4

3.5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน ตามสมมติฐานข้อที่ 5

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	รายได้ต่อเดือน	n	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ต่ำกว่า 10,001 บาท	107	2.77	.24
	10,001-20,000 บาท	98	2.85	.27
	สูงกว่า 20,000 บาท	45	2.90	.28
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ต่ำกว่า 10,001 บาท	107	2.66	.30
	10,001-20,000 บาท	98	2.79	.31
	สูงกว่า 20,000 บาท	45	2.83	.29
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ต่ำกว่า 10,001 บาท	107	2.45	.42
	10,001-20,000 บาท	98	2.45	.37
	สูงกว่า 20,000 บาท	45	2.46	.53
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	ต่ำกว่า 10,001 บาท	107	3.05	.36
	10,001-20,000 บาท	98	3.17	.35
	สูงกว่า 20,000 บาท	45	3.24	.35
พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล	ต่ำกว่า 10,001 บาท	107	2.90	.32
	10,001-20,000 บาท	98	2.99	.35
	สูงกว่า 20,000 บาท	45	3.07	.37

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่
ตอนต้นและตอนกลางโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.675	.337	4.891**	.008
	ภายในกลุ่ม	247	17.035	.069		
	รวม	249	17.709			
พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1.190	.595	6.300**	.002
	ภายในกลุ่ม	247	23.322	.094		
	รวม	249	24.511			
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.001	.001	.003	.997
	ภายในกลุ่ม	247	44.904	.182		
	รวม	249	44.905			
พฤติกรรมกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1.465	.733	5.694**	.004
	ภายในกลุ่ม	247	31.782	.129		
	รวม	249	33.248			
พฤติกรรมกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1.017	.508	4.218*	.016
	ภายในกลุ่ม	247	29.773	.121		
	รวม	249	30.790			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 5 แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน และเพื่อหาว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีคู่ใดบ้างที่มี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ต่างกัน โดยใช้วิธีการทดสอบรายคู่ วิธีของตุกี (Tukey's HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 12-15

ตาราง 12 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเป็นรายคู่ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

รายได้ต่อเดือน	— X	ต่ำกว่า10,001	10,001-20,000	สูงกว่า20,000
		2.77	2.85	2.90
ต่ำกว่า10,001	2.77	-	.08	.13*
10,001-20,000	2.85	-	-	.05
สูงกว่า20,000	2.90	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท มี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 13 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นรายคู่ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

รายได้ต่อเดือน	— X	ต่ำกว่า 10,001	10,001-20,000	สูงกว่า 20,000
		2.67	2.79	2.83
ต่ำกว่า 10,001	2.67	-	.12**	.16**
10,001-20,000	2.79	-	-	.04
สูงกว่า 20,000	2.83	-	-	-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 13 พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท และผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 14 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษเป็นรายคู่ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

รายได้ต่อเดือน	— X	ต่ำกว่า 10,001	10,001-20,000	สูงกว่า 20,000
		3.05	3.17	3.24
ต่ำกว่า 10,001	3.04	-	.12*	.19**
10,001-20,000	3.17	-	-	.07
สูงกว่า 20,000	3.24	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 14 พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลเป็นรายคู่ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

รายได้ต่อเดือน		ต่ำกว่า10,001	10,001-20,000	สูงกว่า20,000
	X	2.90	2.99	3.07
ต่ำกว่า 10,001	2.90	-	.09	.17*
10,001-20,000	2.99	-	-	.08
สูงกว่า 20,000	3.07	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท มี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 และ 7

ตาราง 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	.558**	.000
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	.396**	.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	.271**	.000
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	.520**	.000
พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล	.463**	.000

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 พบว่า สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมติฐาน ข้อที่ 6

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับ
สุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	.285**	.000
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	.156**	.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	.145*	.000
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	.286**	.000
พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล	.246**	.000

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐาน ข้อที่ 7

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และ วิธีการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงแสงสสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน ตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ ต่อเดือน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่โดยรวมและรายด้าน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย
2. ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า
3. ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น
4. ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ
5. ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
6. สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
7. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุ 21–60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขต จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 50 เขต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุ 21–60 ปี ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานของรัฐ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตบางกะปิ เขตพญาไท เขตบึงกุ่ม เขตมีนบุรี และ เขตคลองสามวา เขตละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามลักษณะชีวิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ประจำทุกครั้ง ประจำ บางครั้ง ไม่เคยเลย จำนวน 74 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบวัดสุขภาพจิต มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ สม่่าเสมอ บ่อย บางครั้ง ไม่มีเลย จำนวน 27 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย จำนวน 14 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package for Social Science for Window) ดำเนินการวิเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง เกี่ยวกับ เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน โดยการแจกแจงความถี่ และคิดเป็นร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงแสงสสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยแสดงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงแสงสสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-3 และค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 และ 5

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงแสงสสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 และ 7

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลดังนี้

ส่วนที่ 1

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) คิดเป็น ร้อยละ 56.4 มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.4 สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 49.6 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.8

ส่วนที่ 2

ผลของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม คือ 2.82 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 2.74 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง
2. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 3.13 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี
3. พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 2.96 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างดี
4. พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 2.45 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จำแนกตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ ต่อเดือน มีดังนี้

1. ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน
2. ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

5. ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคลดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าที่ระดับ.01 ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มีพฤติกรรมรับประทานอาหารดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษดีกว่าที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง มีดังนี้

1. สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการ ที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ผู้วิจัยได้ศึกษาระดับ ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง วิเคราะห์เปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามตัวแปรต่างๆ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ผู้วิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

การที่ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับ ค่อนข้างดี อธิบายได้ว่า ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง สามารถที่จะปฏิบัติตนในการ ดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ของตนเองได้ค่อนข้างดี เนื่องจากบุคคลในวัยผู้ใหญ่นี้เป็นบุคคลที่ได้ผ่านประสบการณ์ในชีวิต มาแล้วระดับหนึ่ง จึงเป็นผู้ที่มีความรู้และปฏิบัติตนได้ตามหลักสุขภาพอนามัยเบื้องต้นในเรื่องของ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การทำความสะอาด ร่างกาย แปรงฟัน ล้างมือล้างเท้า การทำความสะอาดและจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สะอาด ปราศจากสิ่งสกปรก การตรวจเช็คสุขภาพ และงดเว้นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การอ่านหนังสือขณะอยู่บนรถ การกลืนปัสสาวะ การนั่งดูโทรทัศน์ใกล้จอเกินไป บุคคลในวัยนี้ยัง มีความรู้ในเรื่องของการที่จะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเพศสภาวะที่เป็นโทษต่อร่างกายด้วย เช่น เมื่อยามีสีที่เปลี่ยนไปจากเดิมแล้วไม่ควรนำมาใช้หรือรับประทานเข้าไปเพราะจะก่อให้เกิดอันตราย ต่อร่างกายได้ ผักและผลไม้ต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมารับประทาน ไม่รับประทานน้ำส้มสายชูที่ ใส่ในภาชนะพลาสติก เพราะมีสารเคมีปนเปื้อนก่อให้เกิดโรคได้ การอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการใช้บนฉลากยา รวมถึงดูวันหมดอายุของยาด้วย ถ้ายาหมดอายุแล้วไม่ควรนำไปใช้หรือ รับประทานเป็นอันตราย แต่การที่ผู้ใหญ่ในวัยนี้มีพฤติกรรมรับประทานและพฤติกรรมออกกำลังกาย

กำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคคลในวัยนี้เป็นบุคคลในวัยทำงาน มีภาระรับผิดชอบมากมายทั้งตนเอง ครอบครัวและสังคม และโลกในยุคปัจจุบันก็เป็นยุคของการแข่งขัน ทุกคนต้องเร่งรีบ ตั้งแต่เช้าเพื่อออกไปทำงาน พุ่มเทให้กับชีวิตการทำงานเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เพื่อรายได้ที่ดี จึงทำให้ไม่ค่อยมีเวลาให้กับตนเองมากนักในเรื่องของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เลือกรับประทานอาหารประเภทที่ตนชอบ ไม่คำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้ออาหาร รวมถึงชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับวัยของตนเอง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา กินบ้างไม่กินบ้างในบ้างมื้ออาหารและไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องของการออกกำลังกาย ไม่แบ่งเวลาเพื่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันอย่างสะดวกสบาย เช่นการใช้ลิฟท์แทนการเดินขึ้นลงบันไดจำนวน 1-3 ชั้น การใช้รถแทนการเดินในระยะทางสั้นๆ จริงๆ แล้วการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่บุคคลในวัยนี้ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ทำให้ร่างกายลดการเคลื่อนไหวลงด้วย จากผลการศึกษาสอดคล้องกับของพัชรินทร์ ขวัญชัยและคณะ (2544: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านพบว่าการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ส่วนการรับประทานอาหารตรงเวลาอยู่ในเกณฑ์พอใช้

2. การศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง เปรียบเทียบตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา ช่วงของวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน จากการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

2.1 จำแนกตามเพศ

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) ผู้หญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ชาย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากส่วนใหญ่ชายมีพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงกว่าหญิง เช่นการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา เป็นต้น เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายด้านพบว่า ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย แต่มีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าผู้ใหญ่เพศหญิงมีการปฏิบัติตนในเรื่องของการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่ให้ความสำคัญกับเรื่องของความ

สวยงามของตนเองเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว การดูแลรูปร่าง สัดส่วน อวัยวะต่างๆ เช่น เล็บมือเล็บเท้า ฟัน มือ เท้า ผมและผิวหนังจึงเป็นสิ่งที่เพศหญิงใส่ใจดูแลตนเอง ซึ่งการที่เพศหญิงจะดูแลรูปร่างให้ได้สัดส่วนสวยงาม ผิวพรรณให้สดใสเปล่งปลั่ง การมีรอยยิ้มที่สะอาด ปราศจากกลิ่น ร่างกายที่สะอาดสะอาดอันสดใสดูสุขภาพดีนั้น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลจึงเป็นสิ่งที่เพศหญิงให้ความสนใจในการปฏิบัติตน ดีกว่าเพศชาย เช่น การคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละมื้ออาหาร เลือกรับประทานอาหารที่ให้โปรตีน จากเนื้อปลา เต้าหู้ รับประทานอาหารที่เป็นธัญพืช ผัก ผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำสะอาด ดื่มนมถั่วเหลือง รับประทานอาหารที่มีน้ำมันมาก หรือเนื้อสัตว์ติดมัน ส่วนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ เช่นการไม่สูบบุหรี่หรือการไม่เข้าไปใกล้กับบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้แก่เร็ว การสูดควันบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียกับร่างกาย การไม่ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา และไม่รับประทานหรือใช้ยาที่หมดอายุ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย มือ เท้า ฟัน และผมให้สะอาดดูสุขภาพดีอยู่เสมอ พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 เพศมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ต่างกัน เพราะปัจจุบันผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านทั้งคู่ จึงไม่ค่อยมีเวลาให้กับการออกกำลังกาย

2.2 จำแนกตามระดับการศึกษา

จากสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับของ กชกร ไพรัตน์ (2544:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ที่คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาทางด้านผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า แต่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า เนื่องจากผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และมีโอกาสที่ได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ผลงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพ รวมถึงสิ่งของ อาหารและสารเคมีต่าง ๆ ที่เรา

ใช้หรือที่เรารับประทานเข้าไป ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้หรือผู้รับประทานได้ ดีกว่า และทำให้ ผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาสูงกว่าสามารถปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษได้อย่างดีกว่า เช่น การไม่รับประทานอาหารที่ไหม้เกรียม ไม่รับประทานยาและอาหารที่หมดอายุ ล้างมือให้สะอาด หลังจากการชื้อยาฆ่าแมลง หรือไม่เข้าไปในบริเวณที่เพิ่งมีการชื้อยาฆ่าแมลง ระวังระวังและ ป้องกันสารเคมีโดนร่างกายเมื่อต้องใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น น้ำยาทำความสะอาด ห้องน้ำ ไม่รับประทานของทอดที่น้ำมันมีสีดำ เนื่องจากมีสารก่อมะเร็ง ไม่รับประทานยาแก้ปวด จนกว่าจะมีอาการปวดค่อนข้างมาก เพราะยาพาราเซตามอลที่ใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อ รับประทานในปริมาณมากจะเกิดผลเสียต่อดับ

2.3 จำแนกตามช่วงของวัยผู้ใหญ่

จากสมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ ตอนต้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่า ผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งสอดคล้องกับของสมบัติ พันธุ์คง และคณะ (พัชรินทร์; และคณะ. 2541: 14, อ้างอิงจาก สมบัติ พันธุ์คง; และคณะ. 2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลตนเองของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร จากกลุ่มที่ศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุช่วง 40 – 50 ปี จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุช่วง 21-30 ปี เมื่อ พิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน พบว่าผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ มีพฤติกรรมการ ออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้ใหญ่ ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงที่ ร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์เต็มที่ ทำให้ผู้ใหญ่ในวัยนี้ไม่คำนึงถึงผลของการปฏิบัติตนต่อการ ดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนกลางร่างกายเริ่มเกิดความเสื่อมสภาพของ เนื้อเยื่อ ข้อเข่าต่างๆ และข้อต่อทั้งหลาย (Joints) ไป ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในและภายนอกร่างกายทำงานได้ลดลง จึงทำให้ผู้ใหญ่ในวัยนี้ต้องกลับมาให้ความสำคัญกับ การดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับวัยของตน รับประทานฉะพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่ว งา ลูกเดือย ข้าวโพดรับประทาน อาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด เผ็ดจัด เลือกรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนจาก เนื้อปลา เต้าหู้ และ

ถั่วเหลือง แทนเนื้อหมู เนื้อไก่ งดรับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดโรค และระมัดระวังตนเองในการใช้สารเคมีต่างๆ หลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มเหล้า

2.4. จำแนกตามสถานภาพสมรส

จากสมมติฐานข้อที่ 4 ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพการสมรสอื่นๆ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพการสมรสโสด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพการสมรสอื่นๆ เนื่องจากบุคคลในวัยนี้มีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ เห็นความสำคัญและคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองโดยไม่ต้องมีแรงสนับสนุนจากภรรยา หรือสามี การมีครอบครัวหรือไม่ มีได้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลในวัยนี้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับของกชกร ไพรัตน์ (2544:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ที่ไม่สอดคล้องอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากมารดาหลังคลอดต้องการ ความรัก การดูแลเอาใจใส่จากสามีของตน เมื่อไม่มีสามี หย่าร้าง หรือเป็นม่ายจึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างจากบุคคลที่มีสามีอยู่

2.5. จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

จากสมมติฐานข้อที่ 5 ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหารและมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท ส่วนผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท เนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้ข้าวของ เครื่องใช้ต่างๆ มีราคาสูงขึ้น รวมถึงการมีเทคโนโลยีสมัยใหม่ๆ เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นมือถือ กล้องดิจิทัล จึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่บุคคลที่มีรายได้ในระดับต่ำ บุคคลที่มีรายได้ในระดับต่ำกว่าค่าครองชีพใน

ปัจจุบัน จึงไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารหรือคำนึงถึงคุณค่าของอาหารได้ รวมถึงไม่สามารถที่จะใช้ของที่ที่มีคุณภาพ หรือหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นอันตรายได้ เช่น การชื้อยาหรือรับประทานอาหารที่เพ่งหมดยุ รับประทานน้ำส้มสายชูจากภาชนะพลาสติก รายได้จึงต้องพึ่งถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารได้พอเพียง ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้รับอาหารได้อย่างเพียงพอ ตลอดจนเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543 : 94) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูปฐมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ครูที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้อง กับของ กชกร ไพรัตน์ (2544:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รายได้ของครอบครัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลาง

3.1 จำแนกตามสุขภาพจิต

จากสมมติฐานข้อที่ 6 สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามยส่วนบุคคล แสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับดี ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์จะดำเนินชีวิตอยู่ได้ ต้องอาศัยกายและจิตเป็นเครื่องจักรกลในการปฏิบัติภารกิจประจำวันให้ดำเนินและลุล่วงไปด้วยดี กายและจิตใจจะต้องเป็นปกติ ถ้าส่วนของร่างกายหรืออวัยวะระบบใดก็ตามผิดปกติ การดำเนินชีวิตของมนุษย์ก็จะผันผวน ในทำนองเดียวกัน ถ้าจิตผิดปกติ การดำเนินชีวิต ก็ย่อมจะบกพร่องเช่นกัน

ฉะนั้นเมื่อเรามีสุขภาพจิตที่ดี เราจะมองตนเองในแง่ดี เห็นคุณค่าของตนเอง รับรู้ความจริงของชีวิตในโลกของความเป็นจริง สามารถรับมือต่อการกระทำของตน รู้จักตนเอง ดูแลตนเองได้ จึงทำให้ผู้ที่มีสุขภาพจิต มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดีด้วย สามารถที่จะดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บดี เพื่อดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

3.2 จำแนกตามความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ

จากสมมติฐานข้อที่ 6 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ที่มีความเชื่ออำนาจภายในเกี่ยวกับสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ผู้ใหญ่ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับของ กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537:57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจบังเอิญสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ และของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 81) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ของชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการวางแผนพัฒนา ปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ

ผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จึงควรให้ความรู้ ทัศนคติ สร้างแรงจูงใจ จัดตั้งชมรม กิจกรรม ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องเหมาะสมกับวัย และเรื่องของโภชนาการอาหาร คุณค่าของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้ออาหาร รวมถึงชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับวัยของตนเอง

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยทางชีวสังคมต่างกัน กลุ่มที่มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้แก่ ผู้ใหญ่เพศชาย มีโอกาสปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับพฤติกรรมโดยรวมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษไม่เหมาะสม ผู้ใหญ่ตอนต้นมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษไม่เหมาะสม ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาทมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงควรให้ความรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์และ ติดตามผลสำหรับผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และ รายด้านต่างๆที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นพิเศษ

3. จากผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริม พัฒนา ปรับปรุงสุขภาพจิตและความเชื่อมั่นในตนเองให้แก่ผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ให้บุคคลเหล่านี้มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง รู้จักตนเอง ฟังตนเองได้ ยอมรับในความสามารถของตนเอง และพอใจกับความสามารถของตน สามารถอยู่ได้โดยลำพัง และ รวมกลุ่มกับบุคคลอื่นๆ รับรู้ความจริงของโลก มีอารมณ์ขัน หนักแน่น มั่นคงและไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้าต่างๆโดยง่าย

4. ผู้บริหารประเทศควรมีนโยบายรณรงค์ จัดกิจกรรม ให้ข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทางสื่อโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์แก่บุคคลวัยผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ให้หันมาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทั้งในที่ทำงาน การขับขี่ยานยนต์ รถจักรยานยนต์ และสถานที่ต่างๆ พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมเช่น ความเครียดและความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องสุขภาพ เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรจิตลักษณะอื่นเพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ทัศนคติ ค่านิยม การมุ่งอนาคต เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษากับกลุ่มบุคคลในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อนำมาเปรียบเทียบให้ได้ผลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร ไพรัตน์. (2544). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กนกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ. (2536). **รายงานการวิจัยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคน อายุ 40- 59 ปี.** กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมการแพทย์. (2529). **การประชุมวิชาการจิตเวช ครั้งที่ 5.** กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2545). **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). **ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. .** ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กองสุขภาพจิต. (2532). **คู่มือการใช้บริการสุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ : กองแผนงานสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลนทีกร น้อยโนนทอง. (2537). **ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สังคมวิทยาการพัฒนา) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. จัดสำเนา.
- ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล; และคณะ. (2543, กรกฎาคม-กันยายน). **โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน โดยใช้กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์เชิงรุก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 23(3): 29-36.**
- จริยาวัตร คมพัยค์; และคณะ. (2539). **รายงานการวิจัยการศึกษาศักยภาพและความต้องการดูแลสุขภาพของตนเองของชุมชนชนบทในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จตุพร เพ็งชัย. (2535). **เอกสารคำสอน : สุขภาพจิต.** มหาสารคาม : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จรรยา ทองถาวร. (2530). **จิตวิทยาพัฒนาการ.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2532). **การวัดและการวิจัยทัศนคติที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ. ศึกษาศาสตร์ปริทัศน์.** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- _____. (2538). **ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม การวิจัย และพัฒนาบุคคล.** กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทรรศนีย์ วงศ์ปา. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มเชื้ออานาภายในภายนอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อัดสำเนา.**
- ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม) การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. **วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันตนาการ.** 15(4): 11-15.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์; และคนอื่นๆ. (2539, มกราคม-มีนาคม). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ เจนเนอเรล เฮลล์ ควีชั่นแนร์ ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 41(1): 2-6.
- นุชลี ศรีเมือง. (2543). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. . ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.**
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). **พฤติกรรมสุขภาพ: เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วย 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป.สัมพันธ์พาณิชย์.**
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). **สุขภาพจิตเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิต.
- พยอม อิงคตานวัฒน์. (2523). **จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคณะ. (2544). **รายงานการวิจัยการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
- ภัทรพร ไพเราะ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.**
- ภิญโญ วิทวัสชุตีกุล; และคณะ. (2546). **สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แม็ค.**

- มนู วาทีสุนทร. (2541, กันยายน-ธันวาคม). หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. **วารสารสุขวิทยธรรม** **มาติราช**. 11(3): 5.
- มุกดา สุขสมาน. (2537). **มนุษย์ : ภาวะกายและจิต**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพดี กรรพฤทธิ. (2543). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร**. ปรินญานิพนธ์ กศม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- โรม วงศ์ประเสริฐ. (2537, มกราคม). หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. **วารสารพัฒนาชุมชน**. 33(1): 59-60.
- ละออ นุตางกูร. (2521). **อนามัยจิต**. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลักขณา ศรีวัฒน์. (2544). **จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- วนลดา ทองใบ. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรศักดิ์ เพียรชอบ. (2525, ตุลาคม) การออกกำลังกายสำคัญไฉน. **วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสหนาการ**. 8(4): 56-64.
- วรินทร์ ยุทธสิทธิ์โยธิน. (2547). **ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A**. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วารุณี อมรทัต. (2529). **พิธีกรรมวันอนามัยโลก 7 เมษายน วันอนามัยโลก**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา,
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร สถิตยถาวร. (2540). **ผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนแตกต่างกัน**. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ**. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายสำเนา.
- สดุดี ภูทองไสย. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. จัดสำเนา.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์; และ นิภา มนูญปัจจุ. (2534). **ประชากรกับคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์การพิมพ์.
- สมชาย ดรงค์เดช. (2543, เมษายน-มิถุนายน). โภชนาการกับการออกกำลังกาย. **วารสารโภชนาการ**. 35(2):66-68.
- สิริพร กาญจนะประโชติ. (2546). **ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตంద้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร**. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธินี ศรีรัตน์. (2544). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด**. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปออง.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2538). **จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่**. ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โอ.เอส.พรินต์ติ้งเฮ้าส์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย**. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- อมรรัตน์ เจริญชัย. (2535, มกราคม). โภชนาการบุคคลวัยผู้ใหญ่. **วารสารรัฐสารักษ์**. 34(1):32-40.
- อรรถพรณ อิศราภรณ์. (2536). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). **ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร**. ปรินิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อุษณี แสงสุข. (2546). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี**. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Kasl, S.V. and S. Cobb. (1966, February). "Health Behavior, Illness behavior and Sick role behavior," **Archives Environment Health**. 12 : 246.
- Larry, C.B. and Edward K. (1993). **Health Psychology**. United States of America: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing: Concept of Practice**. 3rd ed. New York : McGraw Hill Book Co., Ltd.
- Palank, C.L. (1991). **Determinants of Health-Promoting Behavior: A Review of Current Research**. Nursing Clinics of North America.
- Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Strickland, B.R. (1982, November-December). "Internal-External expectancies and health related behavior," **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 46(6) : 1192-1211.
- Lisa, G. Aspinwall. and Ron, E. Franco Durance. (1999). **Psychology : Fields of Application**. Boston, New York : Houghton Mifflin Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วนทุกข้อ

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบวัดสุขภาพจิต

ตอนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นข้อมูลในการวางแผน พัฒนา ปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามให้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ

ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะชีวิตสังคม

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบ หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างซึ่งตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. ระดับการศึกษา _____
4. สถานภาพการสมรส _____
5. รายได้รวมโดยเฉลี่ยต่อเดือน _____ บาท

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบการปฏิบัติของท่านต่อการดูแลสุขภาพ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็นจริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ประจำทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ จริงเป็นประจำทุกครั้ง
ประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ จริงเป็นประจำ
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ บางโอกาส หรือ นานๆ ครั้ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เลย

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. เข้าพเจ้ารับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ				
2. เข้าพเจ้ารับประทานอาหารมื้อเช้าทุกวัน				
3. เข้าพเจ้าดื่มน้ำสะอาดไม่น้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน				
4. เข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดมาก เค็มมาก				
5. เข้าพเจ้ารับประทานอาหารผลไม้สดทุกวัน				
6. ในแต่ละวัน เข้าพเจ้ารับประทานอาหารธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่ว งา ลูกเดือย ข้าวโพด				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
7.ข้าพเจ้ารับประทานแต่อาหารที่ชอบ โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าหรือ ประโยชน์				
8.เวลากระหายน้ำ ข้าพเจ้าดื่มน้ำอัดลม				
9.เวลารับประทานส้มตำ ข้าพเจ้ารับประทานปูเค็ม ปูม้าปลา ร้า ที่ใส่มากับส้มตำ				
10.ข้าพเจ้าดื่มและกินโดยไม่สนใจว่าทำลายสุขภาพ				
11. ข้าพเจ้ารับประทานขนมขบเคี้ยว ขนมปัง ขนมเค้ก หรือขนมอื่นๆ ขณะดูโทรทัศน์				
12.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารจนแน่นท้อง อึดอัด เมื่อรู้สึกว่าการอาหารอร่อย รสชาติดี				
13.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่ให้โปรตีนจาก เนื้อปลา เต้าหู้ และ ถั่วเหลือง แทนเนื้อหมู เนื้อไก่				
14.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารประเภทผัดที่มีน้ำมันมาก				
15.ข้าพเจ้าดื่มนมถั่วเหลืองอย่างน้อย 1 แก้ว ทุกวัน				
16.ข้าพเจ้ารับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อใน หนึ่งวัน				
17.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารเพื่อให้อิ่มท้อง โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าด้านอื่นๆ				

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษ

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1.ข้าพเจ้าพึ่งยาที่ดีเปลี่ยนไปจากเดิมหรือเสื่อมคุณภาพ				
2.เวลาไปงานเลี้ยง ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้า				
3.ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้บริเวณที่มีการสูบบุหรี่				
4.ข้าพเจ้าล้างผักและผลไม้ให้สะอาดก่อนนำมารับประทาน				
5.ข้าพเจ้าไม่รับประทานน้ำดื่มสายชูที่ใส่ในภาชนะพลาสติก				
6.ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารจากร้านที่ไม่ใช้ผงชูรส หรือระบุไม่ได้ผงชูรสเวลาสั่งอาหารรับประทาน				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
7.ข้าพเจ้าจะไม่เข้าไปในบริเวณที่เพิ่งมีการฉีดยาฆ่าแมลงเสร็จใหม่ๆ				
8.หลังจากฉีดยาฆ่าแมลง หรือใช้สารเคมี ข้าพเจ้าจะล้างมือให้สะอาด				
9.ข้าพเจ้าอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาบนฉลากยาก่อนใช้				
10.ข้าพเจ้าระมัดระวัง เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ				
11.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารทอดโดยไม่คำนึงถึงน้ำมันที่ใช้ทอดหลายครั้งนั้นจะมีสีดำ				
12.ถึงแม้ข้าพเจ้า จะรู้ว่าน้ำพริกที่ขายตามร้านทั่วไปผสมสารกันบูด ข้าพเจ้าก็เลือกซื้อมารับประทาน				
13.ข้าพเจ้าดื่มกาแฟอย่างน้อย 3 แก้วต่อวัน				
14.ข้าพเจ้าจะไม่กินยาแก้ปวดจนกว่าจะมีอาการปวดค่อนข้างมาก				
15.ถ้าอาหารเพิ่งหมดอายุ ข้าพเจ้าจะยังรับประทาน				
16.เมื่อซื้ออาหารประเภทปิ้งหรือย่าง ข้าพเจ้าจะเลือกซื้อที่ใหม่ จนเกรียม มารับประทาน				
17.ข้าพเจ้าใส่ถุงมือ ขณะใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ				
18.เมื่อรู้สึกเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มประเภทชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง เป็นต้น				
19.ข้าพเจ้ากินยานอนหลับ ก่อนนอน				

พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ข้าพเจ้าแปรงฟันหรือบ้วนปาก หลังรับประทานอาหาร				
2.ข้าพเจ้าไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี				
3.ข้าพเจ้าไปรับการตรวจสุขภาพในช่องปากและฟัน แม้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ				
4.ข้าพเจ้าดูแลรักษาห้องนอนให้สะอาดทุกอาทิตย์				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
5.เมื่อเป็นหวัดข้าพเจ้าจะพักผ่อนมากๆ				
6.ข้าพเจ้าใช้ช้อนกลาง เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น				
7.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารในภาชนะสะอาด				
8.ข้าพเจ้าสวมรองเท้า เมื่อออกไปนอกบ้าน				
9.ข้าพเจ้าชำระล้างร่างกายให้สะอาด ก่อนเข้านอน				
10.ข้าพเจ้าล้างมือก่อนรับประทานอาหาร				
11.ข้าพเจ้าอ่านหนังสือในที่แสงสว่างเพียงพอ				
12.ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน				
13.เมื่ออาหารตกลงบนพื้นโต๊ะ ข้าพเจ้าจะไม่นำมารับประทาน				
14.เมื่อข้าพเจ้าปวดปัสสาวะ จะกลั้นไว้ก่อน				
15.ข้าพเจ้าชั่งน้ำหนักตัวเองเพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกสัปดาห์				
16.ข้าพเจ้าระมัดระวังตัวขณะเดินบนพื้นที่ลื่น หรือขึ้นลงบันได				
17.ข้าพเจ้านั่งดูโทรทัศน์ใกล้จอเพื่อให้เห็นชัด				
18. ข้าพเจ้าทิ้งขยะมูลฝอยในถังขยะ				
19.ข้าพเจ้าอ่านหนังสือขณะรถกำลังเคลื่อนที่				

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1.เมื่อออกกำลังกาย ข้าพเจ้าจะออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็วขึ้น				
2. ข้าพเจ้าทำการอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที ก่อนการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ แอโรบิก หรือการเล่นกีฬา				
3.ข้าพเจ้าออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วๆ การวิ่งเหยาะๆ หรือ ออกกำลังกายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที				
4. . ข้าพเจ้าทำการผ่อนคลายร่างกาย 5-10 นาที หลังการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ แอโรบิก หรือการเล่นกีฬา				
5.เวลาเดินข้าพเจ้าจะเดินเร็วๆ เพื่อการออกกำลังกาย				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ประจำทุกครั้ง	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
6. ข้าพเจ้ายกกำหนดเวลาสำหรับการออกกำลังกายเป็นเวลาแน่นอน				
7. ข้าพเจ้าได้ประเมินการเต้นของหัวใจโดยการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย				
8. ข้าพเจ้าไม่ออกกำลังกายที่ใช้พลังกำลังมาก หรือเล่นกีฬาทันทีหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ				
9. เมื่อมีเวลาว่างข้าพเจ้าจะไปออกกำลังกาย				
10. ถึงแม้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ข้าพเจ้าจะใช้วิธีการทำงานบ้านแทน				
11. เมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้ว ข้าพเจ้าพักให้หายเหนื่อยก่อนไปอาบน้ำชำระล้างร่างกาย				
12. ข้าพเจ้าออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี				
13. ข้าพเจ้าออกกำลังกายต่อเนื่อง แต่ครั้งนานมากกว่า 2 ชั่วโมง				
14. ข้าพเจ้าออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง				
15. ข้าพเจ้าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์				
16. ข้าพเจ้าใช้วิธีเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้นๆ				
17. ข้าพเจ้าสามารถออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ ถ้าจำนวนขั้นไม่มากเกินไป				
18. ข้าพเจ้าสวมเสื้อผ้า และรองเท้าที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย				
19. ข้าพเจ้าออกกำลังกายในช่วงเช้า หรือช่วงเย็น แทนการเล่นหรือดูทีวี				

แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบวัดสุขภาพจิต

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา
ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อใดเป็น จริงมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย (✓)
ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อย	บางครั้ง	ไม่มีเลย
1.ข้าพเจ้าสามารถมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำได้				
2.ข้าพเจ้านอนไม่หลับเพราะกังวลใจ				
3.ข้าพเจ้ามีอาการกระสับกระส่ายนอนหลับไม่สนิท				
4.ข้าพเจ้าหาอะไรทำ และทำให้ตนเองไม่มีเวลาว่างได้				
5.ข้าพเจ้าสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดีพอๆ กับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกัน				
6.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้ทำไป แล้วทำอะไรๆ ได้ดี				
7.ข้าพเจ้าพอใจกับการทำงานที่สามารถลุล่วงไป				
8.ข้าพเจ้าสามารถมีความรู้สึกรักและความอบอุ่นต่อคนใกล้ชิดได้				
9.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าสามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่าย				
10.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้ทำตัวเป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ				
11.ข้าพเจ้ารู้สึกสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้				
12.ข้าพเจ้ารู้สึกดีที่ได้อยู่ตลอดเวลา				
13.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่สามารถเอาชนะกับเรื่องยากลำบากต่างๆ ได้				
14.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา				
15.ข้าพเจ้าสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้				
16.ข้าพเจ้ามองอะไรก็เครียดไปหมด				
17.ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวและตกใจโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร				
18.ข้าพเจ้าสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ของตนเองได้				
19.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว				
20.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
21.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเสียความมั่นใจในตัวเองไป				

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อย	บางครั้ง	ไม่มีเลย
22.ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า				
23.ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ในชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง				
24.ข้าพเจ้ารู้สึกมีความหวังในอนาคตของตนเอง				
25.ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุขดีตามสมควร โดยรวม				
26.ข้าพเจ้ารู้สึกกังวล และเครียดอยู่ตลอดเวลา				
27.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เรื่องเลยเพราะ ประสาทตึงเครียด				

ตอนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- จริงที่สุด หมายถึงข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านที่สุด
- จริง หมายถึงข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
- ค่อนข้างจริง หมายถึงข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
- ค่อนข้างไม่จริง หมายถึงข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
- ไม่จริง หมายถึงข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
- ไม่จริงเลย หมายถึงข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยการกระทำของข้าพเจ้าจะเป็นตัวกำหนดว่าข้าพเจ้าจะหายเร็วหรือช้า						
2.โชคชะตา เป็นตัวกำหนดว่าข้าพเจ้าจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
3.เมื่อข้าพเจ้าป่วย ต้องโทษตัวเองที่ไม่ระวังดูแลสุขภาพตัวเอง						
4.สุขภาพของข้าพเจ้าจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ควบคุม						
5.การที่ข้าพเจ้ามีสุขภาพดี เป็นเพราะข้าพเจ้าโชคดี						
6.การเจ็บป่วย เป็นเพราะเคราะห์กรรม						
7.ถ้าข้าพเจ้าดูแลสุขภาพของตัวเองดีพอ ข้าพเจ้าคงไม่เจ็บป่วย						
8.ถ้าข้าพเจ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ข้าพเจ้าจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
9.สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของข้าพเจ้าคือ การกระทำของตัวข้าพเจ้าเอง						
10.ในเรื่องสุขภาพอนามัย ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามแพทย์สั่งเท่านั้น						
11.การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับข้าพเจ้า ในการดูแลสุขภาพ						
12.ข้าพเจ้าดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอได้ด้วยตนเอง						
13.คนที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ก็เพราะชาติก่อน เขาทำบุญมาดี						
14.ข้าพเจ้าสามารถป้องกันตนเองมิให้เจ็บป่วยได้						

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---|--|
| 1. ดร.สุวพร เข้มแข็ง | ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. รองศาสตราจารย์ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร | ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา | ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ สกุล	นางสาวณลิณี มิ่งมณี
วันเดือนปีเกิด	20 มกราคม 2519
สถานที่เกิด	เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	68/26 หมู่ 16 แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 10510
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่บริการลูกค้า
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	บริษัทเนชั่นเนลสตาร์ชแอนด์เคมิเคิล (ประเทศไทย) จำกัด อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2534	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาน้อม เกล้า กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2536	มัธยมศึกษาตอนปลาย ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2541	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (บริหารธุรกิจเกษตร) สถาบัน เทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
พ.ศ. 2548	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ