

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร.

ปริญญานิพนธ์
ของ
สิริพร กาญจนะประโชติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด์้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร.

12 ม.ค. 2547

บทคัดย่อ
ของ
สิริพร กาญจนะประโชติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2546

สิริพร กาญจนะประโชติ. (2546). ความเชื่ออำนาจภายใน — นอกคนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : อาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำจิณ.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 4) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 5) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 6) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูบบุหรี่ อายุ 30 — 50 ปี ของคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาราชิตี จำนวน 150 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูบบุหรี่ จำนวน 50 คน กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 50 คน กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน — นอกคนด้านสุขภาพ แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามสุขภาพจิต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ทดสอบค่าเอฟ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.กลุ่มผู้สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีปัญหาสุขภาพจิต

11.ในกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แสดงว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ถ้ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยจะมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนคนอื่นไม่พบความสัมพันธ์

HEALTH INTERNAL-EXTERNAL LOCUS OF CONTROL, HEALTH
CARE BEHAVIOR AND MENTAL HEALTH OF
CIGARETTE SMOKERS IN BANGKOK.

AN ABSTRACT
BY
SIRIPORN KANJANAPRACHOT

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
October 2003

Siriporn Kanjanaprachot. [2003] . Health Internal - External Locus of Control, Health Care

Behavior and Mental Health of Cigarette Smokers in Bangkok. Master thesis, M.Ed.
[Developmental Psychology] . Bangkok: Graduate School, Srinakarinwirot University. Advisor
Committee: Mr.Somkiat tripyathus. Assist Prof. Pranot Kaochim.

The purposes of this research were 1) to determine and compare the health internal locus of control of cigarette - smoker group, quit cigarette - smoker group, and noncigarette - smoker group, 2) to determine and compare the health external locus of control of cigarette - smoker group, quit cigarette - smoker group, and noncigarette-smoker group, 3) to determine and compare the health chance locus of control of cigarette - smoke group, quit cigarette - smoker group, and noncigarette - smoker group, 4) to determine and compare the health - care behavior of cigarette - smoker group, quit cigarette - smoker group, and noncigartte - smoker group, 5) to determine and compare The mental health of cigarette - smoker group, quit cigarette - smoker group, and noncigarette - smoker group, and 6) to find the relationships of health internal Locus of control, health external locus of control, health - care behavior, mental health of cigarette - smoker group, quit cigarette - smoker group, and noncigarette - smoker group.

The sample in this research consisted 150 smokers about 30 - 50 years old at the quit cigarette - smoker clinic of Ramatibbadee Hospital, Bangkok Metropolis. There were 50 in cigarette - smoker group, 50 in quit noncigartte - smoker group, and 50 in noncigarette - smoker group. The instruments for collecting the data were (a) health internal - external locus of control questionnaire, (b) health - care behavior questionnaire, and (c) mental health questionnaire. The statistics for an analysis of the data were one - way analysis of variance and Pearson's product moment correlation coefficient. The results of the research were as follows:

Cigarette - smoker group, quit cigarette - smoker group and noncigarette - smoker group were not found to be significantly different in health internal locus of control. Quit cigarette - smoker group was significantly different from cigarette - smoker group and noncigarette - smoker group in health external locus of control and health chance locus of control at the .05 level. Noncigarette - smoker group was significantly different from quit cigarette - smoker group and cigaratte smoker group in health - care behavior at the .05 level. Cigarette - smoker group, noncigaretten - smoker group, and quit cigarette-smoker group were not significantly different in mental health. There was a significant negative correlation between mental health and health - care behavior of cigarette - smoker group at the .01 level. Health internal locus of control, health external locus of control and health - care behavior of quit cigarette - smoker group were found to have a significant positive correlation at the .01 level, while there was a significant negative correlation between health internal locus of control and health - care behavior of noncigarette - smoker group at the .01 level. Health external locus of control, health chance locus of control and health - care behavior were found to have a significant positive correlation in quit cigarette - smoker group at the .01 level.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตณด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร

ของ

นางสาวสิริพร กาญจนะประโชติ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

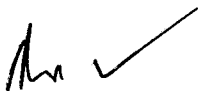


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)

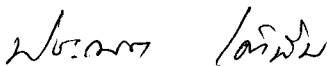
วันที่ 14 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



.....ประธาน

(อาจารย์ สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์)



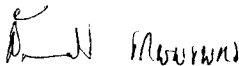
.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำนิม)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยได้เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างดีจาก อาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต เค้าจิม กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ ตลอดจนความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของเนื้อหาทางวิชาการรวมถึงกระบวนการทุกขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์ วาจา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ที่ได้ร่วมเป็นกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของเวชระเบียน และคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลราชวิถีที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมถึงกลุ่มผู้สืบบุหรี่ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการทำแบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคลินิกอดบุหรี่ และเวชระเบียน โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้สืบบุหรี่เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี รวมถึงกลุ่มผู้สืบบุหรี่ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการทำแบบสอบถาม ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ – คุณแม่ ลุง ป้าที่ให้ความสนับสนุนและเป็นกำลังใจในทุก ๆ ด้านในการทำการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน พี่น้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ รวมถึงเพื่อน ๆ จิตวิทยาพัฒนาการทุกคนที่ให้อารมณ์ดีใจตลอดมา ซึ่งกำลังใจจากท่านทำให้ผู้วิจัยทำงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ศึกษาอบรม และให้ความช่วยเหลือจนผู้วิจัยสามารถประสบความสำเร็จในการศึกษาทราบเท่าทุกวันนี้

สิริพร กาญจนะประโชติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทที่.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ทฤษฎีพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง.....	8
แนวคิดกับพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	9
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ.....	25
สุขภาพจิต.....	28
ทฤษฎีและการประยุกต์ทางจิตพฤติกรรมศาสตร์.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	42
งานวิจัยในประเทศ.....	44
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
สมมุติฐานงานวิจัย.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาวิจัย.....	58
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	69
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาวิจัย.....	69
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	69
สมมุติฐานงานวิจัย.....	69
วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผล.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	75
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	75
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	83
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	96

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญ.....	18
2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ ความเชื่อ อำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	59
3 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพระหว่าง กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการใน คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติกรุงเทพมหานคร.....	60
4 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิก อดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติกรุงเทพมหานคร.....	60
5 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ เป็นรายคู่ระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่ มารับบริการ ในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	61
6 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้าน สุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับ บริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติกรุงเทพมหานคร.....	62
7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความ บังเอิญด้านสุขภาพเป็นรายคู่ระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	62
8 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบ บุหรืกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	63
9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับ บริการใน คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	64
10 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิก สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	65

บัญชีตาราง(ต่อ)

11	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	66
12	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	67
13	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร.....	68
14	ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – นอกด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต.....	94

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม.....	23
2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	24
3 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน.....	26
4 ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมแสดงจิตลักษณะพื้นฐาน และองค์ประกอบทางจิตใจของพฤติกรรม ทางจริยธรรม.....	40
5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

มนุษย์ประกอบไปด้วยกาย จิต สังคม ซึ่งต่างก็มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับการกระทบกระเทือน จะส่งกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วยเสมอ ดังนั้นพฤติกรรมใดๆของมนุษย์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้น กล่าวคือ บุคคลที่จะมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรงมักจะเป็นบุคคลที่รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยของตน โดยการประพฤติปฏิบัติตนในด้านต่างๆในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ ทั้งพฤติกรรมการกิน การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การหลีกเลี่ยงการเสพยาของมีเมาและบุหรี่ การป้องกันการติดโรคและเกิดโรค พฤติกรรมเหล่านี้รวมเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งในการรักษาสุขภาพอนามัยที่ดีหรือการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นจะทำให้บุคคลเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (สุริน ศรีรัตน์.2544)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของปัจเจกบุคคล ส่วนสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ การพิจารณาว่าบุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ โดยทั่วไปสุขภาพที่ดี (Health) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ควรถูกรบกวนด้วยโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะทุพพลภาพ (WHO. 1948) เป็นภาวะที่เต็มไปด้วยศักยภาพของบุคคล กล่าวคือ เป็นภาวะที่บุคคลและครอบครัวมีสภาพทางร่างกายและทางจิตสมบูรณ์ที่สุด (King. 1962) นอกจากนั้นสุขภาพดีจะหมายถึงภาวะของร่างกายที่ปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บและความสมบูรณ์ของร่างกายด้วย (Mkkachanic. 1968 : 49 ; Schlenger. 1976 ; Head. 1987 : 100) การมีสุขภาพดีจะต้องหมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลมีชีวิตอยู่ด้วยศักยภาพของตนทำหน้าที่ของตนทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม โดยมีผลทางบวกต่อตน (Campbell. 1975 ; Eiser. 1985)

การสูบบุหรี่ก็เป็นพฤติกรรมของมนุษย์พฤติกรรมหนึ่งที่มีผลทำลายชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบให้เกิดความสูญเสียไปยังสังคมเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทั้งตัวผู้สูบและผู้ใกล้ชิดรอบข้าง กล่าวคือพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นการกระทำที่ทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมโทรมลง การศึกษาผลของการสูบบุหรี่ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทางการแพทย์ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงและมีผลทำลายสุขภาพ ทำให้เกิดโรค โรคที่สำคัญที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะส่วนอื่น โรคแผลกระเพาะอาหาร โรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์หรือการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ความพิการทางร่างกาย สติปัญญา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ยังยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาแก่บุคคลข้างเคียง โดยพบว่าร้อยละ 20 – 30 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ไม่เคยสูบบุหรี่เป็นผลมาจากการที่ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมในบรรยากาศ ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่แต่งงานกับชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่แต่งงานกับชายไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี สำหรับ

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ของหญิงที่ได้รับควันบุหรี่จะมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าในการที่คลอดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ (หทัย ชิตานนท์ 2534 : 1 – 3)

นอกจากนี้สูวพัคตร์ พนมวัน ณ อยุธยา ได้จำแนกความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไว้ 3 ประการ คือ ความสูญเสียที่สามารถคำนวณได้ ได้แก่ เงินที่สูญเสียไปกับการซื้อบุหรี่และการรักษาอาการป่วยเนื่องจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้ ได้แก่ เวลาหรือแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยอันเกิดจากการสูบบุหรี่ ส่วนการสูญเสียที่ไม่สามารถคำนวณได้ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยหรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ความทุกข์ความรำคาญของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่

ด้วยความตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาการสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุของปัญหาสาธารณสุขโลกในปัจจุบัน (WHO) จึงกำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุก ๆ ปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก (WORLD NOT TOBACCO DAY) สำหรับคนไทยได้มีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นครั้งแรกปี พ.ศ. 2517 โดยนายแพทย์ธีระ ลิ้มศิลา เป็นผู้ริเริ่มให้มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องบุหรี่เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ แต่พบว่ายังมีจำนวนผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน อายุ 15 – 19 ปี เริ่มหัดสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55 ดังนั้น รัฐบาลจึงประกาศ พ.ร.บ. ควบคุมการผลิตยาสูบ พ.ศ. 2535 มีความสำคัญคือจำกัดอายุคนซื้อไม่ต่ำกว่า 18 ปีและ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ที่มีการจัดสถานที่แบ่งเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ และนอกจากการให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ การใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่แล้วยังพบว่ามีนักศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลว่าการที่จะทำให้บุคคลเลิกสูบบุหรี่นั้นเกิดจากองค์ประกอบใดบ้าง พบว่าองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องดังกล่าวคือ ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนของบุคคลนั้น(Williams. 1973 ; Strickland. 1978) และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนยังเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาอย่างหนึ่งที่จะนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุบล เลี้ยววาริณ.2534 : 64 ; อ้างอิงจาก Seeman and Evans. 1962 : 772-783 ; Wallston and other. 1976 : 580-585)

นอกจากนี้ประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ (2534 : 113) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล คือบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชค เคราะห์ ความบังเอิญหรืออิทธิพลของผู้อื่น แนวความคิดนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของจูเลียน รอตเตอร์ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนก็ควรจะได้รับผลชอบในสุขภาพของตนเอง มีการแสดงพฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนจะเชื่อว่าเขามีส่วนน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลยในการควบคุมสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วยเป็นเพราะโชคชะตากรรม (มัลลิกา มัติโด.2534 : 85) สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ สำหรับความเชื่ออำนาจภายนอกตน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่อ

อำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไร จากการที่การสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหนึ่งที่มีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลอีกทั้งพฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพร่างกายจิตใจของบุคคลนั้นเมื่อกลุ่มบุคคลทั้ง 3 กลุ่มมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาต่อไปอีกว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของกลุ่มบุคคลแต่ละกลุ่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มบุคคลแต่ละกลุ่มนั้นหรือไม่

โดยเลือกที่จะศึกษากลุ่มบุคคลเพศชายอายุ 30-50 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคนหรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง(35-60ปี)เนื่องจากบุคคลในวัยนี้เป็นวัยที่มีการปรับตัวสูงในเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกายและจิตใจ บุคคลในวัยนี้จะมีประสบการณ์การตายของพ่อแม่เป็นเหตุให้ทัศนคติเกี่ยวกับการตายเปลี่ยนแปลงไป บุคคลมีการคิดคำนึงถึงการตายของตนเองจึงหันมาสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น (โยธิน ศันสนยุทธ 2533 : 210-213) และจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 พบว่า ในปีพ.ศ.2539-2542 บุคคลชายช่วงอายุ 25-59ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ลดน้อยลงอย่างรวดเร็วเป็นอันดับที่ 2 รองจากช่วงอายุ 18-24ปีอีกทั้งจากการสำรวจของกองควบคุมการบริโภคยาสูบพบว่า บุคคลที่ติดบุหรี่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมาเข้ารับการเลิกบุหรี่ตามโรงพยาบาลและสถานบำบัดอื่น ๆเป็นจำนวนมากกว่าวัยอื่น ๆส่วนอายุเฉลี่ยเมื่อเลิกบุหรี่ เท่ากับ 41.4 ปี อีกทั้งปริญา จิรกุลพัฒนา. ม.ป.พ. : อ้างอิงจาก Crandall, et al.1965 : 328 ปริญา จิรกุลพัฒนา กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพจะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็กและเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆตามวัยที่เจริญเติบโต ลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและลดต่ำลงในวัยชรา ดังนั้นในช่วงวัยกลางคนนี้จึงเป็นวัยที่เหมาะสมในการศึกษาเปรียบเทียบและศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

ความมุ่งหมายของการวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
- 2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
- 3.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
- 4.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
- 5.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยแยกศึกษาตามกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการศึกษาทำให้ทราบว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไร

2. ผลการศึกษาทำให้ทราบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความสัมพันธ์อย่างไรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของแต่ละกลุ่มนั้น

3. ผลการศึกษาทำให้ทราบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความสัมพันธ์กันอย่างไรในแต่ละกลุ่มนั้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วเพศชายอายุ 30-50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ที่ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เพศชายอายุ 30 – 50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คน ที่มาใช้บริการต่างๆในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่เพศชายอายุ 30-50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรีทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คน ที่เข้ามาปรึกษาในคลินิกกอดบุหรืโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเริ่มหยุดสูบบุหรี่จนถึงผู้ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลา 1 ปี มาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วเพศชายอายุ 30-50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คน ที่เข้ามาปรึกษาในคลินิกกอดบุหรืโรงพยาบาลรามาริบัติ มาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอและมีผลการตรวจยืนยันว่าเลิกสูบบุหรี่แล้ว เป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 150 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มาใช้บริการต่างๆในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่

แล้วที่มาพบแพทย์ตามนัดในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลรามาธิบดีตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่บางส่วนผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ประวัติการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่ตั้งแต่พ.ศ.2540-2546

ตัวแปรที่ศึกษา

1. การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกบุหรี่แล้ว

1.1 ตัวแปรอิสระ คือ ประเภทผู้สูบบุหรี่ แบ่งเป็น กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

1.2 ตัวแปรตาม คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีตัวแปรดังนี้

2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

2.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

2.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.5 สุขภาพจิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ หมายถึง บุคคลที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่และไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่

2. ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง บุคคลที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ ปัจจุบันเริ่มต้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ บุคคลที่หยุดสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลา 1 ปี ที่เข้ามาปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว หมายถึง บุคคลที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ที่เข้ามาปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลรามาธิบดี มาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอและมีผลการตรวจยืนยันว่าเลิกสูบบุหรี่แล้ว

ซึ่งข้อ 1-3สามารถวัดโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

นิยามปฏิบัติการ

1. ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ (Internal-External Health Locus of Control) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของตนเองในการวิจัยครั้งนี้วัดโดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดของวอลสตันและคณะซึ่งแปลโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา(2527:158-161) จำแนกเป็น

1.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อของบุคคลที่รับรู้สุขภาพอนามัยของตนเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองไม่ว่าจะเป็นไปในด้านดีหรือไม่ดีก็ตาม ตัวแปรนี้ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

1.2 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ(External Health Locus of Control) เป็นความเชื่อของบุคคลที่รับรู้สุขภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองแต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆจากภายนอก เช่น โชคชะตา อำนาจเหนือธรรมชาติ อำนาจของผู้อื่นตัวแปรนี้ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.2.1 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่ว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี

1.2.2 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตา หรือตามโอกาสโดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพสามารถวัดโดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายนอก-ในตนด้านสุขภาพ (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) ของวอลสตันและคนอื่นๆ ซึ่งแปลโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา(2527:158-161)โดยมีข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ลำดับมีทั้งหมด 15 ข้อความเชื่อด้านละ 5 ข้อเรียงปะปนกัน มีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนนและลดลงมาจนถึงไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน คะแนนที่ออกมาในแต่ละด้านจะมีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนด้านใดสูงก็เป็นผู้ที่มีความเชื่อด้านนั้นสูง

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Care Behavior) เป็นกระบวนการในการทำกิจกรรมทางสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมทั้งรับผิดชอบสุขภาพตนเองในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำรุงรักษาสุขภาพ การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การรักษาโรคขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง การวินิจฉัยเพื่อเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนหลังการรักษา การฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทางสุขภาพ สรุป พฤติกรรมดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าว พบว่าพฤติกรรมนั้นเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วย แม้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม แต่พฤติกรรมบุคคลมีส่วนสำคัญในการป้องกันมิให้เกิดได้ หากบุคคลมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ที่อ้างอิงได้จากผลการวิจัยเกี่ยวกับอันดับความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 33 ; อ้างอิงจาก Becker and Maiman.1977 ; William and Wechsler. 1972 ; Steele & Broom. 1972) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการเสพของมีนเมาและบุหรี่ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ลำดับมีทั้งหมด 33 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามทางบวกตอบปฏิบัติเป็นประจำให้ 2 คะแนน และลดลงมาจนถึงไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ข้อคำถามทางลบตอบปฏิบัติเป็นประจำให้ 0 คะแนนและเพิ่มขึ้นมาจนถึงปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนน

3. สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการยอมรับความเป็นจริงในชีวิตและสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข มีการแสดงออกอย่างเหมาะสมและมีความขัดแย้งในใจน้อยที่สุด สามารถวัดโดยแบบสอบถามสุขภาพจิตที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว-30(ธนา นิลชัยโกวิทย์และคนอื่น ๆ.ม.ป.ป.) ซึ่งจีเอสคิว ได้รับการออกแบบมาสำหรับคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการคือการไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็นและการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นปัญหาที่ผิดจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆมากกว่าลักษณะที่เป็นประจำของบุคคลนั้นๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามของ จีเอสคิว จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือความรู้สึกรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social Impairment) และความรู้สึกรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (Hypochondriasis) อย่างไรก็ตาม จีเอสคิว เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและบอกเพียงว่าน่าจะมีคามผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยมีข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choid) 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบ 2 ข้อแรกให้ 0 คะแนน ตอบ 2 ข้อหลังให้ 1 คะแนน ผู้ที่ได้ 0-3 คะแนนถือว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี ผู้ที่ได้ 4-30 คะแนนถือว่ามีปัญหาสุขภาพจิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ทฤษฎีพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
3. ความเชื่ออำนาจภายนอก-ในตนด้านสุขภาพ
4. สุขภาพจิต
5. ทฤษฎีและการประยุกต์ทางจิตพฤติกรรมศาสตร์

1. ทฤษฎีพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

วัยกลางคน (Middle Age) อยู่ช่วงกลางระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยสูงอายุ นิยามกำหนดว่าอยู่ระหว่างอายุ 35 – 65 ปี คนวัยกลางคนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ จากวัยหนุ่มสาวเข้าสู่วัยแรกเริ่มสูงอายุ มักเป็นคนวัยทำงาน คนวัยกลางคนเป็นวัยที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อทางร่างกาย อารมณ์ งานอาชีพ ชีวิตเพศ ความสนใจ ค่านิยม และอื่นๆ หากปรับตัวไม่ทันเพราะขาดความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม ประจำวัย ก็มักจะทำให้ชีวิตสับสนไร้ความสุข (ศรีแก้ว แก้วกังวาล. 2540 : 449)

พัฒนาการทางกาย (Gormy & Brodzinsky. 1989 : 429 - 432) กล่าวถึง พัฒนาการทางกายของวัยกลางคนพบที่มีความเสื่อมถอยลงแต่จะค่อยเป็นค่อยไป ถ้าบุคคลนั้นรักษานามัยดีและไม่มีโรคมามาก่อน พบว่าผิวหนังเริ่มเหี่ยวไม่เต่งตึง รอยย่นบนใบหน้าเห็นได้ชัดขึ้น ผมเริ่มร่วงเริ่มหงอก เกิดไขมันเพิ่มพูนตามหน้าท้อง สะโพก เอว พลังกล้ามเนื้ออ่อนลงที่ละน้อย ฟันเริ่มหลุดโรยลง

ระบบสัมผัสเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการมองเห็นเสื่อมลง สัมผัสทางลิ้น จมูกเริ่มการถดถอย นอกจากนี้ระบบประสาทก็เสื่อม จากรายงานของ Belloc และ Breslow รายงานว่ามีนิสัยประจำตัวคน 7 ประการ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเสพเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกินความพอดี การนอนน้อยกว่าคืนละ 7 ชั่วโมงหรือนอนมากกว่า 9 ชั่วโมง การไม่รับประทานอาหารเช้า น้ำหนักตัวมากเกินไปหรือน้อยไป ไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การกินอาหารจุกจิก (นอกเวลาปกติ)

ภารกิจเชิงพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ฮาวิกเฮิร์สท์ อธิบายว่า ผู้ใหญ่วัยนี้จะอยู่ในช่วงอายุประมาณ 35 - 60 ปี โดยจะมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญดังนี้ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. 2539 : 5)

1. อาจจะประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับในสังคม

2. มีหลักฐานและฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง โดยมีมาตรฐานความเป็นอยู่เหมาะสมกับฐานะทางสังคม
3. สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ลูกหลาน ตลอดจนบริวารได้มีความสุข และให้ความช่วยเหลือกับคนใกล้ชิด
4. สามารถใช้เวลาว่างและมีงานอดิเรก หรือนันทนาการที่เหมาะสมกับวัย
5. สามารถปรับตัวได้ตลอดจนยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ
6. สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทการเป็น พ่อ – แม่ ที่ลูกๆ กำลังจะแยกออกไปมีครอบครัวของเขาเอง

พัฒนาการทางบุคลิกภาพในวัยกลางคน วัยกลางคนจะมองโลกอย่างรอบคอบ เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ดูเหมือนว่าคนเหล่านี้เชื่อว่าไม่กล้าได้กล้าเสียในวัยนี้จะมีความรู้สึกรู้สึกว่ามีความสำคัญต่อครอบครัว มีอำนาจในการควบคุมคนในวัยก่อนหน้านี้ (เอื้ออารี พงศ์อิศวรานันท์. 2535 : 150)

การปรับตัวเนื่องจากวัยกลางคนมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องต่างๆ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาต้องปรับตัวตลอดเวลา ระยะแรก ปรับตัวให้เข้ากับชีวิตครอบครัว ระยะที่สอง ปรับตัวให้เข้ากับบทบาทในการเป็นพ่อแม่ระยะที่สาม ปรับตัวที่จะอยู่สภาพตามลำพัง เป็นปู่ย่า ตายาย ภาวะของการเป็นหม้าย มีการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับวัยชราที่จะมาถึง ปัญหาส่วนใหญ่ของวัยชราเริ่มต้นมาจากวัยกลางคน ฉะนั้นผู้ที่ต้องการมีชีวิตที่เป็นสุขในวัยชรา ควรจะสนใจการเตรียมตัวเตรียมใจกับปัญหาการปรับตัวในสิ่งที่เกิดขึ้น

1. สุขภาพของร่างกาย สุขภาพของวัยกลางคนจะเริ่มเสื่อมลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะลดลง หรืออาจจะเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ ฉะนั้น ในวัยกลางคนควรสนใจเรื่องการจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย การระวังรักษาสุขภาพ

2. การเกษียณจากการทำงาน (เอื้ออารี พงศ์อิศวรานันท์. 2535 : 150)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.1 พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2531 : 583) หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้มากมายดังนี้

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2529 : 4 - 6) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง อากัปกริยาทั้งมวลของบุคคลทั้งที่เราสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวได้แก่การเดิน นั่ง นอน ผื่นอารมณ์เกลียด รัก เป็นต้น พฤติกรรมแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมมีอยู่ในใจยากที่ผู้อื่นจะรู้ถ้าบุคคลนั้นไปบอกหรือแสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น การคิด การเข้าใจ การตัดสินใจ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การเดินของหัวใจ การเดิน พูด ทำงาน เป็นต้น นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่างจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยบันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง

บลูม (Bloom, 975 : 65 -197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์ทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิดและพัฒนาการด้านสติปัญญา
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึงความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน
3. พฤติกรรมด้านปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล คือ เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีความสุขภาพดี

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เจตคติและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดความรู้เรื่องสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 155) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ ก็สามารถจะชี้ให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง เป็นสิ่งที่เกิดภายในบุคคลสังเกตโดยตรงไม่ได้ แต่สามารถจะวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า มี หรือ ไม่มี ได้เช่นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ โดยได้แบ่ง พฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของตัวบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติของด้านร่างกายหรือจิตใจ พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยนี้ อาจแสดงออกโดยการแสวงหาสถานพยาบาล การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจเป็นการเพิกเฉย การหลบหนีสังคม เป็นต้น
3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรง การกระทำอาจต้องลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรค

รุนแรงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สารเสพติด การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารบางชนิด

อุบล เลี้ยววาริณ (2534 : 31) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นการปฏิบัติใดๆ ที่มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และได้แบ่งพฤติกรรม ออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมรับประทานที่ถูกสุขลักษณะ การมีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

2. พฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การรับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

ธันวาคม ศุภวรรณรักษ์ (2543 : 27 - 29) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ สุขภาพครอบครัว หรือสุขภาพชุมชน พฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพที่ต้องการและพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการโดยทั่วไปแล้วสามารถจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกได้เป็น 4 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยที่บุคคลมีการกระทำหรือปฏิบัติในสิ่งที่คุณเป็น หรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองหรือชุมชน

2. พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยที่บุคคลงดเว้นการกระทำหรือปฏิบัติในสิ่งที่ เป็นโทษหรืออันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน

3. พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการ โดยที่บุคคลมีการกระทำหรือปฏิบัติในสิ่งที่ เป็นโทษหรืออันตรายต่อสุขภาพของตนเองหรือของชุมชน

4. พฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยที่บุคคลละเลยหรือไม่นำพาต่อการกระทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวหรือของชุมชน พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ประการนี้มีการแสดงออกได้ใน 3 สภาพด้วยกัน

4.1 การแสดงออกในรูปความเข้าใจ

4.2 การแสดงออกในรูปความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม

4.3 การแสดงออกในรูปการกระทำ

ลักษณะพฤติกรรมของบุคคลนั้น สามารถจำแนกออกได้ในลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น

2. พฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนมิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ

3. พฤติกรรมเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัว

เจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วยหรือแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการหรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด

4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบการเจ็บป่วย

5. พฤติกรรมมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามระดับหรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

จากการศึกษาประเภทของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวแล้ว สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการดำรงไว้ให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรค (Health Maintenance and Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลสามารถทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคด้วย

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick Behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติเพื่อให้อาการทุเลาหรือหายได้

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Health Care) เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่างๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง ซึ่งจากแนวคิดนี้ สามารถจำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย

1. การบำรุงสุขภาพของตน
2. การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ
3. การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง
4. การรักษาตัวเองด้วยวิธีต่าง ๆ รวมถึงการใช้ยา
5. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาตน

ในการดำรงชีวิตตามปกติของคนเรา เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง เบื้องแรกคือการบำรุงสุขภาพและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บโดยให้ความสนใจเอาใจใส่ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญดังต่อไปนี้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่

1. การโภชนาการ
2. การออกกำลังกาย
3. การพักผ่อน
4. การนันทนาการ
5. การขับถ่าย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Care Behavior) เป็นกระบวนการในการทำกิจกรรมทางสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมทั้งรับผิดชอบสุขภาพตนเองในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำรุงรักษาสุขภาพ การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การรักษาโรคขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง การวินิจฉัยเพื่อเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนหลังการรักษา การฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทางสุขภาพ สรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ
 - 1.1 การส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 การป้องกันโรค
2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าว พบว่าพฤติกรรมนั้นเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเจ็บป่วย แม้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม แต่พฤติกรรมบุคคลมีส่วนสำคัญในการป้องกันมิให้เกิดได้ หากบุคคลมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้านี้จะกล่าวถึงเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ที่อ้างอิงได้จากผลการวิจัยเกี่ยวกับอันดับความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 33 ; อ้างอิงจาก Becker and Maiman.1977 ; William and Wechsler. 1972 ; Steele & Broom. 1972) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการเสพของมีเมาและบุหรี่ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและตรวจสุขภาพประจำปี

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วิล ดั๋งตระกูล (2543 : 22 - 31) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การได้รับอาหารถูกหลักโภชนา ซึ่งเป็นการบริโภคอาหารหลักครบ 5 หมู่ ครบทั้งปริมาณคุณภาพ สะอาด ถูกต้อง ถูกหลักอนามัย ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรค สารเคมี ไม่บูดเน่า นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงวิธีการปรุงอาหารที่ถูกต้องการรักษาอาหารให้ถูกสุขลักษณะ ภาชนะที่ใส่อาหาร การบริโภคที่ดีจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ กล่าวคือ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง และพัฒนาการทางสมองของเด็ก มีภูมิคุ้มกันโรคดี และเพิ่มอำนาจต้านทานโรค ลดอัตราการติดเชื้อให้น้อยลง ลดอัตราการเจ็บป่วย ถึงแม้จะเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรงจะหายป่วยโดยเร็ว อาหารสำหรับคนปกติเพื่อการมีสุขภาพที่ดียังคงต้องการอาหาร 5 หมู่ ดังนี้

โปรตีน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ โปรตีนจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อหมู ไก่ วัว ควาย ปลา กุ้ง ปลาหมึก หอย ไข่ นม ส่วนโปรตีนอีกชนิดคือโปรตีนจากพืช เช่น ข้าวกล้อง พืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วเหลือง (จินทนา เชื้อนาค 2538:99)ได้กล่าวว่า มีผู้ศึกษาความต้องการโปรตีนในชีวิตประจำวันเพื่อสุขภาพที่ดีและการป้องกันโรคพบว่า บุคคลทั่วไปควรได้โปรตีนวันละ 30 - 35 กรัม เท่านั้นเพราะถ้าโปรตีนมากเกินไปจะทำให้ของเสียจากการย่อยโปรตีนบูดเน่าสะสมในร่างกายทำให้เกิดโรคเรื้อรังเช่น ข้อ

อักเสบ โรคหัวใจและโรคเมะเร็ง โดยเฉพาะโปรตีนจากสัตว์ที่ได้รับการปรุงผ่านความร้อนจะย่อยสลายได้ง่าย ทางที่ดีไม่ควรบริโภคเกินขนาดและการปรุงอาหารโปรตีนควรผ่านความร้อนไม่เกิน 3 นาที

คาร์โบไฮเดรต ซึ่งได้แก่ อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เช่น ข้าว มัน เผือก ฟักทอง ผลิตภัณฑ์จากข้าว เช่น ขนมปัง โรตีส ซึ่งการรับประทานคาร์โบไฮเดรตควรรับประทานเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน(Complex Carbohydrate) ซึ่งได้แก่ ข้าวต่างๆ พืชเมล็ด เช่นเมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นกลูโคสอย่างช้าๆ ในระหว่างย่อย จึงให้พลังงานอย่างสม่ำเสมอและยังให้กากใยเพื่อเพิ่มปริมาณของอุจจาระทำให้ขับถ่ายง่ายขึ้นไม่มีอาหารหมักหมม บูดเน่าในลำไส้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหลายชนิด เช่น ลำไส้โป่งพอง ลำไส้ติ่งอักเสบ มะเร็งลำไส้ ควรหลีกเลี่ยงน้ำตาลทรายขาว แป้งขาว

ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงสุด ไขมัน 1 กรัมให้พลังงาน 9 แคลอรี ไขมันมี 2 ชนิดคือ

1. ไขมันจากสัตว์ (Saturated Fat) ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ เช่น มันเนื้อมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ หนังของสัตว์ต่างๆ ไข่ อาหารทะเล และไขมันจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือดด้วย

2. ไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated Fat) ได้แก่ ไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันงา น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย จมูกข้าวสาลี ควรใช้วันละ 2 ช้อนโต๊ะ

วิตามิน ซึ่งได้แก่ วิตามิน เอ บี ซี ดี อี เค แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. วิตามินที่ละลายน้ำได้ (Water Soluble Vitamin) ได้แก่ วิตามิน เอและซี
2. วิตามินที่ละลายในน้ำมัน(Fat Soluble Vitamin) ได้แก่ วิตามิน เอ ดี อี เค

วิตามินต่างๆ นั้นจะมีในอาหารทั่วไป คือ ผัก ผลไม้ ซึ่งให้คุณค่าทางอาหารแตกต่างกัน บำรุงสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันโรคได้

1. วิตามิน เอ มีหน้าที่ช่วยรักษาสุขภาพของผิวหนัง เยื่อบุต่างๆ และการมองเห็น
2. วิตามิน ดี มีหน้าที่ช่วยดูดซึมแคลเซียม เช่นในการสร้างกระดูกและฟัน
3. วิตามิน บี 1 มีหน้าที่ในการใช้คาร์โบไฮเดรต การทำงานของหัวใจและระบบประสาท
4. วิตามิน บี 2 มีหน้าที่เกี่ยวกับการใช้โปรตีน ไขมัน ช่วยบำรุงผิวหนังและดวงตา
5. วิตามิน ซี มีหน้าที่ช่วยบำรุงเหงือก ฟันเส้นเลือดและป้องกันเส้นเลือดเปราะ

ช่วยในการดูดซึมสารอาหาร

เกลือแร่ จะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล เช่น บำรุงร่างกายให้แข็งแรงและป้องกันการเกิดโรคได้ เช่น โซเดียม โปแตสเซียม แมกนีเซียม คลอไรด์ คาร์บอนเนต ปริมาณต้องอยู่ในภาวะที่เหมาะสม จึงจะทำให้ร่างกายเป็นปกติ

น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกาย ความต้องการน้ำของร่างกายประมาณ 8-10 แก้วต่อวัน เป็นอย่างน้อยขึ้นกับน้ำหนักตัวแต่ละคน

นอกจากการเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่แล้ว วิธีการปรุงอาหาร ความสะอาดของอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังต้องอาศัยการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ

1. บริโภคเมื่อหิว ดื่มเมื่อกระหาย
2. บริโภคอาหารช้าๆ ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

3. เคี้ยวให้ละเอียดเพื่อให้อาหารผสมกับน้ำย่อยในน้ำลายก่อนที่จะลงในกระเพาะอาหาร
4. บริโภคปริมาณน้อยลงในแต่ละมื้อ
5. ไม่บริโภคอาหารรสจัดเกินไป ผสมเครื่องปรุงรสมากเกินไป พริกไทย น้ำส้ม ผงชูรส น้ำตาลทรายขาว แป้งขาว
6. บริโภคอาหารธรรมชาติครบรูป ซึ่งไม่ผ่านการปรุงแต่ง สดใหม่ ปลูกในพื้นที่ที่อยู่อาศัย และเกิดตามฤดูกาล
7. ไม่บริโภคอาหารจุกจิก
8. หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่นคาร์โบไฮเดรตบางประเภท ไขมัน
9. ควรรับประทานอาหารที่ปรุงโดยวิธีการต้ม นึ่ง หลีกเลี่ยงอาหารทอด ผัด

2. พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน

การพักผ่อน เป็นกิจกรรมที่จำเป็นต่อสุขภาพมากเช่นเดียวกับการปฏิบัติตัวทางสุขภาพด้านอื่นๆ โดยคนทั่วไปมักเข้าใจว่าการพักผ่อน หมายถึงการนอนหลับ แท้จริงแล้วการพักผ่อนของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน เช่น การดูหนังสือ การฟังเพลง การดูทีวี การนอนหลับ หากแต่รู้จักเลือกวิธีการพักผ่อนที่เหมาะสมก็เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกทางหนึ่ง (สุขภาพเพื่อชีวิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2541 : 86 - 87)

ลักษณะของการพักผ่อน

คนแต่ละคนจะมีวิธีการพักผ่อนที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ เพศ เวลา ความชอบของบุคคล ฯลฯ อย่างไรก็ตามเราอาจแบ่งการพักผ่อนออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ การพักผ่อนโดยการนอนหลับ และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพักผ่อน เช่น การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การฟังดนตรี การชมภาพยนตร์ การชมโทรทัศน์ ฯลฯ การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพักผ่อน แต่ละคนก็อาจเลือกปฏิบัติได้ตามความพอใจของตน ซึ่งจะแตกต่างกันตามที่ได้อธิบายมาแล้ว แต่การพักผ่อนโดยการนอนหลับเพื่อให้รู้ถึงวิธีการนอนพักผ่อนที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างแท้จริง

ประโยชน์ของการนอนหลับ

ทุกคนคงเคยได้ยินคำพูดที่ว่า “ การนอนหลับเป็นวิธีการพักผ่อนที่ดีที่สุด ” สาเหตุที่มีคำกล่าวเช่นนี้คงเนื่องจากการนอนหลับมีคุณค่าต่อสุขภาพดังนี้

1. การนอนหลับเป็นการสะสมพลังงานของร่างกาย
2. การนอนหลับมีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของสมองและการสร้างเซลล์สมองใหม่
3. การนอนหลับเป็นการฟื้นฟูความรู้สึกของบุคคลให้ดีขึ้นภายหลังการทำกิจกรรม
4. การนอนหลับทำให้เกิดปัญญาและช่วยให้อารมณ์สดชื่นขึ้น

จากการศึกษาเรื่องของการนอนหลับชี้ให้เห็นว่า การนอนของคนเราไม่ได้ขึ้นอยู่กับชั่วโมงการนอนแต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพการนอน คนที่ไม่ได้หลับเป็นระยะเวลาอันยาวนานความสามารถในการทำงานลดลง การตัดสินใจช้าลง ถ้าไม่ได้นอน 48 - 72 ชั่วโมง จะเริ่มมีอาการประสาทหลอน

เพื่อการนอนหลับให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ร่างกายควรมีหลักปฏิบัติดังนี้

1. ควรเข้านอนให้เป็นเวลา
2. ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20 นาทีเพื่อช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น
3. นอนในที่มืดอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรนอนร่วมกันหลายคนในห้องที่แออัด
4. ควรนอนในท่าที่สบายที่สุดให้อวัยวะทุกส่วนได้พักอย่างเต็มที่ สวมเสื้อผ้าที่สะอาด นอนบนที่นอนที่สะอาดและมีผ้าห่มปกปิดร่างกายที่ให้ความอบอุ่นเพียงพอ
5. แปร่งฟัน ล้างมือและเท้าให้สะอาดหรือชำระล้างร่างกายก่อนเข้านอน
6. ควรถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้านอน
7. ควรใช้เวลาในการพักผ่อนให้เหมาะสมตามเพศ วัย และสภาวะของร่างกาย เช่น

ในวัยผู้ใหญ่ ควรพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

3. พฤติกรรมการขยับถ่าย

หลักการปฏิบัติเพื่อการขยับถ่ายที่ดี

1. รับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ เพราะอาหารดังกล่าวจะมีกากอาหารทำให้มีการขยับถ่ายดี
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น
3. ควรรับประทานอาหารที่ช่วยระบบการย่อยอาหาร เช่น พืชสมุนไพร จำพวก ขี้เหล็ก กระชาย กระเทียม กระเพรา ขมิ้น ตะไคร้ ขิง
4. ควรขยับถ่ายให้เป็นเวลา
5. เมื่อมีปัญหาต่อระบบขยับถ่ายควรรีบแก้ปัญหาหรือไปพบแพทย์
6. ควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อลดอาการท้องผูก
7. ไม่ควรกลั้นอุจจาระ ถ้ากลั้นอุจจาระบ่อยๆ จะทำให้ท้องผูกได้
8. เมื่อเกิดอาการท้องผูกไม่ควรทานยาระบาย
9. ควรทำอารมณ์ให้ผ่อนคลายไม่ตึงเครียดเพราะความเครียดจะทำให้ท้องผูกได้

4. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการวางแผน มีการทำซ้ำๆ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อความแข็งแรงของร่างกาย (วิไล ตั้งตระกูล. 2543 : 24 - 26) การออกกำลังกายที่ทำโดยถูกต้องเหมาะสมให้คุณค่าแก่ร่างกาย คือ ในเด็กออกกำลังกายทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรค ในหนุ่มสาวและผู้ใหญ่การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยการทำงานของระบบต่างๆ เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบประสาท ระบบหายใจ ทำงานได้ดีมีสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้สภาพร่างกายมีสมรรถภาพสูง สามารถประกอบกิจกรรมและการทำงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะเวลายาวนาน โดยไม่เหน็ดเหนื่อยและการออกกำลังกายเป็นประจำ ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บบางอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) โรคอ้วน (Obesity) วิธีการออกกำลังกาย ควรเริ่มเล่นเบาๆ ก่อน เพื่อให้กล้ามเนื้ออบอุ่นและพร้อมที่จะออกแรงแล้วจึง

ค่อยเล่นหนักขึ้น สำหรับปริมาณของการออกกำลังกายต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลและควรใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 15 - 20 นาที เป็นเวลาทุกวันหรือทุกสองวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อยคือ มีเหงื่อซึมและเหนื่อยเป็นเวลานานพอสมควร การออกกำลังกายที่หักโหมหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คือ เล่นๆหยุดๆจะมีผลบวกต่อร่างกาย แต่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ และหลังออกกำลังกายทุกครั้งควรให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ประเภทของการออกกำลังกาย มี 2 ประเภท

1. การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic Exercise) เป็นการใช้อวัยวะออกแรงต้านน้ำหนักเป็นจังหวะซ้ำๆกล้ามเนื้อทุกส่วนมีการเกร็งและออกแรงไปพร้อมๆกัน ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวเกิดการเคลื่อนไหว ได้แก่ การยกแขนขา การเคลื่อนไหวข้อ การเดิน ซี่จักรยาน เป็นต้น การออกกำลังกายวิธีนี้จะมีผลต่อร่างกาย ดังนี้

1.1 เพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อลาย

1.2 เพิ่มการกระจายเลือดไปยังบริเวณกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว

1.3 กระตุ้นกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกายให้ดึงออกซิเจนไปใช้ในการเผาผลาญเพิ่มขึ้น

2. การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่เส้นใยกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาว แต่มีการเพิ่มความตึงเครียดในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงเป็นมัดๆในส่วนที่ต้องการ อาจเรียกว่า การออกกำลังกายแบบสถิต (Static Exercise) เช่น การดันของหนัก การยกน้ำหนัก การออกกำลังกายชนิดนี้ จะมีผลเฉพาะความแข็งแรงแต่ไม่มีผลต่อระบบหมุนเวียนโลหิต

การออกกำลังกายจะมีผลดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. ช่วยในการดึงเอาเนื้อเยื่อไขมันบริเวณกล้ามเนื้อมาใช้สร้างพลังงาน ทำให้เนื้อเยื่อไขมันบริเวณกล้ามเนื้อลดลงและหดตัวดีขึ้น

2. ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง

3. ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ เนื่องจากมีการละลายของไฟบริน ลิ่มเลือดไม่เกาะตัวกันและน้ำตาลในเลือดลดลง เนื่องจากการเพิ่มของอินซูลินและการเพิ่มความทนทานของกลูโคสและความไวของอินซูลินขณะออกกำลังกาย (สุเอ็ด คชเสนี. 2531:340)

4. ช่วยลดความเครียดในจิตใจ เป็นการลดการกระตุ้นการทำงานของอดรีนาลีน ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจ

การออกกำลังกายและกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณของพลังงานที่ถูกเผาผลาญนั้น ปรากฏดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญ

กิจกรรม	แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง	กิจกรรม	แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง
เดินขึ้นลงบันได 15 ชั้น	1.012	เดินรำจังหวะพอควร	3.8
นั่ง	0.4	เล่นปิงปอง	4.4
ยืนทำงาน ยืนสบาย	0.6	เล่นเทนนิส	5.0
ขับรถยนต์	0.9	เดินแอโรบิค	7.0
รีดผ้า ล้างชาม	1.0	วิ่ง	7.0
ล้างพื้นห้อง	1.2	ขี่จักรยานเร็วมาก	7.6
ซักผ้า	1.3	ว่ายน้ำ	7.9
กวาดพื้น	1.4	เดินเร็วมาก	8.3
เล่นกอล์ฟ	1.5	เล่นสกี	10.3
เดินช้าๆ	2.0	ต๋อยมวย	11.4
ขี่จักรยาน	2.5	กรรเชียงเรือแข่ง	16.0
เดินเร็ว	3.4		

ที่มา : เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. 2532 : 125 – 126.

การออกกำลังกายสำหรับวัยผู้ใหญ่ การออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่จำเป็นไม่น้อยกว่าวัยเด็กเพราะจะช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อแข็งแรง หัวใจมีการสูบฉีดโลหิตทำให้การไหลเวียนดีการแลกเปลี่ยนอากาศของปอดมีประสิทธิภาพ การย่อยอาหารเป็นไปได้ดีด้วยดี ป้องกันอาการท้องผูก ทำให้หลับสนิท รูปร่างได้สัดส่วนการเคลื่อนไหวเป็นไปด้วยความคล่องแคล่ว นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยป้องกันโรคอีกด้วย เช่น ช่วยแก้ความพิการ พื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ป้องกันโรคหัวใจและอวัยวะเสื่อม โรคบางชนิด การออกกำลังกายช่วยให้ทุเลาลง เช่น หืด หอบ ความดันโลหิต การออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ยังช่วยให้อารมณ์และจิตใจได้ระบาย ป้องกันโรคจิตและประสาท

5. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพของมีนเมาและบุหรี่

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้มากมาย ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (หทัยชิตานนท์. 2534 : 5 - 11) ได้อธิบายว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง เนื่องจากสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่ มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ยืนยันอย่างชัดเจนว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีสารทาร์มากมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีสารทาร์ต่ำ กฎหมายสิงคโปร์กำหนดการควบคุม

สารพิษ ในปี พ.ศ.2532 ในบุหรี่แต่ละมวนมีสารทาร์ไม่เกิน 15 มิลลิกรัมและสารนิโคตินไม่เกิน 1.3 มิลลิกรัม แต่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมาย เพราะบุหรี่ไทยเกือบทั้งหมดมีปริมาณสารทั้ง 2 ชนิด สูงกว่ามาตรฐาน การเลิกสูบบุหรี่ในทุกอายุจะลดความเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยอันสมควร แต่การลดความเสี่ยงต่อการตายนั้น จะลงมาเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบเลยก็ต่อเมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้ว 10 - 15 ปี แสดงว่าผลของการสูบบุหรี่ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะเมื่อเลิกสูบบุหรี่ใหม่ๆ การเลิกสูบบุหรี่จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดทุกชนิด มะเร็งกล่องเสียง ทั้งในผู้ชายและผู้หญิงที่สูบบุหรี่กันกรองหรือแบบธรรมดา ส่วนมะเร็งช่องปากและหลอดอาหารจะลดลงครึ่งหนึ่งภายหลังจากการเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 5 ปี นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งตับอ่อนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และความเสี่ยงดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนหลังจากหยุดสูบบุหรี่ไปแล้วเป็นเวลา 10 ปี การเลิกสูบบุหรี่ ลดอัตราการเกิดโรคปอดและอาการทางระบบทางเดินหายใจได้เช่น การไอมีเสมหะ การติดเชื้อ เช่น หลอดลมอักเสบและปอดบวม เป็นต้น หลังเลิกสูบบุหรี่ 2 - 3 เดือนการทำงานของปอดจะดีขึ้นร้อยละ 15 และลดอัตราการตายจากโรคถุงลมโป่งพอง

ส่วนการสูบบุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากนิโคตินมีผลต่อการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงในหัวใจ คาร์บอนไดออกไซด์ มีผลทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ในควันบุหรี่ จะทำให้หลอดเลือดเกาะกันมากขึ้นไขมันที่อยู่ในเลือดไปเกาะผนังหลอดเลือดได้ง่ายและมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหัวใจอุดตันเกิดอาการของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและโรคหลอดเลือดสมอง (องค์การอนามัยโลก. 1992 : 27 ; อ้างอิงจาก วิลโล่ ตั้งตระกูล. 2543 : 27 - 28) กล่าวว่าในสมัยก่อนโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันพบว่าอาการโรคหัวใจเฉียบพลัน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นในคนวัยกลางคนและหนุ่มสาว อีกทั้งการสูบบุหรี่ ยังทำให้ผู้สูบแก่ก่อนวัย ความจำเสื่อม ทำลายสายตาและยังให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอีกด้วย การสูบบุหรี่นอกจากจะให้โทษต่อร่างกายของผู้สูบแล้วคนใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2539) ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงที่จะกระทำ บุคคลที่มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์จะเป็นคนที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการได้รับสารพิษของบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

สุราหรือแอลกอฮอล์เป็นของเหลวที่ได้จากกระบวนการหมักผลไม้ ผักหรือเมล็ดพืช แอลกอฮอล์จัดเป็นสารอาหารจำพวกรา เพราะมีผลต่อร่างกาย จัดเป็นอาหารได้ เพราะสามารถให้พลังงานได้แต่แอลกอฮอล์ไม่มีคุณค่าทางอาหาร มันสามารถดูดซึมได้เร็วที่ผนังกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก โดยไม่มีการย่อย การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จะกระตุ้นทำลายระบบการทำงานของอวัยวะเช่นสมอง หัวใจ กระเพาะอาหาร ทำให้เสียสติสัมปชัญญะและบั่นทอนสุขภาพ บุคคลที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 0.03 จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้สมองผ่อนคลายการเคลื่อนไหว ปฏิกริยาโต้ตอบล่าช้า ร้อยละ 0.09 เริ่มมีเมเา เอะอะงุ่มง่าม ร้อยละ 0.12 เริ่มมีอาการทรงตัวไม่อยู่ ร้อยละ 0.15 อาการพิษสุราชัดเจนเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อไม่ไหว ร้อยละ 0.20 อารมณ์จะแปรปรวน คุ่มสติไม่อยู่ จนถึงขั้นหมดสติ การดื่มสุราในปริมาณที่มากและสม่ำเสมอจะนำไปสู่อาการพิษสุราเรื้อรัง โรคมะเร็งตับ ตับแข็ง โรคสมองเสื่อม นอกจากนี้การดื่มสุรายังเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุอีกด้วย ดังนั้นบุคคลที่จะมีสุขภาพที่ดีหรือมีพฤติกรรม

ดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา (จรรยาพร ธรณินทร์. 2529 ; อ้างอิงจาก อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 4)

6. พฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและตรวจสุขภาพประจำปี

พฤติกรรม การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

พฤติกรรม การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลสุขภาพฟัน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาความสะอาดเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม การพักผ่อนและการนอนหลับ

1. การดูแลสุขภาพฟัน ฟันเป็นอวัยวะสำคัญอย่างยิ่งของมนุษย์ เพราะนอกจากจะใช้เคี้ยวบดอาหารให้ละเอียดเพื่อง่ายต่อการย่อยของกระเพาะแล้ว ยังมีความเกี่ยวข้องกับการออกเสียงในการพูดและความสวยงามบนใบหน้าด้วย เมื่อมีสุขภาพฟันและช่องปากสมบูรณ์ดีย่อมเป็นหลักประกันในการลดความเจ็บป่วยในร่างกาย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากฟันผุ โรคปริทันต์ โรคเหงือกอักเสบและผลจากลูกกลามของเชื้อโรคยังเป็นผลให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมาอีกด้วยเช่น โรคโพรงจมูกอักเสบ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคตาอักเสบ โรคฝีในสมอง โรคฝีในปอด โรคหอบหืดและปวดศีรษะ การป้องกันและดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน สามารถทำได้โดยง่ายจากการแปรงฟันอย่างถูกวิธีโดยสม่ำเสมอ คือหลังรับประทานอาหารทุกครั้งหรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือ ก่อนเข้านอนและหลังตื่นนอนตอนเช้า นอกจากนี้ควรได้รับการตรวจสุขภาพฟันจากทันตแพทย์ทุกๆ 6 เดือน เพราะโรคในช่องปากและฟัน จะเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือน ถึงแม้จะยังไม่รู้สึกถึงความผิดปกติ

2. การรักษาความสะอาดของร่างกายและเครื่องใช้รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

ความสะอาดเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันในปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศไทย เป็นเขตร้อน อากาศร้อน ฝุ่นละออง มลภาวะมาก การทำความสะอาดของร่างกายและเครื่องใช้ป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งตอนเช้านอนและก่อนนอน การดูแลสุขภาพและตัดเล็บมือ-เท้าควรทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผสมควรสระสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดูแลสุขภาพผมให้เรียบร้อย สะอาด ไม่มีกลิ่น ไม่มีเหา การดูแลสุขภาพของเสื้อผ้า การแต่งกายที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุได้ง่าย เช่น การสวมรองเท้าที่พอเหมาะพอดี ไม่สูงหรือเตี้ยจนเกินไป การดูแลสุขภาพของผิวหนังไม่ให้สกปรกมีกลิ่น เป็นที่หมักหมมเป็นบ่อเกิดเชื้อโรค การประกอบกิจวัตรประจำวันจนเป็นนิสัยที่ดี เรียกว่า สุชนนิสัย นอกจากการดูแลสุขภาพของร่างกายแล้ว ยังต้องดูแลสุขภาพของเสื้อผ้า รองเท้า กระเป๋า เครื่องใช้ ที่นอน ห้องนอนต้องโปร่ง อากาศถ่ายเทได้ดี บ้านเรือน การซักผ้า ตากผ้า ตากแดดให้แห้งเพื่อฆ่าเชื้อโรค

พฤติกรรม การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพได้มีการดำเนินการมานานกว่าร้อยปี การตรวจสุขภาพสามารถช่วยให้ค้นพบโรคบางอย่างซึ่งอยู่ในตัวเราที่ซ่อนเร้นและยังไม่แสดงอาการ การตรวจแต่เนิ่นๆ จะสามารถลดอัตราการป่วยของคนเหล่านี้ได้ วิธีการต่างๆ ในการตรวจสุขภาพจะประกอบไปด้วย การซักประวัติ การตรวจ ร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาหมู่เลือด ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ ภูมิคุ้มกันโรค และการฉายภาพรังสีทรวงอก ตรวจคลื่นไฟฟ้า ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด เป็นต้น

การตรวจสุขภาพประจำปี แม้จะเป็นการสูญเสียทรัพยากรด้านเวลาและเงินค่าใช้จ่ายแต่ก็เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพและบุคคลที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับสูงกล่าวคือ มีการศึกษาสูง มีรายได้สูง มีอาชีพมั่นคง เพราะผู้ที่ได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาการเกิดโรคที่แอบแฝงอยู่นั้นจะต้องเป็นมีความรู้ด้านสุขภาพ มีความสนใจและเอาใจใส่การดูแลสุขภาพของตนเองตลอดจนต้องมีเงิน มีเวลา ที่จะต้องเสียไปในการรับการตรวจสุขภาพตาม โรงพยาบาลต่าง ๆ การตรวจร่างกายควรกระทำเป็นประจำทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง (นภาพิณ โอภาสานนท์ และคนอื่น ๆ. 2532 : 101 - 111)

2.4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดทางจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของแคลแมน (Kelman) เกี่ยวกับการกระบวนเปลี่ยนแปลงในสังคมบุคคลนั้น เชื่อว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) เพราะบุคคลถูกสังคมหรือกลุ่มของบุคคล บังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกลงโทษ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเปลี่ยนแปลงก็ได้รับรางวัลจากสังคม การเปลี่ยนแปลงแบบนี้จะไม่ถาวร

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Identification) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยบุคคลนั้นเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ดีจึงยอมรับและต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น เช่น บิดา มารดา ครูอาจารย์ ดารา นักการเมือง พระภิกษุสงฆ์ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี (Internalization) บุคคลยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตัวเอง ตรงกับแนวความคิด ค่านิยมของบุคคลที่ยึดถืออยู่ หรืออาจมองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นแก้ไขปัญหของตนได้

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

กษมา สุขวคนธ์ (2540 : 20) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ดังนี้

1. พันธุกรรม เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดหรือการแสดงออก ซึ่งต้องอาศัยระดับสติปัญญา ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากบิดา มารดาหรือบรรพบุรุษ ความเฉลียวฉลาดและโรคบางอย่างสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม

2. วุฒิภาวะ เป็นพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

3. การเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้แล้วจึงเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรม ยาและสิ่งเสพติด สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนได้ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน

2.6 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

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

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความเชื่อ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะความมากน้อย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล

2.1 ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว บางครอบครัวปลูกฝังนิสัยในเรื่องการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผักหรือรับประทานสุก ๆ ดิบ ๆ และพฤติกรรมปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของบิดามารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือมีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

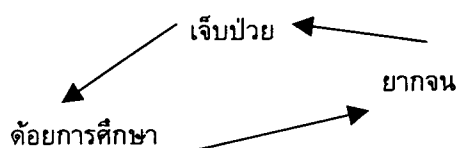
2.3 สภาพสังคม ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชน มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรักษาโรคดีกว่าบุคคลโดยทั่วไป

2.4 วัฒนธรรม เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้มีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับเก่าเร็ว การงดของแสลง ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมาก งดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานแต่พอควร ไม่ให้น้อยเกินไปหรืออ้วนเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาด ต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอนและข้อปฏิบัติมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อ สุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนไม่ดีมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสจะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การ

ศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้และปฏิบัติสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพดี ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1 (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 780)



ภาพประกอบ 1 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม

4. องค์ประกอบด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของประชาชนแตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีการศึกษาต่ำ มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่าจำนวน และความเพียงพอของการบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือ ข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง

2.7 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

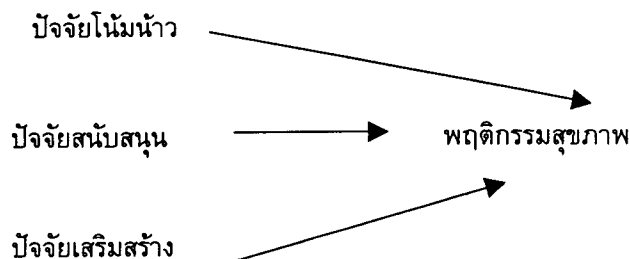
เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของคนว่าจะไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่กับลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อถือ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการ ในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างพอเพียง เหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียน ตามระดับความรู้ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เกิดมีขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้น หรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับ แรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ปัจจัยทั้ง 3

ประการ สามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพ (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. 2528 : 26) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นว่า ปัจจัยทั้ง 3 จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น เมื่อเด็กเจ็บป่วย บิดา มารดา พาไปโรงพยาบาล เด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าเกิดอาการเจ็บป่วย ต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ต้องกินยาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะถ้ามีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความรู้ แนะนำหลักการใช้ยาอย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้าง เด็กจะเติบโตขึ้นโดยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการใช้ยา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ของนักสูบบุหรี่

กระทรวงสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ได้สอบถามพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของบุคคลจำนวน 750 คน พบว่า คนที่สูบบุหรี่หนักรายงานว่า การสูบบุหรี่ของเขามักจะมีเวลาที่แน่นอน เช่น หลังอาหาร ตื่นนอนใหม่ๆ อยู่คนเดียว ดื่มกาแฟ มีความกดดัน ต้องการมีสมาธิและการผ่อนคลาย เป็นต้น และสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสถานการณ์เร้าให้คนอยากสูบบุหรี่แต่ก็มักจะมีสถานการณ์อื่นร่วมด้วย เช่น เห็นที่เขี่ยบุหรี่หรือเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่เป็นต้น (พจนีย์ เหล่าอมต. 2532 : 20 - 38)

การศึกษาให้ทราบถึงนิสัยการสูบบุหรี่ของบุคคลได้อย่างชัดเจน น่าจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดสถานการณ์ให้กับตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเช่นการใช้แบบทดสอบด้วยตนเองเพื่อแยกสาเหตุของการสูบบุหรี่และแนวทางการเลิกสูบบุหรี่สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่ในแต่ละด้าน ตามแบบทดสอบของกระทรวงสาธารณสุขการศึกษาและประกันสังคมแห่งสหรัฐอเมริกา (พจนีย์ เหล่าอมต. 2532 : 20 - 38 ; อ้างอิงจาก US Department of Health, Education & Welfare. 1969 B) ซึ่งได้แบ่งสาเหตุของการสูบบุหรี่ของบุคคลออกเป็น 6 ด้าน เช่น

1. ใช้บุหรี่เป็นสิ่งกระตุ้นแนะนำให้กระตุ้นตนเองด้วยการทำพฤติกรรมอื่นๆ แทน เช่น เดินเร็วๆ และบริหารร่างกายเบาๆ เมื่อต้องการสูบบุหรี่
2. ผู้ที่เคยชินกับการที่มีบุหรี่อยู่ในมือแนะนำให้เล่นปากกาหรือดินสอแทน
3. ผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อมีความสุขและผ่อนคลายแนะนำให้ใช้พฤติกรรมอื่นแทน เช่น รับประทานอาหาร

จากข้อเสนอดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลมีความแตกต่างกันและการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับตัวผู้สูบบุหรี่เองและขึ้นอยู่กับทางเลือกพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปรทำนายความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (พจนีย์ เหล่าอมต. 2532 : 20 - 38)

1. จำนวนบุหรี่ที่สูบ
2. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน
3. ตัวแปรทางสังคม
4. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
5. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่และทัศนคติการเลิกสูบบุหรี่
6. แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

สำหรับในการวิจัยในครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและทัศนคติที่มีผลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (Internal-External Control) เป็นจิตลักษณะของบุคคลที่พัฒนามาจากประสบการณ์สังคม ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่ามีผลแห่งการกระทำของตนเองเกิดขึ้นจากอะไร งานวิจัยหลายฉบับที่ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนกับการเลิกสูบบุหรี่พบผลที่พอจะเชื่อถือได้หากบุคคลใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ฉบับแรกเป็นผลการศึกษาของเทท (Tate, 1986) พบว่า บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เชฟแมนและเจฟฟรีย์ (Chapman & Jeffrey, 1979) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เชื่ออำนาจภายในตนและต้องการเป็นที่พึงปรารถนาของสังคมสูง สามารถลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

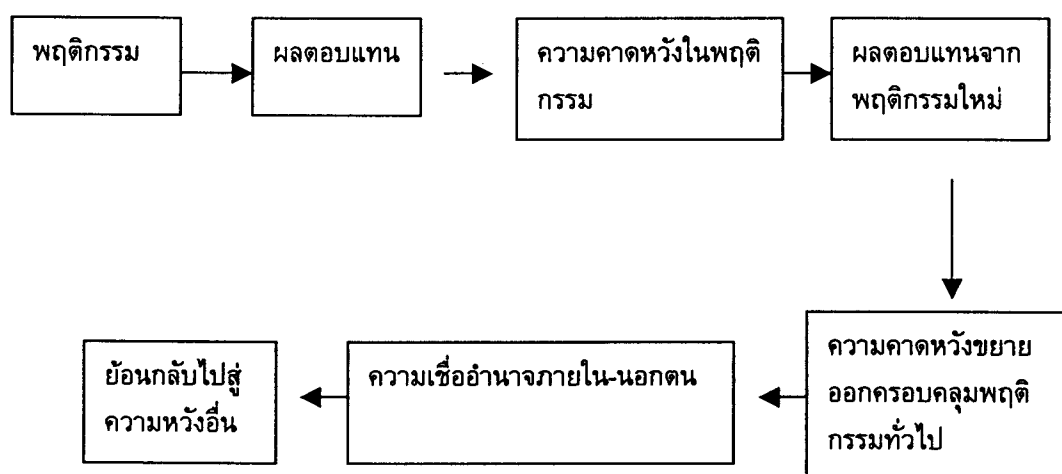
ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่จะควบคุมตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งของเขานั้น ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน อันเป็นจิตลักษณะที่เขาถืออยู่จะช่วยทำนายความสำเร็จของเขาได้ กล่าวคือ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนจะประสบความสำเร็จได้มากกว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า บุคคลผู้ใช้วิธีการใดในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองนั้น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนที่เขาถืออยู่จะทำนายความสำเร็จของเขาได้ กล่าวคือผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

3. ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน (Internal-External Locus of Control)

ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองและตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่ง ขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตา เคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่นจะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอกตนเองไม่สามารถบังคับ ควบคุม

หรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านอารมณ์เป็นอีกลักษณะหนึ่งซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อที่เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 : 31 ; อ้างอิงจากกรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 19)

รอตเตอร์ (Rotter) ได้อธิบายลักษณะทั่วไปของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่ว่าเป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่งที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวัง (expectancy) ว่าจะต้องได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกับพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วจึงขยาย (generalize) ไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญในตัวบุคคลนั้น ซึ่งก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน นอกจากนี้ผลตอบแทนในแต่ละครั้งยังอาจทำให้ความคาดหวังครั้งต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงด้วย ถ้าเป็นไปตามที่หวัง ความคาดหวังครั้งต่อไปก็จะเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผิดหวังความคาดหวังก็จะลดลง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 18)



ภาพประกอบ 3 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

รอตเตอร์ ได้สรุปความเชื่ออำนาจภายใน –นอกตนในเชิงการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคลไว้ 2 ลักษณะคือ

1. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง
2. บุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออำนาจผู้อื่น

การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน จะเริ่มพัฒนาดังแต่วัยเด็กและมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโต นอกจากการเจริญเติบโตและการพัฒนามาแล้วยังมีปัจจัยที่สำคัญได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต และประสบการณ์ที่สะสมในอดีตที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดา-มารดา ดังนั้นบิดา-มารดาจึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร (ทรรศนีย์ วงศ์บา. 2537 : 22 ; อ้างอิงจาก Robinson & Shaver. 1980 : unpagged) นอกจากนี้ สตริกแลนด์ (Strickland. 1978 : 353 - 358) ได้กล่าวถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลมีความทุกข์ และรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ก็อาจจะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตเป็นไปด้วยดี บุคคลรับรู้ว่าการเกิดเหตุการณ์ต่างๆเกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น

ตามแนวคิดของสตริกแลนด์ (Strickland. 1982 : 1192 - 1211) เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตน ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวกคือ จะเป็นผู้นำสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพแสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้นจะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่หน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่อความบังเอิญจะมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการดวงโชคละตาและมักจะเป็นบุคคลที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นหรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

การวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้มีผู้สร้างเครื่องมือขึ้นมาวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุคคลเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยพัฒนาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมาตั้งแต่ปี 1957 โดยเจมส์และแฟเรส (James and Phare. 1957) ต่อมา รอตเตอร์ ได้สร้างแบบวัดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของเจมส์และแฟเรส (James and Phare) เรียกว่า Internal-External Locus of Control Scale (I-E Scale) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน มีจำนวน 29 ข้อซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ปรัชญา นโยบายการเมือง การปกครองและสังคม ต่อมาได้มีการปรับปรุงและนำไปใช้ในประชากรหลายประเภทจนกระทั่งลีเวนสัน (Levenson) ได้แสดงความคิดเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนสามารถจะแยกออกได้เป็น ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ นอกจากนี้บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวก็จะมีความคิดแตกต่างไปจากบุคคลที่เชื่อในโชคเคราะห์ ความบังเอิญหรือบุคคลที่เชื่ออำนาจผู้อื่น ด้วยเหตุนี้ลีเวนสันจึงได้พัฒนาและดัดแปลงแบบวัดของรอตเตอร์ขึ้นใหม่ โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีจำนวน 24 ข้อแต่เครื่องมือดังกล่าวไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดีนัก วอลสตัน วอลสตัน แคปแลนและเมดส์ (Wallston, Wallston, Kaplan and Maides 1976) จึงดัดแปลงเครื่องมือนี้ให้เหมาะสมเพื่อใช้ทางด้านสุขภาพของบุคคล

ต่อมาวอลสตัน และวอลสตัน (Wallston & Wallston. 1982 : 115 - 120) ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกว่า สามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไปทั้งในยามปกติและเมื่อยามเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่อนี้มาทำนาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้จ่าย การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์หรือทันต์แพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารและการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการใช้เข็มขัดนิรภัย พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค มีงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นวอลสตัน จึงได้เสนอแนวคิดและปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดของลีเวนสัน (Levenson) ที่ได้พัฒนาและดัดแปลงแบบวัดของรอตเตอร์มาสร้างขึ้นใหม่ว่าแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC Scale) โดยที่วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston & Wallston. 1982 : 115 - 120) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control)เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control)เป็นความเชื่อที่ว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control)เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตาหรือตามโอกาส โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 6 ลำดับ มีทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ ด้านละ 6 ข้อเรียงปะปนกัน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนนและลดลงมาตามลำดับจนถึงไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน คะแนนที่ได้ออกมาจะเป็นคะแนนในแต่ละด้านซึ่งจะมีคะแนนต่ำสุดในแต่ละด้าน เท่ากับ 6 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนนผู้ที่ได้คะแนนด้านใดสูงก็เป็นผู้มีความเชื่อด้านนั้นสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนด้านนั้นต่ำ เช่น ผู้ที่ได้คะแนนด้านความเชื่ออำนาจภายในสูง จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ

4. สุขภาพจิต(Mental health)

ได้มีผู้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพจิต ไว้ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2521 : 5) สุขภาพจิต คือ สภาพของชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ สุขภาพจิตนี้ตั้งต้นมาจากครอบครัว การพัฒนาจิตใจของเด็กจากพ่อแม่ที่ดีพร้อมด้วยความรัก ความเข้าใจ และเห็นใจ คือยอดของการสร้างสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันสุขภาพจิตที่เสื่อมในผู้ใหญ่ในเวลาต่อมา

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

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

กองสุขภาพจิต (2532 : 1) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า คือ สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ สภาพของจิตใจจะมีความสมบูรณ์เพียงใด ดูได้จากความสามารถในเรื่องต่อไปนี้

1. การกระชับมิตร หมายถึง ความสามารถในการผูกมิตรนั้นได้รวมทั้งความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข
2. พิชิตอุปสรรค หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหา และปรับตัวให้อยู่ได้ หรือก่อประโยชน์ได้ในท่ามกลางความเป็นอยู่และความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม
3. รู้จักพอใจ หมายถึง ความสามารถในการทำใจให้ยอมรับในสิ่งที่อยากได้อาจเป็นเท่าที่เป็นอยู่จริง ได้ด้วยความสบายใจ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต ไว้ว่า หมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไม่เพียงแต่จะปราศจากโรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุขอีกด้วย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมดุล สามารถสนองความต้องการของคนในโลกได้อย่างมีความสุขอีกด้วย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมดุล สามารถสนองความต้องการของคนโลกได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งใด ๆ ภายในจิตใจของตนเอง (สุจินต์ ปรึชาสามารถ. 2535 : 14)

กลาสเซอร์ (Glasser 1960 : 187 – 189) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นความรับผิดชอบ เป็นความสามารถของบุคคลที่สนองความต้องการต่าง ๆ ได้สำเร็จ โดยไม่ขัดขวางกับคนอื่น และสนองความต้องการต่าง ๆ ของเขา โดยที่ความต้องการพื้นฐาน นั้นจำแนกได้ 2 ประการ คือ ความต้องการที่จะรักและต้องการเป็นที่รักของคนอื่น กับความต้องการว่าตนเองมีค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

เบอร์นาร์ด (Bernard. 1970 : 17) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถพิเศษในการปรับตัวของบุคคลเพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ มีความพอใจ สุขใจ และพฤติกรรมนั้นไม่ขัดต่อสังคม คนมีสุขภาพจิตดีสามารถจะเผชิญและยอมรับความเป็นจริงในชีวิต สุขภาพจิตของบุคคลจะดีที่สุด เมื่อบุคคลนั้นยอมรับความสำเร็จของตนเองตามสภาพความเป็นจริง และความสามารถของตนเองด้วยความพอใจ โดยได้รับความกระตือรือร้นหรือความคับข้องใจน้อยที่สุด บุคคลจะมีสุขภาพจิตในขั้นที่น่าพอใจ ถ้าบุคคลนั้นไม่ตึงเครียดต่อความไม่สมหวัง จะไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านรุนแรง แต่จะรักษาไว้ซึ่งความมีเหตุผล มีการแสดงออกเหมาะสมกับกาลเทศะ

ความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง การมีชีวิตที่เป็นสุข มีสมรรถภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสนุกสนานร่าเริง สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตน

เองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันมีรากฐานมาจากครอบครัวที่พร้อมด้วยความรัก ความเข้าใจ สามารถที่จะเผชิญปัญหาได้ และปรับตัวให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อม และอาชีพการงานได้เป็นอย่างดี

4.1 ความสำคัญของสุขภาพจิต

คนทั่วไปมักเข้าใจว่า สุขภาพดี หมายถึง เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง และสมบูรณ์เท่านั้น แต่ความเป็นจริงแล้ว การที่คนจะมีสุขภาพนั้น จะต้องประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้ด้วย และเป็นที่ตระหนักกันว่าสภาพทางสังคมได้แปรเปลี่ยนแตกต่างกันไปตามวัน เวลา ที่ได้เปลี่ยนแปลงไป มีความสับสน วุ่นวายและความสลับซับซ้อนขึ้น อันเนื่องมาจากภายนอกและภายในประเทศ ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ อาทิเช่น โทรศัพท์ วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เครื่องยนต์กลไกต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือสื่อสาร และเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ ความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ทางการเมือง การปกครอง ฯลฯ ทำให้กระทบกระเทือนต่อความสงบสุขในการดำเนินชีวิต สังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการต่อสู้ชิงดีชิงเด่นเพื่อความอยู่รอด อันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สภาพการณ์เช่นนี้ ทำให้คนประสบความยุ่งยาก สับสน วุ่นวาย ในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์หนีไม่พ้นการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ความสมหวัง ความผิดหวัง ความดีใจหรือเสียใจ ความทุกข์และความสุข การเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอจะมีผลกระทบต่องจิตใจ เกิดความเครียด ทำให้เกิดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรอย่างน้อย 500 ล้านคน หรือ 1 ใน 10 ของประชากรโลก กำลังมีอาการผิดปกติทางจิต ประชากรกว่า 500 ล้านคน กำลังมีปัญหาทางจิตอย่างรุนแรง ประชากร 155 ล้านคน มีอาการทางประสาท ประชากร 120 ล้านคนปัญญาอ่อน ประชากร 100 ล้านคนมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ประชากร 16 ล้านคนเป็นบ้า (โกสัสมอ. 2538 : 20) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนทุกวันนี้กำลังประสบปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งถ้าคนกลุ่มใดหรือชุมชนใดมีมาก หรือมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ นั้น ย่อมแสดงถึงสภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชน ในขณะนั้นกำลังเสื่อม ควรได้รับความช่วยเหลือแก้ไข

4.2 ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

4.2.1 องค์การอนามัยโลก เสนอลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตดี 4 ประการ

4.2.1.1 ระวังอารมณ์ได้ ปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้

4.2.1.2 พอใจสังคม ให้บริการแก่สังคมได้

4.2.1.3 แม้จะมีความเจ็บป่วยความพิการทางกายแต่ดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข

4.2.1.4 ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีเจตคติที่ดี มีอนาคตที่ดี นั้นหมายความว่า เป็นผู้

สุขภาพจิตดี

4.2.2 ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์(2530:19) สรุปลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีดังนี้

4.2.2.1 มีสุขภาพกายดี มีสุขนิสัยดี ในเรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการรักษาความสะอาด

4.2.2.2 สามารถเผชิญกับความจริง โดยไม่แสดงพฤติกรรมเกินกว่าเหตุ

4.2.2.3 เมื่อพบอุปสรรคจะพยายามใช้วิธีแก้ปัญหาโดยตรง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา

4.2.2.4 มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

4.2.2.5 มีความเคารพตนเองและผู้อื่น มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต

4.2.2.6 มีเป้าหมายความสนใจและวิธีการไปสู่เป้าหมายในขอบเขตที่สังคมยอมรับ

4.2.2.7 เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริงทราบถึงส่วนดีและยอมรับข้อบกพร่องของตนเองเป็นคนมีอารมณ์ขัน

4.2.2.8 มีความกระตือรือร้นในชีวิต ไม่เบื่อหน่ายท้อแท้ เข้าทำกิจกรรมต่างๆด้วยความพอใจ

4.2.3 กรมการแพทย์(2539:3)ได้ให้ข้อพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

4.2.3.1 ไม่มีโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4.2.3.2 สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

4.2.3.3 สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้หรือสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง และแก่ชุมชนได้ตามสมควรแก่สภาพตน

4.2.4 จาโฮดา (Jahoda : 22 - 24) ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดีในแง่จิตวิทยาไว้ 6 ประการ คือ

4.2.4.1 เจตคติของบุคคลที่มีต่อตนเองเป็นการพิจารณาสุขภาพจิตในแง่ของ “ตน”(Self) ซึ่งหมายถึง การยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง การยึดตนเองเป็นที่พึ่ง ความภาคภูมิใจในตนเองและให้การเคารพตนเอง

4.2.4.2 การสร้างความเจริญเติบโตและพัฒนาการให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะมีแบบฉบับ ในการพัฒนาตนเองให้มีความเจริญยิ่งขึ้นไป จนบรรลุศักยภาพแห่งตน

4.2.4.3 การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตน เป็นการพิจารณาสุขภาพจิตโดยการผสมผสานเกี่ยวพันของกระบวนการทางจิตและคุณสมบัติต่างๆของบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดหน่วยรวมและความต่อเนื่องของบุคลิกภาพของบุคคลนั้น เช่นกระบวนการคิด ความรู้สึกและการกระทำที่สอดคล้องกัน คนที่มีสุขภาพจิตเสื่อมและไม่สามารถแสดงไปตามบทบาทที่สอดคล้องกัน มักจะเกิดความขัดแย้งระหว่างความคิด ความรู้สึกและการกระทำ

4.2.4.4 การมีอิสระในการปกครองตนเอง เป็นการพิจารณาสุขภาพจิตของบุคคลในแง่ของความเป็นตัวเอง มีความเป็นตัวเอง มีความอิสระจากอิทธิพลของสังคม การตัดสินใจของบุคคลขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่เป็นของตนเองมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับกรอบการบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก และผลของการตัดสินใจของผู้มีความเป็นตัวของตัวเองสูง จะปรากฏในรูปของการกระทำอย่างอิสระ

4.2.4.5 การรับรู้ความเป็นจริง เป็นการรับรู้ที่ปราศจากความต้องการที่บิดเบือนความจริง มีความไวในการเข้าใจสังคม และความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเราได้

4.2.4.6 ความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีความหมายสองประการคือ ความสำเร็จ และการปรับตัว ซึ่งอาจจะปรากฏตัวในรูปของความสามารถที่จะรัก ความพอใจในการทำงาน การเล่น การมีความรัก ความพอใจ ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพในการสนองตอบ การเรียกร้องจากสถานการณ์ต่าง ๆ ความสามารถในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองและประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา

4.2.5 สุจินต์ ปริษามารถ (2535 : 44 – 48) ได้สรุปว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหรือปรับตัวได้ดี เป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดี รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาและความเป็นจริงแห่งชีวิตได้

4.3 ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตเสื่อม

ผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อมมีลักษณะที่สังเกตได้หลายประการ คำว่า สุขภาพจิตเสื่อม หมายถึง สภาพที่รู้สึกไม่สบายใจอันเนื่องมาจากการลดจนพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นขัดกับสิ่งแวดล้อม หรืออาจเนื่องมาจากการต้องการของผู้อื่นหรือส่วนรวมเกิดขัดกับความรู้สึกความต้องการของตนเอง (จันทโททัย กลีบเมฆ. 2529 : 55)

4.3.1 สุขภาพจิตเสื่อม หมายถึง คนที่มีความขัดแย้งในจิตใจ มีความคับข้องใจ ผิดหวัง ไม่ได้ได้รับความพอใจในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ มีปัญหาในการปรับตัว เข้ากับสังคมไม่ได้ อยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ถือตนเองเป็นใหญ่ (สุจิตรา จรัสศิลป์. ม.ป.ป. : 3 – 4)

4.3.2 ลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อมจะแสดงออกโดย

4.3.2.1 มีปัญหาในงานของวัยและขั้นของการพัฒนาการ (Task of the development period) ได้แก่ การเรียน การงาน การเงิน ครอบครัว เพศ และสังคม

4.3.2.2 มีบุคลิกภาพบกพร่อง

4.3.2.2.1 อ่อนแอไม่ถึงวุฒิภาวะของวัยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือวัตถุ
สิ่งเสพติด

4.3.2.2.2 ก้าวร้าวเป็นอาชญากร ต่อต้านด้านสังคม

4.4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต

การมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ อาจเกิดจากตัวเอง เช่นกลไกต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจปกติหรือสอดคล้องกัน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคลนั้น สนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงกันข้าม ถ้ากลไกต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจผิดปกติ หรือไม่สอดคล้องกัน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคลนั้นไม่สนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ จะเกิดปัญหาที่จะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดปัญหาที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น

กันยา แสงสุวรรณ (2532 : 209 - 218) ได้กล่าวถึงเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมดังนี้

1. อารมณ์ เมื่อเกิดปัญหาทางอารมณ์จะมีผลถึงสุขภาพจิต อารมณ์ที่ทำให้คนสุขภาพจิตเสื่อมได้มาก ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ

1.1 ความกลัว บางคนกลัวความมืด กลัวที่แออัด กลัวพลัดพรากจากกัน กลัวถูกตำหนิ กลัวถูกละทิ้ง กลัวคนแปลกหน้า ถ้ามีอารมณ์เช่นนี้นาน ๆ จะกลายเป็นกลัวโดยไม่มีเหตุผล บางคนกลัวมากจนเสียสุขภาพจิต

1.2 ความวิตกกังวล มีอิทธิพลร้ายแรงเพราะเป็นอารมณ์ที่เกิดติดต่อกันได้เป็นระยะเวลานาน ๆ ทำลายประสิทธิภาพและสุขภาพจิตของคนได้มาก ซึ่งความวิตกกังวลมักเป็นเรื่องของรูปร่างหน้าตาฐานะเศรษฐกิจ เสื้อผ้า วุฒิ ทำให้เกิดความทุกข์ ขาดความมั่นคง ถ้าใครวิตกกังวลมาก ๆ โดยปราศจากเหตุผล คนนั้นมักขาดประสิทธิภาพไปโดยไม่จำเป็น

1.3 ความโกรธ คนที่โกรธบ่อย ๆ แสดงว่าไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้เข้ากับสังคมได้ยาก และมีผลให้เสียสุขภาพจิต ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ

2. ความเหนื่อยล้าต่อสุขภาพจิต และปัญหาอื่น ๆ เช่นคนที่อดนอน และมีความเบื่อหน่าย คนประเภทนี้มีโอกาสสุขภาพจิตเสื่อมได้ง่ายกว่าคนธรรมดา ทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ และสุขภาพจิตเสื่อมได้

3. ลักษณะประจำตัวที่ก่อให้เกิดความบกพร่องในสุขภาพจิต เป็นปัญหาเกี่ยวกับตนเอง ได้แก่

3.1 ความบกพร่องทางร่างกาย เช่น อ่อนแอ เป็นคนผอม หรืออ้วนเกินไปเจ็บป่วย โรคประจำตัวเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ

3.2 การกระทบกระเทือนอย่างหนัก

3.3 ความบกพร่องทางอวัยวะพัฒนาการ เช่น หู ตา เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการเรียนรู้

3.4 ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และโภชนาการ ทำให้อ่อนแอ

3.5 สติปัญญาต่ำเกินไป หรือสูงเกินไป ทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้

4. ความเลวร้ายของสังคม บุคคลย่อมมีปรัชญาต่างกัน จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ(Conflict) ความซุนซ่องหมองใจหรือคับข้องใจ (Frustration) และความเป็นห่วงวิตกกังวลใจ (Anxiety) ทำให้เกิดสุขภาพจิตเสื่อมได้

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต หรือสาเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม หรือผิดปกติมีอยู่หลายประการดังนี้ (สุจินต์ ปรีชามารภ. 2535 : 16 - 39)

1. ความบกพร่องทางร่างกาย ความบกพร่องต่าง ๆ ของร่างกายย่อมจะมีผลกระทบต่องิตใจของผู้คน เช่น หลังโกง ไหล่ห่อ ขาเป้ ตาบอด หูหนวก นิ้วด้วน นิ้วเกิน ฯลฯ ความบกพร่องและผิดปกติเหล่านี้ ทำให้เกิดปมด้อย มีความละเอียดเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ทำให้เกิดภาวะคับข้องใจหรือเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจขึ้นได้ ถ้าแก้ไขภาวะดังกล่าวไม่ได้ อาจทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้ ทั้งนี้ความบกพร่องทางด้านร่างกายอาจเนื่องมาจากผลทางพันธุกรรม การทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ ตลอดจนลักษณะอ้วน ผอม สูง เตี้ย ที่ผิดปกติเกินไปด้วย

2. ความสามารถทางสติปัญญาสูงหรือต่ำเกินไป คนที่มีสติปัญญาสูงเกินไปหรือฉลาดเกินไป มักจะคิดหรือทำอะไรรวดเร็วเกินไป จนคนอื่นตามไม่ทัน ทำให้ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้ หรือบางครั้งใช้สื่อความหมายกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง คนที่มีสติปัญญาสูงมากบางคนเป็นคนผิดปกติไปก็มี ส่วนคนที่สติปัญญาต่ำจะคิด จะทำ หรือจะพูดอะไรก็ไม่ค่อยทันเพื่อน ทำให้เกิดความน้อยใจในตนเอง ทำให้เก็บตัวหรือแยกตัวออกจากเพื่อนฝูงหรืออาจแสดงพฤติกรรมในทางไม่พึงปรารถนาออกมาทดแทน เช่น หนีโรงเรียน ก่ออาชญากรรม ตั้งช้องโจร หรือถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย เช่น ล่อลวงไปประกอบอาชีพโสเภณีหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด เป็นต้น จนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเองเข้ากับสังคมนั้น ๆ ได้

3. ความบกพร่องทางครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันแรก และเป็นสถาบันที่สำคัญที่สร้างความมั่นคง ปลอดภัย ความรักรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัยและความอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัว ถ้าครอบครัวใดมีความบกพร่องเกิดขึ้น จะเป็นหนทางนำไปสู่ความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ ผลการศึกษาของโบว์ลบี (Bowlby) จากเรื่อง "Maternal care and mental health" ได้ข้อสรุปว่า เด็กที่ขาดความรักตั้งแต่แรก

เกิดจนกระทั่ง 5 ขวบนั้น เป็นอันตรายต่อสุขภาพมาก หรืออาจกล่าวได้ว่า สาเหตุความบกพร่องทางด้านการครอบครัวย่อมมีผลทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพจิตได้ดังต่อไปนี้

3.1 พ่อแม่แยกกัน

3.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก

3.3 การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง

3.3.1 การอบรมเลี้ยงดูแบบรักลูกมากเกินไปหรือปกป้องลูกมากเกินไป

(Overprotection)

3.3.2 การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยไม่เอาใจใส่ หรือเอาใจมากเกินไป

(Overindulgent)

3.3.3 การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไป (Domination) หรือการอบรมเลี้ยงดูแบบอัตตาธิปไตย (Authoritarian)

3.4 ความแตกต่างของระดับทางสังคม และเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว

3.5 ความแตกต่างของระดับทางสังคมและเศรษฐกิจและการอบรมเลี้ยงดู

3.6 สภาพต่าง ๆ ของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก

3.7 สภาพแวดล้อมทางบ้าน

4. สภาพต่าง ๆ ของชุมชนที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก สภาพต่าง ๆ ของชุมชนที่แวดล้อมแล้วแต่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กสภาพต่าง ๆ ของชุมชน ได้แก่ ความยากจน ความอดอยาก ความวุ่นวาย ความไม่เป็นระเบียบของสังคม ระดับค่าครองชีพที่ต่ำ การขาดโอกาสทางการศึกษา การขาดแหล่งที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนค่าจุน อुकภัย ตลอดจนภัยสงคราม ฯลฯ สภาพต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อการเล่น การปรับตัว และพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งของเด็ก แต่ความรุนแรงของสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่นั้น อาจจะผ่อนคลายเป็นลำดับลงหากได้รับการเอาใจใส่ดูแลและให้ความรัก ตลอดจนความเอื้ออาทรจากพ่อแม่

5. ความบกพร่องในด้านเศรษฐกิจของบุคคล โดยทั่วไปแล้วสภาพหรือฐานะเศรษฐกิจของส่วนบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ฉะนั้นคนที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือยากจนย่อมมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีฐานะทางการเงินดีกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความยากจน อดขัดสน ทำให้เกิดความท้อแท้ใจหรือหมดอาลัยในชีวิตทำให้ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล และยังไม่สามารถแก้ปัญหาการครองชีพได้ก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตเสื่อมลงไปอีก ดังนั้นปัญหาทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล จึงมีส่วนที่ช่วยทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ทางหนึ่ง

6. ความบกพร่องทางด้านโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ถ้าหากบุคคลกำลังอยู่ในวัยเรียนหรือวัยศึกษา โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาก็มีส่วนทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตของเด็กหรือนักศึกษาได้เช่นเดียวกัน เช่น

6.1 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษามีระเบียบกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่างๆเข้มงวดมากเกินไป

6.2 ครูอาจารย์ไม่เข้าใจเด็กหรือไม่สามารถนำหลักจิตวิทยามาประยุกต์ใช้กับการสอนหรือการปกครอง

6.3 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ไม่มีส่วนในการส่งเสริมให้เด็ก นิสิต นักศึกษามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และขาดการเปิดโอกาสให้นักเรียน นิสิต นักศึกษา ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การกีฬา กิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนหย่อนใจ

6.4 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

7. ความบกพร่องทางด้านสถานที่ทำงาน คนที่ทำงานย่อมจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในเวลากลางวัน ฉะนั้นสถานที่ทำงาน จึงมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของคนมากพอสมควร หากสถานที่ทำงานไม่เป็นไปตามที่เราต้องการและเราไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้นได้ หมายถึง สุขภาพจิตเสื่อม ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

7.1 สถานที่ทำงานมีข้อบังคับ ระเบียบมากเกินไป หรือเข้มงวดกดขี่แบบกระดิกตัวไม่ได้

7.2 ผู้ร่วมงานขาดความเป็นกันเอง

7.3 จำใจต้องทำงานในอาชีพหรือสถานที่ที่ตนไม่ชอบ

7.4 สถานที่ทำงานมีพิษลักษณะ

8. ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตของคนในเมืองใหญ่ ที่มีคนอยู่กันอย่างหนาแน่น แออัดจนเกินไป สถานภาพของคนแตกต่างกันหลายระดับ ต้องแก่งแย่งและแข่งขันกันทำมาหากิน เพื่อเลี้ยงชีพหรือต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของชีวิต ไม่สามารถแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจหรือนันทนาการ ในอันที่จะผ่อนคลายความตึงเครียดทางสมองของตนจากการทำงานตลอดเวลา ชีวิตที่ขาดดุลยภาพไปเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์และจิตใจขึ้นได้ง่าย และไม่มีโอกาสได้ผ่อนคลายความตึงเครียด อาจทำให้บุคลิกภาพเสื่อมและเป็นโรคจิตโรคประสาท ได้ง่าย

9. ความเจ็บป่วย คนที่เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายนาน ๆ ก็ย่อมทำให้สภาพของจิตใจเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยประเภทเรื้อรังที่หายยาก หากประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีหรือยากจนด้วยแล้ว จิตใจทนต่อสภาวะเช่นนี้ไม่ได้ ก็อาจทำให้บุคลิกภาพเสื่อม และอาจนำไปสู่การเป็นโรคจิตได้ง่าย

10. ความผิดหวังในชีวิตบางคนตั้งความหวังในชีวิตไว้สูงเกินไปเมื่อไม่สามารถทำได้ตามที่ตนคาดหวังก็ทำให้เกิดความผิดหวังหากหาทางออกไม่ถูกไม่เหมาะสมก็อาจจะทำให้เกิดอารมณ์เครียดท้อถอยหมดหวังและสิ้นหวัง ครุ่นคิดอยู่แต่ในสิ่งนั้น ผังตัวเองอยู่ในความผิดหวัง จิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป ในที่สุด สุขภาพจิตจะเสื่อมหรือเป็นโรคจิตได้

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุแห่งความบกพร่องทางจิตนั้นเนื่องมาจากความ บกพร่องหรือผิดปกติในสภาพทางชีววิทยา สภาพทางจิตวิทยาและสภาพทางสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับบุคคลอื่นและสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมได้ จึงมีผลทำให้สุขภาพจิตของบุคคลเสื่อมหรืออาจทำให้เกิดเป็นโรคประสาทและโรคจิตขึ้นได้

4.5 เครื่องมือวัดสุขภาพจิต

จีเอชคิว (General Health Questionnaire, GHQ) ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) แปลเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์และคนอื่นๆ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและมีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 36 ภาษา สามารถใช้ได้ในการสำรวจชุมชนทั่วไปและสถานบริการสาธารณสุขหรือคลินิกผู้ป่วยนอก

ทั่วไป จีเอสคิว ได้รับการออกแบบมาสำหรับคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือการไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็นและการมีปัญหที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นปัญหาที่ผิดจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆมากกว่าลักษณะที่เป็นประจำของบุคคลนั้นๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามของ จีเอสคิว จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social Impairment) และความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (Hypochondriasis) อย่างไรก็ตาม จีเอสคิว เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและบอกเพียงว่าน่าจะมี ความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

ในการคิดคะแนนของ จีเอสคิว โกลด์เบิร์ก (Goldberg) แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ Score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า Correlation ระหว่างวิธีทั้งสองนี้อยู่ระหว่าง 0.92 - 0.94 จีเอสคิวเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเชื่อถือได้และมีความแม่นยำในเกณฑ์ที่ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistencies) ของข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach Alpha Coefficient) ตั้งแต่ 0.84 - 0.94 และมีความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1-85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4-89.7 เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย

จากการศึกษาของนายแพทย์ธนา นิลโกวิทย์ และคณะอื่นๆ (2539 : 1 - 6) เพื่อพัฒนาแบบ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย พบว่า จีเอสคิว ฉบับภาษาไทยส่วนใหญ่ตรงกับภาษาอังกฤษ ยกเว้น จีเอสคิว-30 ฉบับภาษาไทยเพียงฉบับเดียวเท่านั้นที่แตกต่างกับ จีเอสคิว ฉบับภาษาอังกฤษ โดย จีเอสคิว-30 ฉบับภาษาไทยใช้จุดตัดที่คะแนน 5/6 จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบ จีเอสคิว ฉบับภาษาไทยทั้ง 4 ฉบับ พบว่า จีเอสคิว-30 เป็นฉบับที่มีพื้นที่ใต้ ROC curve (Receiver Operating Characteristic Curve Analysis) สูงที่สุดและมีค่าความจำเพาะและค่าความเที่ยงตรงเชิงทำนายทางบวก (Positive Predictive Value) ดีที่สุด รวมทั้งค่าอัตราความผิดพลาดในการจำแนกความผิดปกติทางจิตเวช (Misclassification) ต่ำที่สุดด้วย ส่วนจีเอสคิว-60แม้จะมีความแม่นยำตรงดีใกล้เคียงกับจีเอสคิว-30แต่มีความยาวมากกว่าดังนั้นในทางปฏิบัติ จีเอสคิว-30 ฉบับภาษาไทยจึงน่าจะเป็นฉบับที่เหมาะสมที่สุด ส่วนจีเอสคิว-28ฉบับภาษาไทยนั้นมีความเหมาะสมในกรณีที่ต้องการหาคะแนนของกลุ่มอาการผิดปกติต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม อาการซึมเศร้าที่รุนแรง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ จีเอสคิว-30

5. ทฤษฎีและการประยุกต์ทางจิตพฤติกรรมศาสตร์

เป้าหมายของโลกก็คือ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ค.ศ.2000 เป้าหมายนี้จะใกล้ความจริงได้ด้วยการ ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงต้องมีการตอบคำถามว่า พฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์เกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง ที่ตรงนี้นักจิตวิทยาจะสามารถช่วยได้อย่างมาก นักจิตวิทยาสังคมได้ทำการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประเภทต่างๆของคนไทยและประมวลผลการวิจัยเหล่านี้ กลาย

เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุพฤติกรรมของคนดีและคนเก่งที่เรียกว่า ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย(ดวงเดือน พันธมนาวิน.2538 : 154)

5.1 ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม (The Psychological Theory of Moral and Work Behaviors)

5.1.1 ลักษณะของทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย

ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมเน้นการพัฒนาบุคคลที่จิตใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา โดยแสดงถึงสาเหตุของพฤติกรรมว่าพฤติกรรมเหล่านี้ว่ามีสาเหตุทางจิตใจอะไรบ้าง การพัฒนาในระยะสั้นด้วยการฝึกอบรมแบบเข้มข้น และพัฒนาในระยะยาวในชีวิตประจำวันของบุคคล โดยการปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติต่อบุคคลนั้นเป็นสำคัญ ทฤษฎีนี้สร้างจากการสรุปผลการวิจัยที่เปรียบเทียบลักษณะทางจิตใจของผู้ที่มีพฤติกรรมอย่างหนึ่งในปริมาณที่แตกต่างกันทั้ง ๆ ที่ผู้กระทำเหล่านั้นอยู่ในสถานการณ์เดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน ได้มาจากการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวของเยาวชนและประชาชนไทยอายุ 6 ถึง 60 ปี จำนวนรวมหลายพันคน ซึ่งเป็นผลการวิจัยในประเทศไทยในช่วง 20 ปี ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมมี 3 ส่วน คือ (ดวงเดือน พันธมนาวิน. 2539 : 2- 3 , 2541 : 107)

5.1.1.1 ส่วนที่เป็นดอกและผลไม้อของต้นไม้อ แสดงถึงพฤติกรรมการทำดีละเว้นชั่ว และพฤติกรรมการทำงานอย่างขยันขันแข็งเพื่อส่วนรวม ส่วนนี้เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่รวมเข้าเป็นพฤติกรรมของพลเมืองดี พฤติกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ และพฤติกรรมการทำงานอาชีพ

5.1.1.2 ส่วนลำต้นขอต้นไม้อ ผลที่ออกมาเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่น่าปรารถนา มีสาเหตุอยู่ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ สาเหตุทางจิตใจที่เป็นส่วนลำต้นของต้นไม้อพฤติกรรม ประกอบด้วยจิตลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่

1. เหตุผลเชิงจริยธรรม
2. มุ่งอนาคตและควบคุมตนเอง
3. ความเชื่ออำนาจภายในตน
4. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
5. ทศนคติ คุณธรรมและค่านิยม

5.1.1.3 ส่วนที่เป็นรากของต้นไม้อ ซึ่งเป็นสาเหตุกลุ่มที่สอง ประกอบด้วยจิตลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่

1. สติปัญญา
2. ประสบการณ์ทางสังคม
3. สุขภาพจิต

ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม อาจจัดเข้าเป็นทฤษฎีหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ และจะสามารถชี้แนะทางการประยุกต์ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมจะตอบคำว่า จะต้องพัฒนาอะไรบ้างในคนไทยจึงจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ในคุณภาพและปริมาณที่ต้องการ และจะพัฒนาลักษณะเหล่านั้นอย่างไร ในทางจิตวิทยาโดยเฉพาะจิตวิทยาสังคม เน้นการส่งเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเสริมสร้างลักษณะทางจิตใจที่ผลักดันพฤติกรรม (ดวงเดือน พันธมนาวิน. 2539 : 154,156)

โดยสรุป ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างจิตลักษณะ 8 ด้านกับพฤติกรรมประเภทต่าง ๆ เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาทฤษฎีแรกของนักวิชาการไทยที่สร้างขึ้น คือ ศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน พันธุมนาวิน โดยการสรุปรวมผลการวิจัยวิทยาไทย นักสังคมศาสตร์ไทย และนักวิจัยการศึกษาไทย ดังนั้นรูปแบบของทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ คือ ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม

5.1.2 ประโยชน์ของทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย

5.1.2.1 ประโยชน์ทางด้านวิชาการ มีประโยชน์ทั้งในด้านการเรียนการสอน และการวิจัยในประเทศไทย ทางด้านการเรียนการสอน เป็นเนื้อหาทางวิชาการในวิชาจิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และจริยศาสตร์ ส่วนประโยชน์ทางการวิจัย ได้มีผู้สนใจศึกษาจิตลักษณะที่สำคัญต่อคนไทย เช่น มีการวิจัยเกี่ยวกับสภาพครอบครัว โรงเรียนและสื่อมวลชนที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของจิตลักษณะต่าง ๆ ของเยาวชน

5.1.2.2 ประโยชน์ทางด้านประยุกต์ใช้ มีประโยชน์ในการกำหนดเป้าหมายและขั้นตอนการดำเนินการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาจิตใจและพฤติกรรม

5.1.3 การประยุกต์ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมเพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2539 : 165 - 166)

5.1.3.1 ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสามารถกำหนดจิตลักษณะที่จะต้องพัฒนา ก่อน คือ ลักษณะ 3 ประการที่รากของต้นไม้อจริยธรรมและกำหนดจิตลักษณะที่ขาดไปของบุคคลที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม คือ ลักษณะบางลักษณะใน 5 ด้านที่สำคัญผู้ปฏิบัติควรใช้จิตลักษณะ 8 ประการจากทฤษฎีเป็นกรอบในการแสวงหาว่า ควรจะพัฒนาจิตลักษณะใดในกลุ่มคนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพตามต้องการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

5.1.3.2 การพัฒนาบุคคลเพื่อสุขภาพ อาจทำไปพร้อมกับการพัฒนาทางด้านอื่น ๆ ให้แก่คนกลุ่มเดียวกัน เช่น ทางด้านการเป็นพลเมืองดี มีจริยธรรมสูง

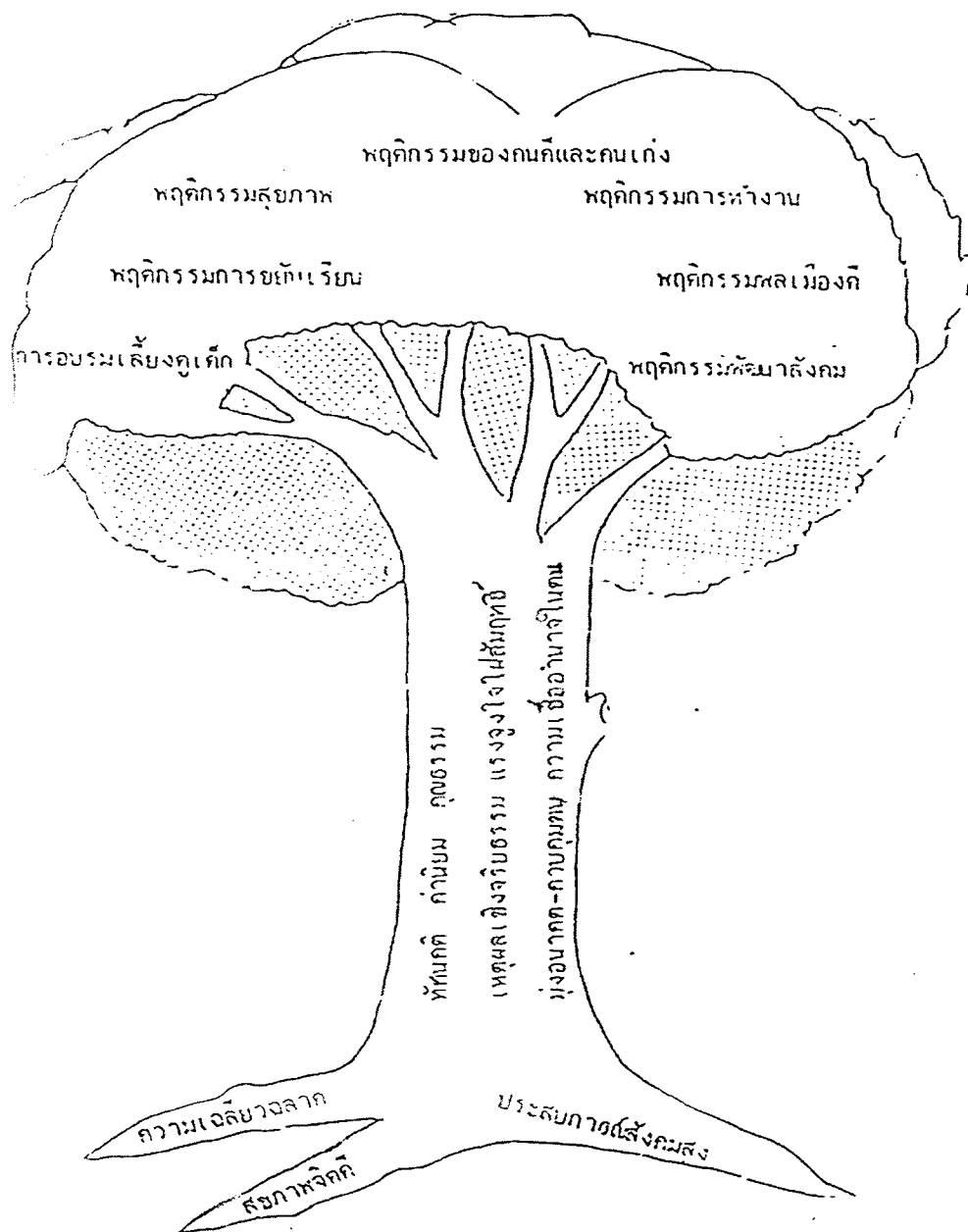
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต้องมีการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการสร้างเสริมลักษณะทางจิตใจที่สามารถผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ มีการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และการอนุรักษ์หรือดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้ว

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned Behavior) ไม่ได้เกิดสัญชาตญาณ หรือปฏิกิริยาสะท้อนกลับของระบบประสาทและมนุษย์จะแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับตน

การเรียนรู้แนวทางในการรักษาสุขภาพแห่งตน เริ่มตั้งแต่ที่บ้านและครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยการเรียนรู้ทางสังคมหน่วยแรก ต่อมาโดยผ่านระบบโรงเรียนที่ทำงาน และสื่อสารมวลชน

ตามหลักจิตวิทยา การกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความต้องการที่จะกระทำ ความพร้อมที่จะกระทำ ความพยายามที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นต้น (Mischel & Michel. 1976 : 85) ในประเทศไทยได้มีงานวิจัยอยู่จำนวนหนึ่งที่วิเคราะห์สาเหตุของการกระทำพฤติกรรมที่น่าพึงปรารถนาของคนไทย เช่น พฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัย พฤติกรรมอาสาสมัครชนบท พฤติกรรมซื่อสัตย์ เป็นต้นผลของการวิจัยทั้งหมดสามารถให้ข้อ

สรุปจนรวมเป็นทฤษฎีตันไม้จริยธรรม ซึ่งนำเสนอโดย ดวงเดือน พันธุมนาวิน ใน พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2530 (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531 : 16 – 17) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของการเป็นคนแกร่ง คนเก่ง และคนดี กล่าวคือ การเป็นคนมีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพจิตดี รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม การเป็นผู้มีสติปัญญาดี มีความเฉลียวฉลาด รับการศึกษาและมีทักษะในการประกอบอาชีพเป็นที่พึงของตนเองและครอบครัว และการเป็นผู้มีศีลธรรมจริยธรรมอันดีงาม ก่อประโยชน์แก่ส่วนรวม ช่วยพัฒนาประเทศได้นั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีองค์ประกอบทางจิตเกี่ยวข้องอยู่ 8 ประการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ลักษณะที่เป็นพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ตามภาพประกอบ 4 (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531 : 21)



ภาพประกอบ 4 ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม แสดงจิตลักษณะพื้นฐานและองค์ประกอบทาง จิตใจของพฤติกรรมทางจริยธรรม

ลักษณะพื้นฐานทางจิต 3 ประการที่เป็นรากแก้วของต้นไม้ได้แก่

1. สติปัญญาความเฉลียวฉลาด การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง แม่นยำ รู้จักคิดแบบนามธรรม นอกเหนือจากการคิดแบบรูปธรรม สามารถคิดแบบเอกนัยและอนนัยด้วย
2. สุขภาพจิตดี มีความวิตกกังวลแต่น้อย หรือมีอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับเหตุการณ์
3. ประสบการณ์ทางสังคมสูง คือเป็นการได้รู้เห็นเกี่ยวกับสภาพการดำเนินชีวิตอุปสรรคและปัญหาความยากความต้องการของคนประเภทต่าง ๆ ในสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมของคนเหล่านี้ เพื่อให้ทราบว่าการกระทำของตนจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางดีและทางไม่ดีแก่ผู้อื่นได้อย่างไร

ส่วนจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ซึ่งเป็นลำต้นของต้นไม้ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นลักษณะของการไม่เห็นแก่ตัว แต่เห็นแก่พวกพ้อง หรือเห็นแก่ส่วนรวม ประเทศชาติ มนุษยชาติ และหลักการ
2. ลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน คือ การรู้จักคาดการณ์ไกล สามารถอดใจรอได้ หรือสามารถควบคุมบังคับตนเองได้ทั้งในที่ลับและที่แจ้ง คือ ทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้อื่น โดยบุคคลจะต้องสามารถรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนทำดี แม้ผู้อื่นจะไม่รู้ไม่เห็นก็ไม่สำคัญ
3. ความเชื่ออำนาจในตน ซึ่งเป็นลักษณะความเชื่อว่าผลที่เกิดกับตนส่วนใหญ่เป็นเพราะการกระทำของตนมากกว่าจะเกิดจากความบังเอิญ โชคเคราะห์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดลบันดาล
4. มีทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมคือ เป็นลักษณะการมองเห็นคุณประโยชน์ และคุณค่าของการกระทำพฤติกรรมเกิดความพอใจและมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม
5. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง คือ เป็นลักษณะการยอมรับที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ มุมานะบากบั่นฝ่าฟันอุปสรรคในการทำงาน หรือแก้ปัญหาจนประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตน

จิตลักษณะทั้ง 8 ประการ ที่หลอมรวมเป็นลำต้น และรากแก้วของต้นไม้จริยธรรมจะผลิดอกออกผล อันหมายถึงพฤติกรรมของการเป็นคนแกร่ง คนเก่งและคนดี

ในศึกษาการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ ในครั้งนี้ได้ศึกษาจิตลักษณะพื้นฐานทางจิตใจคือ การเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนจิตลักษณะต่างๆที่ควรมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่จะศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การเห็นประโยชน์ และคุณค่าของการมีสุขภาพดีซึ่งหมายถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ การเชื่อว่าตนสามารถทำให้ตัวเองมีสุขภาพดีได้ โดยการกระทำต่างๆของตนซึ่งการมีความเชื่ออำนาจในตน การศึกษาจิตลักษณะเพียง 3 ใน 8 ลักษณะของทฤษฎีต้นไม้ จริยธรรมในงานวิจัยนี้ จะช่วยในการอธิบายสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยได้ชัดเจนขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในต่างประเทศ

1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน

วอลสตัน วอลสตัน และเมดส์ (Wallston, Wallston & Maides. 1976 : 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะพยายามหาความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และหาวิธีดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ลาเฟร์รี และไอเซนเบอร์ก (ทรศนีย์ วงศ์ปา. 2527 : 24 ; อ้างอิงจาก Laffery & Isenberg. 1983 : 187 – 195) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน คำนิยมทางสุขภาพ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายในเวลากลางวันในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพจะยอมรับและเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย

เคอร์ (ทรศนีย์ วงศ์ปา. 2527 : 24 ; อ้างอิงจาก Kerr. 1986 : 87 – 92) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการลดความดันโลหิตจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน โดยการเข้าร่วมในโปรแกรมลดความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อความบังเอิญสูง

สปีค (Speak. 1987 : 25 – 30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่า และคะแนนกิจกรรมที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาหรือความบังเอิญแต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สปีค , โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pallet. 1989 : 93 – 100) ได้ศึกษาความปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 297 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางอำนาจทางโชคชะตา) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิต อายุ และ ระดับการศึกษา

ซาลลี (Sallee. 1996 : 2349) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกเทกซ์สตะวันออก ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง 74 คน ผลการศึกษา พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพบางอย่าง

ไรลีย์ (Reilly. 1996 : 950) ได้ศึกษาสุขภาพวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ : ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพและความเชื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 546 คน พ่อแม่ 259 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเองของวัยรุ่นแตกต่างจากความเชื่ออำนาจภายนอกคนซึ่งวัดโดยสภาวะสุขภาพ ความเชื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงและความปลอดภัย แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนในพ่อแม่และพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่ออำนาจภายนอกตนกับความเชื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมของวัยรุ่น และมีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับสภาวะสุขภาพและความปลอดภัย

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต

แคนท์เวลล์ และเบเกอร์ (Cantwell & Baker. 1984 : 503 – 507) ได้ศึกษาเรื่องบิดา มารดา ที่เจ็บป่วยทางจิตกับความผิดปกติทางจิตของเด็กที่อยู่ภาวะเสี่ยงสูงในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า บิดาหรือมารดา ในครอบครัวที่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคจิต ก็จะเป็นเหตุให้บุตรในครอบครัวเป็นโรคจิตได้ ซึ่ง โรคจิตนี้ไม่ได้เกิดจากพันธุกรรมอย่างเดียว แต่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและการอบรมเลี้ยงดู การปรับตัวในสังคม เป็นต้น

ปอร์เทียส (Porteous. 1985 : 465 – 478) ได้ศึกษาเรื่อง ปัญหาวัยรุ่นในประเทศอังกฤษ และวัยรุ่นในไอร์แลนด์ ผลการศึกษาพบว่า เด็กชายมีวุฒิภาวะน้อยกว่าเด็กหญิงในประสบการณ์ที่มีปัญหาเดียวกัน และมีความกังวลเกี่ยวกับประสบการณ์น้อยกว่าเด็กหญิงในประสบการณ์ที่มีปัญหาเดียวกัน และมีความกังวลเกี่ยวกับบุคลิกภาพและอารมณ์ ทั้งสองเพศกังวลเกี่ยวกับความไม่อิสระและรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองเมื่อเทียบกับอายุ วัยรุ่นในอังกฤษมีปัญหาด้านวุฒิภาวะน้อยกว่าวัยรุ่นในไอร์แลนด์ แต่มีความวิตกกังวลเหมือนกัน วัฒนธรรมที่แตกต่างกันเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นแตกต่างกัน

จอห์นสัน (นิลวรรณ ศิริอังกุล. 2535 : 22 ; อ้างอิงจาก Johnson.1985. Psychological Abstracts. P. 173) ได้รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในประเทศอุตสาหกรรม สวีเดน กับประเทศกำลังพัฒนา เช่น ชูตาน เมื่อปี ค.ศ. 1965 และ ค.ศ. 1980 ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมมีผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัว ทำให้ พ่อ แม่ มีโอกาสควบคุมลูกน้อยลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ประสบปัญหาการย้ายถิ่น อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้น ทุกคนต้องพยายามในการปรับตัว จนทำให้บางครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ดังนั้น เด็กและวัยรุ่นในครอบครัวจึงขาดการประคับประคองจิตใจเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต จึงมีปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ

แลงลี (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 36 ; อ้างอิงจาก Langlie.1977) ได้ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่น ๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แฮร์ริส และกลูเต็น (Harris & Gluten.1979 : 17 - 29) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการศึกษา พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีระดับศึกษาต่ำ

ลีเวนทาล (Leventhal. 1983 : 108 -109) ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรม สุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้น พฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก

มูห์เลนแคมป์ และเซย์เลส (Muhlenkamp & Sayles. 1986 : 336) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันตกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการบริโภค การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่า

นิวแมน และคณะ (Newman, et al. 1998 : 2157) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายการต่อต้านการสูบบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ พบว่าการต่อต้านการสูบบุหรี่ไม่ควรใช้การบังคับ ควรให้ทราบถึงข้อมูล บทลงโทษ หรือใช้การณรงค์ ผลนำมาสนับสนุนได้ว่าการเลิกสูบบุหรี่ คนเลิกควรเต็มใจและลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

2. งานวิจัยในประเทศ

2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136 – 137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

จอนผงะ เฟ็งจาด (2533 : 44 – 45) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน และ ภายนอกตนด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษและความสามารถของปัจจัยเหล่านี้ในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพหญิงโรงพยาบาลบางรักระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2532 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวนทั้งหมด 200 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537 : 56 – 57) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามารักษา ณ โรงพยาบาล จำนวน 100 คน ใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ทรงศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนด้านสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายเอกราช และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน ผลการศึกษพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

สุวารีวรรณ กิจสมัตร์ (2539 : 145) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีหลังคลอดที่พักฟื้นอยู่ที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน ผลการศึกษพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา (2542 : 81 - 82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ผลการศึกษพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์วงศ์ (2543 : 54-55) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง สมุทรปราการ จำนวน 300 คน ผลการศึกษพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

2.2 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต

พลาภรณ์ จันทร์ขามเรียน (2539 : 68 – 70) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสาธิต สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตระดับปกติ นักเรียนหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่านักเรียนชาย นักเรียนที่มีจำนวนพี่น้อง ลำดับที่เกิด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง และสภาพครอบครัวที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และสุขภาพจิตของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับจำนวนพี่น้อง

อุมาพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539 : 162) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,264 คน อายุระหว่าง 10-17 ปีโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Children's Depression Inventory) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในเด็กนักเรียน ได้แก่ ผลการเรียนรู้ต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลัก อยู่ในเกณฑ์ต่ำสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิต

พิมลศรี จันทราพร (2540 : 80 – 92) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของครู และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่านักเรียนในเขต และนอกเขตเทศบาลเมืองสุราษฎร์ธานีมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ครูกับนักเรียนมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ตัวแปรที่ทำให้นักเรียนมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ สภาพครอบครัว วิธีการอบรมเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับพี่น้อง อาชีพผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ส่วนนักเรียนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับพี่น้อง และความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา

วรางคณา แสงวิภาค (2542 : 98 – 100) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,338 คน เป็นนักเรียนชาย 533 คน และนักเรียนหญิง 805 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักเรียน ได้แก่ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสัมพันธ์ภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน บรรยากาศการเรียนการสอน สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนครู การให้บริการ นักเรียน และสิ่งแวดล้อมโรงเรียนโดยรวม ด้านตัวแปร ที่สามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของ นักเรียนเมื่อใช้ตัวพยากรณ์ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัวและด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนแยกรายด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง บรรยากาศการเรียนการสอน สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน การให้บริการนักเรียนและลำดับที่ของการเกิด ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิต ๆ ได้ร้อยละ 15.80

อุไร ชมมะลิ (2542 : 74) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดนครปฐม จำนวน 400 คน โดยใช้เครื่องมือจิตวัด-30 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีร้อยละ 72.75 นักเรียนที่มีเพศ ชายมี สภาพครอบครัว อาชีพผู้ปกครอง และรายได้ของผู้ปกครองต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนบรรยากาศในชั้นเรียน และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ

วัลภา ผิวนท (2527 : 44) ได้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการโรคมะเร็งต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดีจะเอาใจใส่สุขภาพตนเองและจากการวิจัยหลายๆ ครั้งของเบเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker & others. 1974 : 82 - 92)

สรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มี

ความสัมพันธ์กับการรับประทาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างถูกต้อง และการให้ความร่วมมือมารับการตรวจตามแพทย์นัด

อุบล เลี้ยววาริณ (2534 : 256 - 258) ได้ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยที่ทำการศึกษากับผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุ 18-45 ปี สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-มัธยมศึกษาตอนปลายทำงานอยู่ในโรงพยาบาลและ โรงงานหรือบริษัท พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่ากลุ่มอื่นและพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนเกี่ยวกับสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคต ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษได้สูงสุด ร้อยละ 30 ในกลุ่มเพศหญิง

ภัทราพร ไพเราะ (2539 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปี รายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปีและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การร่วมกิจกรรมทางสังคม

รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ (2540 : 60) ได้ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัยที่เข้ารับการรักษา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง จำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยในระดับปานกลาง

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81-82) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 200คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

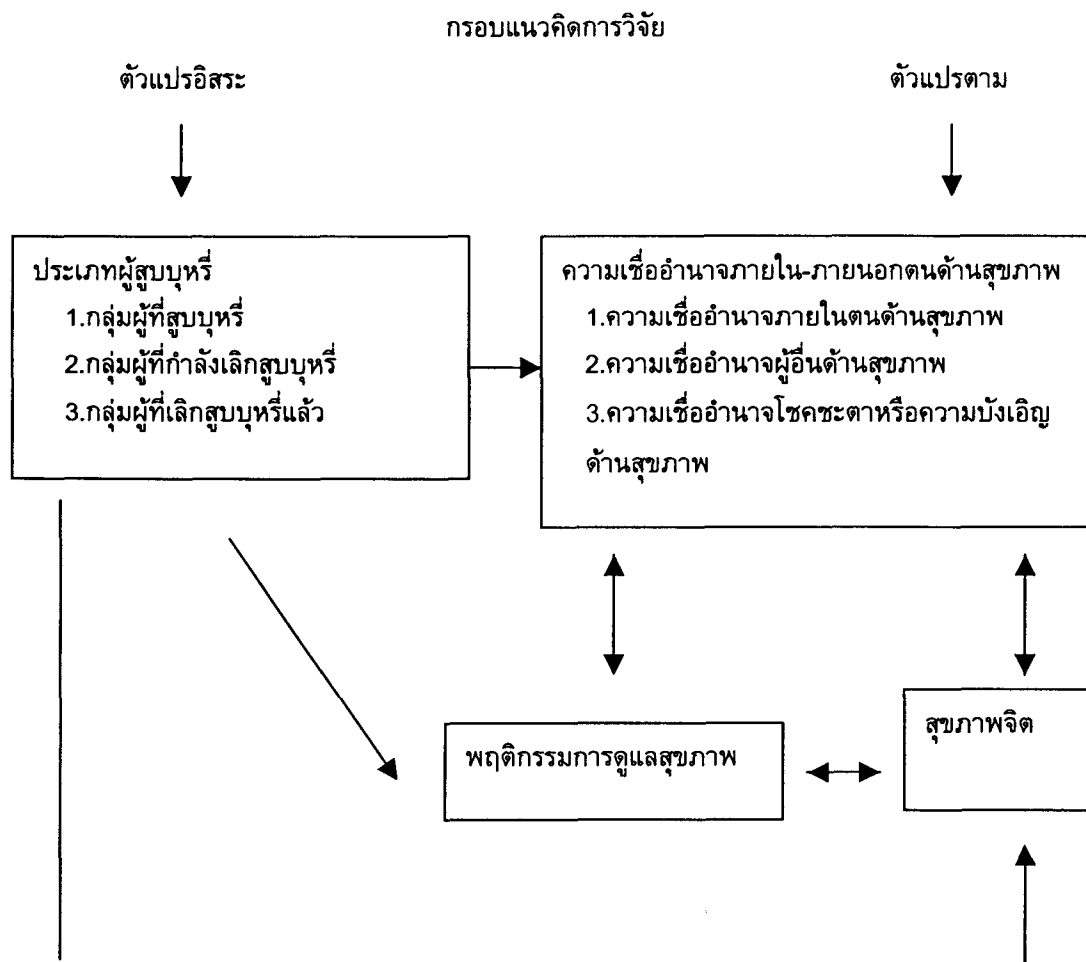
จิรวัน เทียนทองดี (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันสารเสพติดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติดในระดับดี นักเรียนชายและนักเรียนหญิง ที่มีผู้ปกครอง ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติดไม่แตกต่างกัน และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี มีความรู้ดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำและปานกลาง ส่วนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติดไม่แตกต่างกัน

ทรงพล ต่อนี และคนอื่นๆ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมเจ็บป่วยของประชาชนในเขตชนบท กรณีศึกษาในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า ชาวบ้านมีรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ แบ่งแยกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยโดยใช้ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีความเชื่อและเชื่อมโยงการเจ็บป่วยกับเรื่องไสยศาสตร์ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะปรึกษากันในครอบครัวแล้วเลือกวิธีการรักษาดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก่อน ถ้าไม่แสวงหาการรักษาอื่นๆ ต่อไป โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อและความศรัทธาที่มีต่อแหล่งรักษานั้นๆโดยส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและ

การแสวงหาการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวมีบทบาทในการประเมินอาการ และนำเสนอานที่รักษาและประเมินผลในการรักษา ถ้ามีอาการรุนแรงมาก การดูแลตนเองภายในครอบครัวจะน้อยลง แต่จะไปรับการรักษาด้วยระบบการแพทย์พื้นบ้านโดยมีผู้สูงอายุที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ

บุปผา ม้วยแก้ว (2542 : 90 – 96) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กลุ่มตัวอย่าง 283 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตัวแปร ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์ใช้ยาเสพติด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้มีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนต่างกัน ตัวแปรลักษณะการอยู่ร่วมกันภายในครอบครัวต่างกันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ทำให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนต่างกัน และตัวแปรระดับชั้นปีต่างกัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้มีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนต่างกัน ตัวแปร รายได้ของนักเรียนต่างกัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนด้านความรู้ กับเจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันเชิงลบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมุติฐานงานวิจัย

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แล้วจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

- [illegible]

8. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต พฤติกรรมดูแลสุขภาพกับสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิต ของ กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว โดยมีการดำเนินงานตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วเพศชายอายุ 30 – 50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรีที่ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เพศชายอายุ 30 – 50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คนที่มาใช้บริการต่างๆในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่เพศชายอายุ 30-50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรีทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คนที่เข้ามาปรึกษาในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเริ่มหยุดสูบบุหรี่จนถึงผู้ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลานาน 1 ปีมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วเพศชายอายุ 30-50ปีจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คน ที่เข้ามาปรึกษาในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลรามาริบัติ มาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอและมีผลการตรวจยืนยันว่าเลิกสูบบุหรี่แล้ว เป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 150 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)โดยที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มาใช้บริการต่างๆในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มาพบแพทย์ตามนัดในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลรามาริบัติตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่บางส่วนผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ในการติดตามการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จังหวัดที่ประกอบอาชีพปัจจุบัน จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน การสูบบุหรี่ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list)

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ

☐ 20 – 29 ปี

☐ 30 – 39 ปี

☐ 40 – 49 ปี

☐ 50 – 59 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของวอลสตันและคนอื่นๆซึ่งแปลเป็นไทยโดยกรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 158 - 161) ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ ดังนั้นแบบสอบถามชุดนี้จึงประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 5, 9, 10 และ 14

ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 7, 11 และ 15

ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 6, 8, 12 และ 13

โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 6ระดับ คือ

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเลย

ไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง

ค่อนข้างไม่จริง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย

ค่อนข้างจริง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย

จริง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพจำนวน 18 ข้อไปหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชวิถีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน หาค่าอำนาจจำแนก (Dicrimination) โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item - Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติ ศักดิ์. 2539 : 117) โดยพบว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามอยู่ในช่วง .50-.69 และเมื่อนำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจำนวน 15 ข้อไปหาค่าความเชื่อมั่น (Riliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 218) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (ข้อ 1,5,9,10,14) มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .65 ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (ข้อ 3,4,7,11,15) มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .57 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ (ข้อ 2,6,8,12,13) มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .89

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำถาม	จริงมากที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยการกระทำของข้าพเจ้าจะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายเร็วหรือช้า						
2. ไม่ว่าจะทำตัวอย่างไรก็ตามถ้าถึงเวลาที่ข้าพเจ้าจะเจ็บป่วยแล้วก็ต้องเจ็บป่วย						

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

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

ความเชื่ออำนาจความเชื่อภายใน-นอกด้านสุขภาพ มีคำถามด้านละ 5 ข้อคะแนนเต็มด้านละ 30 คะแนน ซึ่งจะมีค่าต่ำสุดในแต่ละด้านเป็น 5 คะแนน และมีค่าสูงสุดในแต่ละด้านเท่ากับ 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนด้านใดมาก ก็ถือว่ามีความเชื่อด้านนั้นมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ 6 อันดับ โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยเกี่ยวกับอันดับความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 33 ; อ้างอิงจาก Becker and Maiman.1977 ; William and Wechsler. 1972 ; Steele & Broom. 1972) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการเสพยาของมีนเมาและบุหรี่ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้ทำสิ่งนั้นประจำสม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ทำสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ทำสิ่งนั้นเลย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพจำนวน 50 ข้อไปหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลราชวิถีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item - Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) โดยพบว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามอยู่ในช่วง .24-.89 และเมื่อนำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจำนวน 33 ข้อไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 218) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .89

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.ท่านรับประทานอาหารหลักครบ 5 หมู่			
2.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารจำพวก ไขมัน ไขมันทรานส์ เบคอน			

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

	การปฏิบัติทางบวก (คะแนน)	การปฏิบัติทางลบ (คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

การแปลความหมายระดับคะแนนปฏิบัติ โดยดัดแปลงจากหลักเกณฑ์การประเมินดังนี้
(วิเชียร- เกตุสิงห์.2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	เกณฑ์การปฏิบัติ
1.34-2.00	อยู่ในระดับดี
0.67-1.33	อยู่ในระดับปานกลาง
0.00-0.66	ควรปรับปรุง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอชคิว-30 (General health Questionnaire : GHQ) ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) ซึ่งแปลโดย นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยจะใช้จีเอชคิว-30 มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ การคิดคะแนนเป็นแบบ GHQ SCORE (0-0-1-1)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสุขภาพจิตจำนวน 30 ข้อไปหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิก ยาเสพติด โรงพยาบาลราชวิถีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน หาค่าอำนาจจำแนก (Dicrimination) โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item - Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) โดยพบว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามอยู่ในช่วง .20-.57 และเมื่อนำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจำนวน 18 ข้อ ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Riliability)จากสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson – KR 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ความเชื่อมั่น (α) = .65

ตัวอย่างแบบสอบถาม

1. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

- ☐ ไม่เลย
 ☐ ไม่มากกว่าปกติ
 ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ
 ☐ มากกว่าปกติมาก

2. หาอะไรทำและทำให้ตนเองไม่มีเวลาว่างได้

- ☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

เกณฑ์การให้คะแนน ใช้การคิดแบบ 0-0-1-1

ตอบ 2 ข้อแรก ได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบ 2 ข้อหลัง ได้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนน 0-3 (คะแนนเฉลี่ย 0-0.167) ถือว่ามีสุขภาพจิตปกติ

คะแนน 4-30 (คะแนนเฉลี่ย 0.168-1) ถือว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตรถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบรวบรวมข้อมูล

การโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มาใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มาพบแพทย์ตามนัดในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลรามาริบัติตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 66 คน และในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่บางส่วนผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ ในประวัติการเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2546 บุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่จำนวน 120 คนได้รับคืนมาคิดเป็นร้อยละ 70 คิดเป็น 84 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

SPSS/PC+(Statistical Package for the Social Science/SPSS For Window v.10.0) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามแล้วคัดเลือกฉบับสมบูรณ์ไว้ และตรวจให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์แบบสอบถาม ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์แบบสอบถาม ตอนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและตอนที่ 2,3,4 ซึ่งเป็นแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามสุขภาพจิต โดยการนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบสมมุติฐานนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One – way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 –5 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ (sheffe)

5. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง สุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Peason Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 6,7,8

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย ใช้สถิติดังนี้

1.สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าเฉลี่ย (Mean)

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว (Face Validity) นำเครื่องมือที่สร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ของค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination) โดยวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item - Total Correlation)

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.3.1 แบบสอบถามสุขภาพจิต GHQ – 30 ใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตรที่ KR20

2.3.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 – 5 ซึ่งเมื่อพบว่า การทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Scheffe) ถ้าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคู่ใดมีค่าเท่ากับหรือมากกว่าค่า S ค่าเฉลี่ยคู่นั้นก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Peason's Product Moment Correlation Coefficient) ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง สุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญหรือ โชคชะตาดีด้านสุขภาพ สุขภาพจิต เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 6 – 8 และทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Test of Significance) เพื่อยืนยันมีความสัมพันธ์กันจริงแท้หรือไม่โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 180)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
P	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Sciences/SPSS For Windows 10.0) แบ่งเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่			กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่			กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
1.ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	50	4.508	0.622	49	4.269	0.517	48	4.413	0.858
2.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	50	3.896	0.767	50	4.444	0.643	50	3.468	1.052
3.ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ	48	3.238	0.805	49	3.669	0.538	49	2.984	1.021
4.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	45	1.240	0.226	50	1.246	0.244	47	1.383	0.258
5.สุขภาพจิต	47	0.122	0.155	48	0.177	0.199	49	0.117	0.189

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีสุขภาพจิตปกติ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน

2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่

สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาล
รามาธิบดีกรุงเทพมหานคร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	1.426	0.713	1.545	0.217
ภายในกลุ่ม	144	66.413	0.461		
รวม	146	67.839			

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 4,5

ตาราง 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	23.934	11.962	17.031*	0.000
ภายในกลุ่ม	147	104.291	0.703		
รวม	149	127.226			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีความเชื่ออำนาจผู้
อื่นด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าประเภทผู้สูบบุหรี่ที่ต่างกันอย่
น้อย 1 คู่ มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็น
รายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพเป็นรายคู่
ระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิก
อดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

กลุ่ม	ประเภทผู้สูบบุหรี่	$\bar{X}$	กลุ่มผู้ที่เลิก สูบบุหรี่แล้ว 3.468	กลุ่มผู้ที่ สูบบุหรี่ 3.869	กลุ่มผู้ที่ กำลังเลิกสูบบุหรี่ 4.444
1.	กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว	3.468	-	0.428*	0.976*
2.	กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่	3.896	-	-	0.548*
3.	กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่	4.444	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่ากลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ที่
เลิกสูบบุหรี่แล้วและกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบ
บุหรืแล้ว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ซึ่งความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันสอดคล้องกับ
สมมุติฐานข้อที่ 2

2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือ
ความบังเอิญด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับ
บริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทาง
เดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) นำเสนอ
ในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 6.7

ตาราง 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	11.775	5.888	8.926*	0.000
ภายในกลุ่ม	143	94.324	0.660		
รวม	145	106.099			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าประเภทผู้สูบบุหรี่ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพเป็นรายคู่ระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มาใช้บริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

กลุ่ม	ประเภทผู้สูบบุหรี่	$\bar{X}$	กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 2.983	กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ 3.237	กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ 3.669
1.	กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว	2.983	-	0.254	0.686*
2.	กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่	3.237	-	-	0.432*
3.	กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่	3.669	-	-	-

จากตาราง 7 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วและกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3

2.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 ถ้าพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียงดังปรากฏตามตาราง 8,9

ตาราง 8 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	0.616	0.308	5.200*	0.007
ภายในกลุ่ม	139	8.235	0.005		
รวม	141	8.851			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าประเภทผู้สูบบุหรี่ที่ต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นรายคู่ระหว่างกลุ่ม ผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามารับดี กรุงเทพมหานคร

กลุ่ม	ประเภทผู้สูบบุหรี่	$\bar{X}$	กลุ่มผู้ที่ สูบบุหรี่ 1.240	กลุ่มผู้ที่ กำลังเลิกสูบบุหรี่ 1.245	กลุ่มผู้ที่เลิก สูบบุหรี่แล้ว 1.383
1.	กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่	1.240	-	0.005	0.143*
2.	กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่	1.245	-	-	0.138*
3.	กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว	1.383	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความแตกต่างกันสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4

2.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามารับดี กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	34.914	17.457	1.622	0.201
ภายในกลุ่ม	141	1517.097	10.759		
รวม	143	1551.993			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

2.6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่อโชคลางหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏ 11,12,13

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ ระหว่าง	กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่				
	1 ความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้าน สุขภาพ	2 ความเชื่ออำนาจ ผู้อื่นด้าน สุขภาพ	3 ความเชื่ออำนาจ โชคชะตาหรือ ความบังเอิญ ด้านสุขภาพ	4 พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ	5 สุขภาพจิต
1.ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ		0.364**	0.410**	-0.047	0.044
2.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ			0.395**	0.077	0.155
3.ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ				-0.021	-0.074
4.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					-0.471**
5.สุขภาพจิต					1.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านไม่ได้มีความเชื่อเพียงด้านใดเพียงด้านเดียว กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ถ้ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยจะมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนคู่อื่นไม่พบความสัมพันธ์

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต ของกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ที่มารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ ระหว่าง	กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่				
	1	2	3	4	5
	ความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้าน สุขภาพ	ความเชื่ออำนาจ ผู้อื่นด้าน สุขภาพ	ความเชื่ออำนาจ โชคชะตาหรือ ความบังเอิญ ด้านสุขภาพ	พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ	สุขภาพจิต
1.ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ		0.438**	0.291*	0.178	-0.114
2.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ			0.753**	0.450**	-0.019
3.ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ				0.399**	-0.033
4.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					-0.253
5.สุขภาพจิต					

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 แสดงว่ากลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านไม่ได้มีความเชื่ออำนาจด้านใดเพียงด้านเดียวและถ้ากลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นก็จะมีมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงขึ้นตามมา ส่วนคู่อื่นไม่พบความสัมพันธ์

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มารับบริการในคลินิกออบุหรี่ โรงพยาบาลรามารับดี กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ ระหว่าง	กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว				
	1 ความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้าน สุขภาพ	2 ความเชื่ออำนาจ ผู้อื่นด้าน สุขภาพ	3 ความเชื่ออำนาจ โชคชะตาหรือ ความบังเอิญ ด้านสุขภาพ	4 พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ	5 สุขภาพจิต
1.ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ		0.185	0.163	0.645**	-0.618**
2.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ			0.491**	0.387**	-0.026
3.ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ				.094	0.148
4.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					-0.510**
5.สุขภาพจิต					

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แสดงว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นอิสระจากความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ถ้ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าส่วนผู้อื่นไม่พบความสัมพันธ์

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยแยกศึกษาตามกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญแตกต่างกัน
4. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

6. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต พฤติกรรมดูแลสุขภาพกับสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กัน

7. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต พฤติกรรมดูแลสุขภาพกับสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กัน

8. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับสุขภาพจิต พฤติกรรมดูแลสุขภาพกับสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความสัมพันธ์กัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เพศชายอายุ 30 – 50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คนที่ใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่เพศชายอายุ 30-50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรีทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คนที่เข้ามาปรึกษาในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเริ่มหยุดสูบบุหรี่จนถึงผู้ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลา 1 ปีมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วเพศชายอายุ 30-50ปีจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 50 คน ที่เข้ามาปรึกษาในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลรามาริบัติ มาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไปอย่างสม่ำเสมอและมีผลการตรวจยืนยันว่าเลิกสูบบุหรี่แล้ว เป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 150 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่ใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วที่มาพบแพทย์ตามนัดในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลรามาริบัติตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่บางส่วนผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ในการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่ตั้งแต่พ.ศ.2540-2546

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จังหวัด ที่ประกอบอาชีพ จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – นอกตนด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – นอกตนด้านสุขภาพของวอลสตัน และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นไทยโดยกรรณิการ์ (2527 : 158 – 161) ประกอบด้วยความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ความเชื่อในแต่ละด้านมีให้เลือกตอบ 6 ระดับคือ ไม่จริงเลย ไม่จริง ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง จริง จริงมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านเท่ากับ .65 .57 และ .89 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิตโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามสุขภาพจิตจีเอสคิว – 30 ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .65

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรประเภทผู้สูบบุหรี่ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรประเภทผู้สูบบุหรี่ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรประเภทผู้สูบบุหรี่ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรประเภทผู้สูบบุหรี่ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรประเภทผู้สูบบุหรี่ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5

7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6,7,8

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 30 – 50 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. กลุ่มผู้สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีปัญหาสุขภาพจิต

3. กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีสุขภาพจิตปกติ

4. กลุ่มผู้สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าจากกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วและกลุ่มผู้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วและกลุ่มผู้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8 กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

9. ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 แสดงว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ถ้ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยจะมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนคู่อื่นไม่พบความสัมพันธ์

10. ในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ส่วนคู่อื่นไม่พบความสัมพันธ์

11. ในกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แสดงว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ถ้ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยจะมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนคู่อื่นไม่พบความสัมพันธ์

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กัน ส่วนในกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีเฉพาะความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันแต่ไม่สัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเหมือนกันคือมีความเชื่ออำนาจในทุกๆด้าน แต่ในกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจภายในตนมีอิสระจากความเชื่ออำนาจด้านอื่นๆ ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีผลของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยพบว่ากลุ่มผู้ที่เลิกบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะของการสูบบุหรี่หรือภาวะของการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ความ

เชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงขึ้นหรือมีอิทธิพลต่อตัวเรา แต่เมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพจะไม่อิทธิพลมากเพราะมีความเชื่อตัวเองมากขึ้น ความเชื่ออำนาจภายในตนก็จะสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของแคปแลน (สุวารีวรรณ กิจสมักร.2539 : 145 ; อ้างอิงจาก Kaplan.1978 :131) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะประสบความสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่

2. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กัน โดยที่กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในขณะที่ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแล้วยังพบอีกว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีที่สุทธหรือมากกว่าทั้ง 2 กลุ่ม

จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าอีก 2 กลุ่มและเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านพบว่า กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในขณะที่กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่จะไม่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทั้ง 3 ด้านเลย ซึ่งจะสรุปได้อย่างชัดเจนว่า ความเชื่ออำนาจที่มีผลให้คนดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นคือความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ดังเช่นกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในระดับที่เท่าๆ กัน เมื่อเข้าสู่ภาวะของการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่จะมีอำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญมากขึ้นเพราะเชื่อในคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลถึงวิธีในการเลิกสูบบุหรี่และเมื่อประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีความเชื่อว่าตนเองทำได้ทำให้ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะสูงขึ้นตามมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสตรีกแลนด์ (Strickland.1978 : 247-255) ที่กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมีความสัมพันธ์และสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปและพฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่สภาวะเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของกรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของกุลนทรี น้อยโนนทอง. (2537 : 56-57) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล-

เองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา.(2542 : 81-82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01

3. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน โดยถ้าพิจารณาด้านความสัมพันธ์พบว่า ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่นั้นสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนอย่างสูงและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีจะมีผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของสตรีก-แลนด์ (Strickland.1978 : 247-255) ที่กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน นอกจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปและพฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยแล้ว ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนยังมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยพบว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีอาการซึมเศร้า และกรมีความวิตกกังวล ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดีและการมีความสุข สอดคล้องกับทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538 : 161-163) ที่กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นจิตลักษณะหนึ่งที่เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธินี ศรีรัตน์ (2544 : 146) ที่พบว่าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สรุป ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีการดำเนินชีวิตอยู่บนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ แต่ในกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงขึ้นน่าที่จะมีผลทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการที่ผู้ที่ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ควรที่จะสร้างความเชื่ออำนาจภายในตนให้มีอำนาจเหนือความเชื่อด้านอื่น โดยการที่เมื่อคนที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มาปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการที่ถูกต้องในการเลิกสูบบุหรี่ แพทย์ควรปลุกฝัง สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองมากขึ้นโดยที่แพทย์ พยาบาลเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่เรียนรู้ด้วยตนเองในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่เดียวกันก็ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นซึ่งเมื่อคนมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูงขึ้นก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้นมีสุขภาพจิตที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพโดยแยกศึกษาตามสาเหตุของการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ครอบครัว สุขภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอย แพทย์ห้าม

- 2.ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ที่ติดยาเสพติดประเภทอื่นๆ เพราะยาเสพติดมีฤทธิ์ทำให้การสนใจในการดูแลตนเองเปลี่ยนไป
- 3.ควรมีการศึกษาในเรื่องการรณรงค์ในการเลิกสูบบุหรี่โดยการเปลี่ยนแปลงให้กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้น
- 4.ควรมีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการปลูกฝังและกระตุ้นให้คนมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2529). คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา.
- กองสุขภาพจิต. (2532). ความรู้เรื่องสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา.
- กษมา สุขวคนธ์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิค กลุ่มอาชีวศึกษามัธยมศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผลุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กุลนทีกร น้อยโนนทอง. (2537). ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- กันยา แสงสุวรรณ. (2532). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : อักษรวิทยา.
- ใกล้หมอ. (2538). ขาวทั่วไป. 19(6) : 20.
- จอมพะจง เพ็งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรวิน เทียนทองดี. (2542). พฤติกรรมการป้องกันสารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทนา เชื้อนาค. (2538, พฤษภาคม). “อาหารเพื่อการมีสุขภาพที่ดีชะลอความแก่และเพื่อการมีชีวิตรื่นเริง,” วชิรสาร. 39(2) : 97 – 100.
- จันททัย กลับเมฆ. (2529, กันยายน). “สุขภาพจิตลึกซึ้งควรรวัง,” สารพัฒนหลักสูตร. 54 : 54 – 56.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- _____. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ชูศรี วงศ์รัตน. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2538). "ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย : การวิจัยและการประยุกต์," *ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม การวิจัยและการพัฒนาบุคคล*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรม.
- ชนวรรณ อัมสมบุญ. (2528, เมษายน – พฤษภาคม). "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," *วารสารสุขศึกษา*. 8(29). 24 – 26.
- _____. (2532, ตุลาคม - ธันวาคม). "การสอนสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," *สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ*. 15(4) : 11 – 15.
- ธนา นิลชัยโกวิท และคนอื่น ๆ. (2539, มกราคม – มีนาคม). "ความเชื่อถือได้และความมั่นคงของ เจนเนอเรล เฮลท์ เควชันแนร์ (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย," *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41 : 2 – 6.
- ธีระ ลิ้มศิลา. (2523). *บุหรีและสภาวะสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธันวาคม สุกวรรณรักษ์. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนผู้ใหญ่วัดบางเขน กรุงเทพมหานคร*. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- นาพาณ โอบาสนนท์ และคนอื่น ๆ. (2532) : "การหารูปแบบการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมใน วชิรพยาบาล," *วชิรเวชสาร*. 63(3) : 101 – 111.
- นิลวรรณ ศิริอังกูร. (2535). *สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัดเขตห้วยขวางกรุงเทพมหานคร*. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุปผา ม้วยแก้ว. (2542). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร*. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรณสุต. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญา จริกุลพัฒนา. (2536). *การให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น*. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). *สุขภาพจิตเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์.
- ฝน แสงสิงแก้ว. (2521). *เรื่องของสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.

- พจน์ย์ เหล่ามต. (2532). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของครูชายโรงเรียน
มัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบ
ทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พลาภรณ์ จันทร์ขามาเรียน. (2539). สุขภาพจิตของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสาธิต
สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พิมลศรี จันทราพร. (2540). สุขภาพจิตของครูและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัด
กรมสามัญศึกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินูญานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. (2537). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : เอส.ดี.เพรส .
- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2540ป). สุขภาพเพื่อชีวิต. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). “แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ
ใน คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพศูนย์ประสานงาน
ทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โยธิน ศันสนยุทธ์ และคณะ (2534). จิตวิทยา. ศูนย์ส่งเสริมวิชาการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรางคณา แสงวิภาค. (2542). การศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมือง
จังหวัดชัยภูมิ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิไล ตั้งตระกูล. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาล
สังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วัลลภา ผิวทน. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับ
สุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
การให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของ
ผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการโรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ. (2543). โครงการวิจัยและพัฒนากการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
พระนครศรีอยุธยา : ศรีอยุธยา.
- สุจิรา จรัสศิลป์. (ม.ป.ป.). คู่มือการสอนจิตวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- สุจินต์ ปรัชามารถ. (2535). สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2539). จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : ธีระปิยะวรรณกรรม.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุเ็ดด คชเสนี. (2531, พฤษภาคม). "กรณีศึกษาโรคเรื้อรัง : โรคหัวใจขาดเลือด," *คลินิก*. 4 : 337 –340.
- หทัย ชิดานนท์. (2534, พฤษภาคม - ธันวาคม). "ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่," *จดหมายข่าวบุหรืและสุขภาพ*.
2(1) : 5 – 11.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ปฏิบัติงานเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขณพิชิตกุล. (2539, กรกฎาคม – กันยายน). "ภาวะซึมเศร้าในเด็ก
นักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร," *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(3) :
162 – 173.
- อุไร ชมมะลิ. (2542). สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา
สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ จังหวัดนครปฐม. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เอื้ออารี พงศ์อิศวรานันท์. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ. เลย : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว
คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูเลย.
- Becker, M.H. & Marman, L.A. (1977). "the Health Belief Model and Sick Role Behavior," in
The Health Belief Model and Personal Health Behavior New Servey. Chales b.Sleck
.Belloc, N.B., & L. Breslow. (1972). "Relationship of Physical Health Status and Health Practices,"
Preventive Medicine. 1 : 409 – 421.
- Bernard, Harold, W. (1970). *Mental Health in classroom*. New York : McGraw Hill.

- Bloom, S.B. (1975). *Taxonomy of Education Objective Hand book ii : Cognitive Domain*. New York :David Mc. Kay Co. Inc.
- Cantwell, Dennis P. & Baker, Lorian. (1984, December). "Parental Mental illness and Psychiatric Disorders in at Risk Children," *The Journal of Clinical Psychiatry*. 45(12) : 503 – 507.
- Chapman, Stanley L. & Jaffrey, Balfour D. (1979). "Process in Maintenance of Weight Loss with Behavior therapy," *Behavior Therapy*. 10(4) : 566 – 570.
- Glasser, William. (1960). *Mental Health or Mental Illness*. New York : Harper and Row.
- Harris Daniel M. & Sharon Gluten. (1972). "Health – Protective Behavior : An Exploratory Study," *Journal of Health and Socail Behavior*. 20 : 17 – 29.
- King, J. (1984). "The health belief Model," *Nursing time*. 80(10) : 53 – 55.
- Langlia, J. (1977). "Socail Networks Health Beliefs and Preventive Health Behavior," *Journal of Health and Socail Behavior*. 18 : 244 – 260.
- Leventhal, E.A. and others. (1983). "Age related Changes in Preventive Health Behavior," *Paper presented at the Annual scientific Meeting of the Gerontological Society*. San francisco : Alexadria. V.A. EDRS.ED 244198.
- Muhlenkamp, F. Ann & Sayle A. Judy. (1986). "self – esteem, social Support and Positive Health Practices," *Nursing Research*. 35(6) : 334 – 337.
- Porteus, M.A. (1985). "Development Aspects of Adolescent Problem Disclose in England and Lreland," *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 26(3) : 465 – 478.
- Rotter, Julian B. (1966). "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement," *Psychological Monographs ; General and Applied*. 60(1) : Whole No.609.
- Seeman, M. & J.W. Evan. (1962). "Alienation and Learning in Hospital setting," *American Sociological Review*. 27 : 772 – 783.
- Speake, et al. (1989). "Health Perception and Lifestyle of Elderly," *Research in Nursing and Health*. 12(2) : 93 – 100.
- Steele, James L. & william H. Mc. Broom. (1972). "Conceptual and Empirical Dimension of Health behavior," *Journal of Health and Social Behavior*. 13 : 382 – 392.
- Tate, Joanne J. (1986). "Identification of Individualized Self Management Activites Emphasizing Achivement Motivation, Goal Setting, Conation, Attention control and Locus of Control as Elements of Curriculum in a Stop Smoking Program," *Dissertation Abstracts International*. 47(06).

- Wallston, Kenneth A. & Wallston, Barbara Strudler. (1982). "Who is Responsible for Your Health? The Construct of Control," in *Social Psychology of Health and Illness*. Sander, G. and Suls, J. New Jersey : Lawrence Erlbaum.
- Wallston, Kenneth A. & Wallston, Barbara Strudler. (1978). "Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales." In *Health Education Monograph*. 6, No 2 (Spring, 1978) : 160-170

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

**แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร**

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิต
ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. ความมุ่งหมาย แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลในเรื่องความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์
2. ลักษณะแบบสอบถาม มี 4 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ
 - ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - ตอนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต
3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไปใช้เพื่อประกอบการศึกษาเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกเสนอในรูปของกลุ่มมีใช้รายบุคคลและไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด จึงใคร่ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริง

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวสิริพร กาญจนะประโชติ)
 นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ

☐ 20 – 29 ปี

☐ 30 – 39 ปี

☐ 40 – 49 ปี

☐ 50 – 59 ปี

3. ท่านจบการศึกษาชั้นสูงสุด ระดับใด

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ในจังหวัด

☐ กรุงเทพฯ

☐ ต่างจังหวัด ระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านทำงานอยู่ในจังหวัด

☐ กรุงเทพฯ

☐ ต่างจังหวัด ระบุ.....

6. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

☐ สูบบุหรี่

☐ กำลังเลิกสูบบุหรี่มาประมาณ 1 ปี

☐ เคยสูบแต่เลิกมาแล้วมากกว่า 1 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – นอกตนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด
จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเลย

คำถาม	จริงมากที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยการกระทำของข้าพเจ้าจะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายเร็วหรือช้า						
2. ไม่ว่าจะทำตัวอย่างไรก็ตามถ้าถึงเวลาที่ข้าพเจ้าจะเจ็บป่วยแล้วก็ต้องเจ็บป่วย						
3. การที่ข้าพเจ้าไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะช่วยไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย						
4. เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ พยาบาล						
5. เมื่อข้าพเจ้าป่วย เขาต้องโทษตัวเองที่ไม่ระวังดูแลสุขภาพตนเอง						
6. โชคชะตา เป็นตัวกำหนดว่าข้าพเจ้าจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						

คำถาม	จริงมากที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
7. สุขภาพของข้าพเจ้าจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับแพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมดูแล						
8. การที่ข้าพเจ้ามีสุขภาพดี เป็นเพราะข้าพเจ้าโชคดี						
9. สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของข้าพเจ้า คือ การกระทำของตัวเอง						
10. ถ้าข้าพเจ้าดูแลสุขภาพของตัวเองดีพอ ข้าพเจ้าก็คงจะไม่เจ็บป่วย						
11. การที่ข้าพเจ้าจะหายจากการเจ็บป่วยได้นั้น เป็นเพราะแพทย์ พยาบาล เพื่อนและญาติพี่น้องในครอบครัว ให้การดูแลข้าพเจ้า						
12. ไม่ว่าข้าพเจ้าจะทำตัวอย่างใดก็ตาม ก็ดูเหมือนว่าข้าพเจ้าจะต้องเจ็บป่วยอยู่เรื่อย						
13. ข้าพเจ้าจะมีสุขภาพดี ถ้าเมื่อมันจะต้องเป็นเช่นนั้น ถ้าจะต้องป่วยมันก็ต้องป่วยไม่มีทางหลีกเลี่ยง						
14. ถ้าข้าพเจ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ข้าพเจ้าจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
15. ในเรื่องสุขภาพอนามัย ข้าพเจ้าปฏิบัติทุกอย่างตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น						

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และ
กรุณาตอบทุกข้อ

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารหลักครบ 5 หมู่			
2. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารจำพวก ไส้กรอก เบคอน			
3. ท่านรับประทานอาหารนมอบกรอบ เช่น มันฝรั่ง ข้าวเกรียบทอด			
4. ท่านรับประทานอาหารผักผลไม้			
5. ท่านเข้านอนเป็นเวลา			
6. ท่านนอนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก			
7. เมื่อท่านมีเวลาว่างท่านเลือกที่จะพักผ่อนโดยการ นอนหลับ			
8. ท่านปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจาม			
9. ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา			
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อช่วยให้ขับถ่ายดี			
11. เมื่อท่านท้องผูกท่านจะดื่มน้ำมากขึ้น			
12. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน อย่างน้อยวันละ 15 – 20 นาที			
13. ท่านสูบบุหรี่เป็นปกติ			
14. ท่านดูแลและป้องกันตนเองจากการตากฝน			
15. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์			
16. ท่านสูบบุหรี่เฉพาะเวลาที่มีการดื่มสุรา			
17. ท่านชักชวนให้บุคคลรอบข้างเลิกสูบบุหรี่			
18. ท่านหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บุคคลที่กำลังสูบบุหรี่			
19. ท่านได้ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันกับทันต์ แพทย์ทุก 6 เดือน			
20. ท่านตรวจสุขภาพร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
22. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะรีบไปพบแพทย์			
23. ท่านใช้เสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น			

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
24. ท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น			
25. ท่านดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เครื่องใช้และจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด			
26. ท่านรับประทานอาหารเข้าก่อนไปทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ			
27. ท่านดูแลเอาใจใส่และส่งเสริมสุขภาพตนเอง			
28. ท่านใช้เวลาว่างในการเล่นกีฬา			
29. ท่านนำเครื่องนอนตากแดดเพื่อฆ่าเชื้อโรค			
30. ท่านดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน			
31. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก			
32. ท่านให้ความสนใจในเรื่องข่าวสารความรู้ใหม่ๆในการดูแลสุขภาพ			
33. ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับหรือนั่งโดยสารตอนหน้ารถยนต์			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ตอนนี้อย่างเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

1. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
2. หวออะไรทำและทำให้ตนเองไม่มีเวลาว่างได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
3. ออกไปนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
4. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
5. รู้สึกดีใจอยู่ตลอดเวลา
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
6. รู้สึกว่าชีวิตต้องดีนรอยู่ตลอดเวลา
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
7. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
8. มองอะไรเคร่งเครียดไปหมด
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
9. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
10. รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
11. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

12. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
13. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
14. รู้สึกมีความหวังในอนาคตของตัวเอง
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
15. รู้สึกว่ามีความสุขดีตามสมควร
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
16. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
17. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่มีชีวิตอยู่ตลอดไป
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
18. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

ภาคผนวก ข

**ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจ
ภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิต
ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร**

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – นอกด้านสุขภาพ พฤติกรรม
การดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต

แบบสอบถามความเชื่อ อำนาจภายใน-นอก ด้านสุขภาพ (r)		แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (r)		แบบสอบถาม สุขภาพจิต (r)	
1.	.61	1	.53	1.	.42
2.	.68	2.	.33	2.	.53
3.	.47	3.	.34	3.	.20
4.	.54	4.	.47	4.	.45
5.	.68	5.	.60	5.	.47
6.	.61	6.	.46	6.	.31
7.	.50	7.	.29	7.	.29
8.	.67	8.	.53	8.	.57
9.	.56	9.	.53	9.	.41
10.	.59	10.	.58	10.	.52
11.	.50	11.	.59	11.	.52
12.	.69	12.	.24	12.	.57
13.	.60	13.	.43	13.	.35
14.	.55	14.	.42	14.	.42
15.	.53	15.	.28	15.	.29
		16.	.30	16.	.35
		17.	.32	17.	.35
		18.	.89	18.	.32
		19.	.36		
		20.	.39		
		21.	.56		
		22.	.47		
		23.	.26		
		24.	.44		
		25.	.61		
		26.	.34		

ตาราง 14 (ต่อ)

แบบสอบถามความเชื่อ อำนาจภายใน-นอก ด้านสุขภาพ (r)	แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (r)	แบบสอบถาม สุขภาพจิต (r)
	27. .60	
	28. .23	
	29. .43	
	30. .52	
	31. .46	
	32. .89	
	33. .30	

แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – นอกด้านสุขภาพ

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (ข้อ 1, 5, 9, 10, 14) มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .65
2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (ข้อ 3, 4, 7, 11, 15) มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .57
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญหรือโชคชะตาด้านสุขภาพ (ข้อ 2, 6, 8, 12, 13) มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .89

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .89

แบบสอบถามสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่น (α) = .65

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวสิริพร กาญจนะประโชติ
วัน เดือน ปีเกิด	27 ธันวาคม 2517
สถานที่เกิด	เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	416/8 แขวงคลองชักพระ เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลเทคนิค 4
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	จบมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนสุวรรณารามวิทยาคม กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2535	จบมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสุวรรณารามวิทยาคม กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2537	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2540	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2546	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร