

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้นำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. นิยามพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ
4. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
5. พระภิกษุ ธรรมะและพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีความหมาย และความเกี่ยวข้องกัน คือ พฤติกรรม (Behavior) และสุขภาพ (Health) มีความหมาย ดังนี้ ความเกี่ยวข้องและนิยามระหว่างสุขภาพ (Health) และ พฤติกรรม(Behavior) ดังนี้

นิยาม ของพฤติกรรม (Behavior)

การกระทำ หรือกิจกรรมใดๆ ของรายบุคคล เพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่งที่ได้วางไว้(ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ซึ่งเป็นการกระทำ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตได้ โดยบุคคลอื่น มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. พฤติกรรมภายนอก เป็นกิจกรรมของคนที่แสดงออกมาทั้งที่เป็นการกระทำหรือกิจกรรมและสามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การนั่ง การเคลื่อนไหว เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน ภายนอก เป็นกิจกรรมของคนที่แสดงออกมาทั้งที่เป็นการกระทำหรือกิจกรรมภายในตัว ที่ต้องอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการสังเกต เช่น ความฝัน ความคิด ความเชื่อ เป็นต้น

1.2 ความหมายของสุขภาพ (Health)

ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น การสูบบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ประกอบกัน ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคภัย ไข้เจ็บ หรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1986)

ภาวะที่เป็นสุขในลักษณะองค์รวม มีความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งในด้านกาย ปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ที่มีพื้นฐานที่เชื่อมโยงมาจากสุขภาพที่ดี แบบที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดและน่าพอใจที่สุด (วาสนา คุณาอภิสิทธิ์, 2547)

ประเวศ วะสี (2541) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติม ตามความหมายที่ปรากฏให้ครอบคลุมโดย นำเพิ่มเติมความแบบวิถีอย่างสังคมไทยว่า สุขภาพเป็นมงคลสูงสุด หมายความว่า เมื่อพระภิกษุถวายพระพร พระเจ้าอยู่หัวจะกล่าวว่า “ทิมาโยโก โหตุ มหาราชชา” หมายความว่า ให้ทรงมีสุขภาพดี พระชนมายุยืนยาว และพระให้พรประชาชนว่า “อายุ วรรโณ สุขัง พลัง” ซึ่งเป็นเรื่องสุขภาพล้วนๆ หมายความว่า

อายุ หมายถึง เป็นผู้ที่ยั่งยืน เพราะสุขภาพดี

วรรโณ หมายถึง มีผิวพรรณดี ไม่ซีด โลหิตจาง สะท้อนความเป็นโรค ความยากจน ก็ทำให้โลหิตจาง ผู้มีผิวพรรณดี ไม่ซีดเขียว จึงสะท้อนสุขภาพะ

สุขัง หมายถึง การมีความสุข หรือสุขภาพะ คือ การมีสุขภาพที่ดี อันเป็นยอดปรารถนาของทุกคน

พลัง หมายถึง การมีพลัง การมีกำลังสะท้อนความสุขภาพที่ดี และการมีพลังทำให้มีความสุขกาย ไม่มีกำลัง ความอ่อนเปลี้ยทำให้ไม่มีความสุข

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายสุขภาพ ดังนี้ Health refers to a dynamic quality of being, acting and interacting, and it is both individually and socially valued . Health therefore has subjective and objective dimensions .Further, health can be viewed as a global quality and as a set of specific qualities. (WHO, 2545)

ดังนั้น สุขภาพ ตามแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก คือ Healthy is physical mental social and spiritual well-being ซึ่งหมายความว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งกาย จิตใจ สังคม และทางจิตวิญญาณ โดยคำว่า สุขภาวะ คือ ความสุขและคุณค่าของชีวิต ได้แก่ การมีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ สติปัญญาดี เบิกบาน ร่าเริงแจ่มใส ซึ่งก็คือ ภาวะของการอยู่เย็นเป็นสุข

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว

มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัยเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้ หมายถึง ทางกายภาพด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นตัว ก็จะมีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อกระทำความดี หรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น

Pender (1996) ได้ให้ความหมาย สุขภาพว่า หมายถึง การบรรลุถึงการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และได้รับการพัฒนา บุคคลสามารถบรรลุภาวะนี้ได้ จากปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะเดียวกัน บุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาเสถียรภาพหรือความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ความหมายสุขภาพตามแนวคิดของ Pender มีพื้นฐานมาจากความเชื่อในศักยภาพของบุคคลมากกว่าการปราศจากโรค และสามารถแบ่งความหมายสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับความหมายสุขภาพของสมิท กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 เน้นการรักษาเสถียรภาพ ได้แก่ แนวคิดด้านคลินิก การกระทำตามบทบาทหน้าที่ กลุ่มที่ 2 แนวคิดด้านการปรับตัว และการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และด้านจิตใจ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา

2. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกที่คาดหวังให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่าพฤติกรรม

สุขภาพนั้นๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการ หรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยา พฤติกรรมดังกล่าวมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่ง ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้สัมผัส เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเป็นเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่ได้จากการสังเกต ตรวจสอบหรือรายงาน ซึ่งต้องอาศัยความชัดเจนและระยะเวลาในการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย จัดเป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น และเพื่อการดำรง ชีวิตอยู่อย่าง ผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยนั้น เป็นความรู้ระดับขั้นของความสามารถในการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประมาณค่า เป็นระดับความรู้ขั้นที่จะสามารถกระตุ้นเตือน ใ้บุคคลรู้จักสำรวจตรวจสอบตนเอง และสามารถเกิดการกระทำได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ เป็นความเชื่อของบุคคล การกระทำสถานการณ์ หรืออื่นๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม 5 ขั้นตอน คือ 1. การยอมรับ 2. การตอบสนอง 3. การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม 4. การจัดระบบหรือจัดกลุ่ม 5. คุณค่าแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้ และพฤติกรรมด้านทัศนคติ พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่งๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพถือว่า พฤติกรรมด้าน การปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีความสุข

การใช้คำว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่จะหมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บ หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรืออีกนัยหนึ่ง คือ เน้นในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพ คือ การดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้แข็งแรง สมบูรณ์ โดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจาก ความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และตรวจสุขภาพประจำปี อันเป็น พฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่ร่างกายแข็งแรง

การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยทั้งบุคคลที่สุขภาพดี และบุคคลที่เจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันแต่ละวัย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยให้ความรู้ สอนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือ และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (พรทิวา อินทร์พรหม, 2539)

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น (ประภา เพ็ญสุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536)

การยอมรับพฤติกรรมการป้องกันโรค การที่บุคคลจะยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ นั้น จะต้องผ่านระยะต่างๆ 4 ระยะ เมื่อเข้าสู่บทบาท ผู้เสี่ยง (สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, 2538)

1. ระยะหาข้อมูล ระยะนี้บุคคลจะรับรู้จากสื่อมวลชน หรือบุคคลข้างเคียง และนำมาพิจารณาว่า ตนเองอยู่ในระยะการเสี่ยงต่อการป่วย หรือต่อการเป็นโรคเหล่านั้นหรือไม่ บางคนอาจจะให้แพทย์ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตน หรือค้นหาโรค ซึ่งยังไม่ปรากฏอาการ

2. ระยะตรวจสอบข้อมูล เป็นระยะที่บุคคลค้นหาความรู้สึก เจตคติของบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีต่อคำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค ว่าสอดคล้องกับความรู้สึกของตนหรือไม่เพียงใด

3. ผู้ที่อยู่ในบทบาทเสี่ยง คือ ผู้ที่ไม่ได้อนุญาตรักษาตัวในโรงพยาบาล และถูกรัฐว่า เป็นความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคนในการป้องกันตนเอง นั่นคือ อยู่ในภาวะเสี่ยง โดยไม่ได้รับผลประโยชน์ในแง่ของการเสริมแรง หรือได้กำลังใจจากสังคมเลย

พฤติกรรมบางอย่างที่ผู้อยู่ในบทบาทเสี่ยงต้องปฏิบัติ นั้น เป็นพฤติกรรมที่ผิดแปลกแตกต่างไปจากพฤติกรรมคนทั่วไป ทำให้คนในสังคมมองเหมือนเป็นผู้ที่แตกแยกจากสังคม ซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ

4. บทบาทของผู้เสี่ยง ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความน่าจะเป็นทางสถิติ ซึ่งได้จากการศึกษาเปรียบเทียบ หรือหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และปฏิบัติเพื่อการรักษาสุขภาพ และมักเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ไม่มีทางรักษา ซึ่งผู้รับผิดชอบในการรักษาควรเป็นแพทย์ แต่ต้องถูกพิจารณาว่า ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยของตนเอง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขในปัจจุบัน

การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีที่จะทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเองและครอบครัว เครือข่ายทางสังคมในชุมชน ทฤษฎีที่มีบทบาทและใช้เป็นแนวคิดในการส่งเสริมการดูแลตนเองในปัจจุบัน คือ ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1991)

Orem (1991) มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่การพัฒนาของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และการพัฒนาของตนเอง” และเชื่อว่าบุคคล หรือวิธีการดูแลตนเองให้สัมพันธ์กับสุขภาพของตนได้ แต่วิธีการนั้นอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ได้

Orem (1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละคน ที่จะเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติให้สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่มากระทบ การเรียนรู้ถึงการดำรงชีวิต ประจำวันในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งโดยเร็ว ได้แบ่งความต้องการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นความต้องการการดูแลตนเองของทุกคนและทุกวัย ความต้องการนี้ปรับเปลี่ยนไปตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เป็นการเกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตในการรักษาโครงสร้าง หน้าที่ และสวัสดิภาพของบุคคลไว้
2. ความต้องการดูแลตนเอง ตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในช่วงต่างๆ เช่น ระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอดบุตร การเจริญเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบของพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา เป็นต้น หรืออาจมีความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ
3. ความต้องการที่เกิดขึ้น เนื่องจากความผิดปกติในภาวะต่างๆ ความพิการแต่กำเนิด โครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติในภายหลัง เช่น การเกิดโรค หรือมีความเจ็บป่วยจากการตรวจ เพื่อการวินิจฉัยและผลการรักษาของแพทย์

การที่บุคคลจะบรรลุความต้องการการดูแลตนเอง ได้ตามภาวะสุขภาพความผาสุก

ตลอดจนโครงสร้าง และหน้าที่ของมนุษย์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำหนดความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ได้ครอบคลุมหรือไม่ และเข้าใจถึงความต้องการดูแลตนเอง อะไรบ้าง ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะบรรลุความต้องการการดูแลตนเองหรือไม่ ความเป็นไปได้ที่จะนำไปสู่ความต้องการการดูแลตนเอง ดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะกระทำทั้งหมด ว่าสามารถทำให้บรรลุความต้องการหรือไม่ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว บุคคลสามารถจัดการดูแลตนเองให้เหมาะสม กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำ การแสดงออกของร่างกาย แต่ละบุคคล ส่งผลให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอก ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก และไม่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นอย่างไร โดยอาศัยวิธีการ หรือใช้เครื่องมือทางด้านจิตวิทยาในการประเมินพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

3. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดเดิม หมายถึง งานบริการของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพมารดา การดูแลสุขภาพทารกและเด็ก ได้แก่ การให้วัคซีน โภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การให้สุศึกษา การให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งจะมีลักษณะมุ่งเน้นที่สุขภาพบุคคลเป็นหลัก ส่วนงาน ที่ครอบคลุมไปถึงชุมชนและสังคมจะแทรกในกิจกรรมงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพัฒนาสุขภาพิบาลอาหาร และสิ่งแวดล้อม การจัดหาหน้าสะอาด การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ซึ่งเดิม ไม่ได้เรียกกิจกรรมเหล่านี้ว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546)

ตามกฎบัตรออกอตาวา ได้ให้ความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่า เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น (Duangwadee, S., 2001)

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางสังคมและการเมือง ไม่ใช่เพียงการกระทำโดยตรง เพื่อให้บุคคลมีทักษะหรือความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองเท่านั้น แต่รวมถึงการกระทำใดๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข หรือสถานการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและสาธารณะ (สิทธิติล อุ่นพรหมมี และคณะ, 2556)

สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ (2545) ได้ทบทวนหลักการ และแนวคิดการสร้างเสริม

สุขภาพจากการประชุมระดับนานาชาติ 4 ครั้ง และให้ความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

Pender (1996) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคล หรือกลุ่มเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดความผาสุก และการมีสุขภาพดีในระดับสูง

เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ หากพิจารณาสุขภาพจากแนวคิดความต่อเนื่องระหว่างการเจ็บป่วย กับภาวะสุขภาพดี การสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพดีในเชิงบวก หรือมีสุขภาพดีในระดับสูง ซึ่งมีความหมายมากกว่าการไม่มีโรค และความเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาพใดๆ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมุ่งหวังให้เกิดการมีสุขภาพดีในระดับสูงสุด โดยจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการส่งเสริม ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพคงที่ มีการป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีนำมาก่อน การสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางสุขภาพ และมีความผาสุกเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่ทำให้ระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับสังคม มีความสามารถในการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

4. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นการมุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคติดต่อเหมือนในอดีต ไม่ทำให้ปัญหาสุขภาพลดลงได้ หลายประเทศได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพ จาก “ซ่อมแซมรักษา” มาสู่ “การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ” แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากองค์การอนามัยโลก เป็นแกนนำการหาแนวทางใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการจัดประชุมนานาชาติที่กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา ทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของประชาชน แนวทางนั้น คือ “การสาธารณสุขแนวใหม่” โดยใช้แนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งแนวคิดนี้ เกิดขึ้นเริ่มแรกที่ประเทศสวีเดนและหลายประเทศได้นำไปดัดแปลงประยุกต์ใช้ตามบริบทสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งประเทศไทยด้วย

4.2 แนวคิดการป้องกันโรค

การป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันล่วงหน้าก่อนจะมีการเกิดโรค โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี แนวทางสำคัญ คือ การสร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และการเกิดโรคในกลุ่มประชาชน ด้วยเหตุนี้แนวคิดการป้องกันโรค และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จึงมักถูกเข้าใจว่าเหมือนกัน ซึ่งในความเป็นจริงแนวคิดทั้งสองมีความแตกต่างกัน

ประภาเพ็ญสุวรรณ และคณะ (2538) กล่าวว่า การป้องกันโรคมีแนวความคิดหลัก คือ การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จ ได้แก่ การลดอัตราการเกิดโรค การลดอัตราตายและภาวะทุพพลภาพ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งเน้นให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิต มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกมีคุณค่า เคารพตนเองและสามารถควบคุมทรัพยากรได้ด้วยตนเอง

ตามแนวคิดทางวิทยาการระบาด เชื่อว่าโรคเกิดจากภาวะไม่สมดุลระหว่าง 3 ปัจจัย ได้แก่ Agent หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดโรค Host หมายถึง บุคคลหรือคน และ Environment หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค ซึ่งระดับของการป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Claudia and Frances, 2000; Leavell and Clork, 1958) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันในขณะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้นมีจุดเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป นับเป็นการป้องกัน ที่สำคัญมาก เพราะเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทางสังคม อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนงานป้องกันในระดับอื่นๆให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การป้องกันระดับปฐมภูมิ ยังรวมถึงการปกป้องสุขภาพเฉพาะอย่าง เพื่อต่อต้านโรคที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค การให้เด็กนักเรียนอมน้ำฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ การแจกเกลือผสมไอโอดีนแก่ชาวบ้าน เพื่อป้องกันโรคคอพอก และการควบคุมพาหะนำโรค

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันหลังจากที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว มีจุดเน้นที่การวินิจฉัยแต่แรกเริ่ม และให้การรักษาทันที เพื่อหยุดกระบวนการเกิดโรค เพื่อให้มีระยะของ ความรุนแรงของโรคน้อยที่สุด ป้องกันการแพร่กระจาย และช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ ในขั้นนี้ไม่เพียงแต่จะหยุดกระบวนการเกิดโรคเท่านั้น แต่รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะพิการที่ถาวร เพราะเป็นขั้นที่ป่วยมาก และมีความพิการเกิดขึ้น ในขั้นนี้มุ่งเน้นการลดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการ ตลอดจนผลเสียต่างๆ ที่จะตามมาภายหลังการเกิดโรค เพื่อให้บุคคลสามารถกลับคืนสู่ความเป็นปกติในระดับหนึ่งเท่าที่จะเป็นไปได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพ	การป้องกันโรค
1. เป็นพฤติกรรมที่มุ่งส่งเสริม และก้าวไปสู่การมีสุขภาพดีในระดับสูง	1. เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคและความเจ็บป่วย
2. บุคคลปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพในเชิงบวก	2. บุคคลปฏิบัติการป้องกันเพื่อให้สุขภาพอยู่ในภาวะที่เป็นกลาง คือ ไม่เจ็บป่วย
3. ไม่เน้นเรื่องโรค หรือปัญหาสุขภาพ	3. เน้นเรื่องโรค หรือปัญหาสุขภาพเป็นสำคัญ

หากพิจารณาจากตาราง ที่เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญมาก ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะปกติ โดยเป้าหมายของการปฏิบัติ คือ การมุ่งปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อก้าวไปสู่การมีสุขภาพดีในระดับสูงสุด ซึ่ง ถือเป็นสุขภาพในเชิงบวก โดยไม่ได้เน้นเรื่องโรค หรือปัญหาสุขภาพ ในขณะที่ การป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดโรค และความเจ็บป่วย โดยเป้าหมาย คือ เพื่อให้สุขภาพอยู่ในภาวะที่เป็นกลาง คือ ไม่เจ็บป่วย ไม่บาดเจ็บ จึงอาจกล่าวได้ว่าการป้องกันโรคให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรค การบาดเจ็บ ความพิการ หรือเมื่อมีปรากฏการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป้าหมาย คือ เพื่อลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราทุพพลภาพ และลดอัตราการตาย แต่การส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติ ขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะปกติ เน้นการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป้าหมาย คือ การเพิ่มระดับความผาสุก และในทางปฏิบัติทั้งการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพมักทำไปพร้อมๆกัน เพราะพฤติกรรมทั้งสองอย่างส่งเสริมซึ่งกันและกัน

4.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

แนวคิดการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นในเรื่องการตรวจร่างกาย เพื่อป้องกันโรค การป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยง และรับการรักษาโดยเร็วเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้น ซึ่งทั้งหมดมีเป้าหมาย เพื่อให้สุขภาพอยู่ในสภาวะสมดุล ไม่เกิดการเจ็บป่วย ดังรายละเอียดความแตกต่างในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ	การสร้างเสริมสุขภาพ
1. มีเป้าหมาย เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค การเจ็บป่วยและความพิการ รวมทั้งลดอันตรายต่างๆที่จะเกิดแก่สุขภาพ	1. มีเป้าหมาย เพื่อให้ร่างกายทำหน้าที่ได้สูงสุด มีสุขภาพดีในระดับสูง
2. บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพอยู่ในภาวะสมดุลไม่เกิดการเจ็บป่วย	2. บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือมีสุขภาพดีในเชิงบวก โดยไม่เพียงแต่มี สุขภาพสมดุลเท่านั้น
3. บุคคลขอรับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือถ้ามีโรค ก็เป็นเพียงควบคุมไม่ให้มีอาการ อาการแสดงเกิดขึ้น	3. บุคคลขอรับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ เพื่อนำมาปฏิบัติพฤติกรรม ที่เป็นการส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
4. การปฏิบัติไม่ได้วางแผนอย่างเป็นระบบ แต่ขึ้นกับสถานการณ์ เหตุการณ์ที่ประสบ	4. มีการคิดพิจารณา และวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้เกิดผลสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด

จากแนวคิดข้างต้น กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพ เพียงเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ย่อมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างไปจากบุคคลที่มีเป้าหมายให้ตนเองมีภาวะสมบูรณ์ แข็งแรง หรือมีสุขภาพดีในระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้เป็นที่สังเกตว่า ผู้ที่มีเป้าหมายให้ตนมีสุขภาพแข็งแรง มักจะมีความสนใจในเรื่องสุขภาพมาก ดูแลเอาใจใส่สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการแสวงหาความรู้ในเรื่องสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ รวมทั้งหาโอกาสสนทนา หรือรายงานเรื่องสุขภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ตระหนักถึงเรื่องสุขภาพอยู่เสมอ แม้ในขณะที่ทำงาน ขณะรับประทานอาหาร ขณะพักผ่อน หรือการทำกิจกรรมในสังคม ซึ่งมักพบว่า บุคคลเหล่านี้สามารถใช้ศักยภาพของเขาได้เต็มที่ เพราะไม่ถูกรบกวนจาก ปัญหาสุขภาพต่างๆ

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญ ของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคลชุมชน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมา

ประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจะเข้าใจทฤษฎีใดสิ่งทีควรเรียนรู้เข้าใจในเบื้องต้น คือ การรู้จักผู้พัฒนาทฤษฎี เพื่อเข้าใจที่มาของแนวคิดทฤษฎี

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (1987) การสร้างเสริมสุขภาพ แต่เดิมมักจะหมายถึง การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุข อันได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานวางแผนครอบครัว งานสุขศึกษา งานอนามัยชุมชน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันก็มีอีกความหมายหนึ่ง คือ หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพ หรือการสร้างเสริมสุขภาพที่ประชาชนปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อสุขภาพ การลด ละ เลิก บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น แต่ปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพ หรือการสร้างเสริมสุขภาพได้ขยายขอบเขตความหมายกว้างออกไปถึงการเป็นกลยุทธ์ด้านสุขภาพที่เรียกว่า กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด “สร้าง (สุขภาพ) นำซ่อม (สุขภาพ)” ที่มุ่งเน้นอย่างน้อย 5 เรื่อง คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข ในปัจจุบันรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบาย หรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นคือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. 1975 และหลังจากที่ Pender ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 แล้ว ได้ทำการศึกษาวิจัย เพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่า บางมโนทัศน์ย่อย เมื่อนำมาทดสอบด้วยการศึกษาวิจัย และวิเคราะห์ทางสถิติแล้วไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้ปรับปรุง คัดลอก หรือให้นิยามมโนทัศน์ย่อยเหล่านั้นใหม่ และได้นำรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เสนอในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรู้คิด การรับรู้ เป็นปัจจัยปฐมภูมิซึ่งเป็นแรงจูงใจ ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่

- 1.1 ความสำคัญของสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้คุณค่าของสุขภาพของตน

มากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพมากเท่านั้น

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือการได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นหรือเป็นผลของความบังเอิญ โชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรม ของตนเอง แสดงว่า มีความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าบุคคลเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากการควบคุมโดย โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่น แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความเชื่อ อำนาจภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นผลสำเร็จ

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ บุคคลแต่ละคนจะมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ผู้ที่ให้ความหมายสุขภาพแตกต่างกัน จะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ถ้าบุคคลให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง การปรับตัวหรือความสมดุลก็จะมีพฤติกรรมป้องกัน การเกิดความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง การบรรลุเป้าหมายในชีวิต บุคคลนั้นจะกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ตนมีสุขภาพดีและเพิ่มสุขภาวะในชีวิต

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อ ด้านสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำ มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง จะส่งผล ต่อระดับของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น และมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก ไม่มีเวลา ไม่มีโอกาสกระทำกิจกรรม หรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม จะส่งผลให้มีการกระทำกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง ต่อการรับรู้และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ ซึ่งมีดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และน้ำหนักตัว

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเชื่อถือ บุคคลอื่น แบบแผนการใช้

บริการสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ ประสบการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติกิจกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆด้วย เพื่อนำไปสู่
ภาวะปกติสุข ความรู้และทักษะบางอย่าง จะส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ที่ซับซ้อนได้

3. การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้เนะการกระทำ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น
ภายใน หรือภายนอก ที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการประเมินพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพนั้น ได้ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างแบบวัดแบบ
แผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ 8 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ
3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการสันทนาการ
4. แบบแผนการนอนหลับ
5. การจัดการกับความเครียด
6. การบรรลุเป้าหมายชีวิต ได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง
7. จุดมุ่งหมายในชีวิต
8. สัมพันธ์ภาพกับคนอื่นๆ

การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ซึ่งต่อมา
Walker และคณะ (2000) ได้ร่วมกันพัฒนาแบบการวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพ
จากที่มีอยู่เดิม ประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ เหลือ 48 ข้อ จากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหลือ
เพียง 6 ด้าน ได้แก่

1. การบรรลุเป้าหมายชีวิต ได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง
2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
3. การออกกำลังกาย
4. โภชนาการ
5. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน
6. การจัดการกับความเครียด

ต่อมา Pender (1996) ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้รับการพัฒนา
 ขึ้นใหม่อีก โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้ แตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริม
 สุขภาพ ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ได้ปรับปรุง และคัดปัจจัยด้านการรู้คิด และ
 การรับรู้ ในด้านความสำคัญต่อสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ คำจำกัดความของสุขภาพออก
 คงไว้เพียงการรับรู้ ความสามารถในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ
 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์
 และเพิ่มตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความตั้งใจที่จะกระทำตาม
 แผนที่กำหนด และการแข่งขันกระทำในเรื่องที่ต้องทำ และเรื่องที่ชอบในทันทีทันใด ทั้งนี้
 เนื่องจากทฤษฎีความคาดหวัง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม สภาพแวดล้อม (อิทธิพลระหว่าง
 บุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์) และพฤติกรรมดั้งเดิม (อิทธิพลด้านพฤติกรรม) มีผลต่อ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง โดยตรงและโดยอ้อม นอกจากนี้ยังได้คัดตัวชี้แนะการกระทำออกด้วย
 เนื่องจากพบว่า เป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการประเมิน
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ (Pender, 1996) ประกอบด้วย
 มโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะ และ
 ประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของ
 ผลกระทบ จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่จะนำมาพิจารณาการเลือกวัดปัจจัย

- 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต และลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการ
 ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูง กับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่
 ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม
 ที่เกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต คือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนๆ กัน
 หรือคล้ายคลึงกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรง
 และโดยอ้อม ที่นำไปสู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีต
 ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ
 พฤติกรรมโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น และจะยิ่งเข้มข้น
 มากขึ้นด้วย การประพจน์ปฏิบัติที่นั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตที่มีอิทธิพลต่อ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จะผ่านทางการรับรู้ความสามารถใน
 ตนเอง ประโยชน์ อุปสรรค และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรม ที่ปฏิบัติตามทฤษฎีของ
 Bandura (1986) ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับ จะเป็นแหล่งข้อมูล

สำคัญของข้อมูลความสามารถ หรือทักษะของตน ผลประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำ พฤติกรรมในอดีต ซึ่งเรียกว่า การคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดง พฤติกรรมนั้นซ้ำมากขึ้น และพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการกระทำซ้ำบ่อยๆ อุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์ และแหล่งข้อมูลในความทรงจำที่เปรียบเสมือนกับ เครื่องคิดขวาง ที่ต้องข้าม ให้ผ่านพ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้ง จะมีอารมณ์ หรือความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวก หรือ ทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการแสดงพฤติกรรม จะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลที่นำมาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะเข้าสู่พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูก นำมาเสนอในลักษณะการปรับแต่งพฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการทำ พฤติกรรม สอนวิธีการให้ผู้รับ บริการสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมดังกล่าว ก่อให้เกิดความ สามารถในระดับที่สูงขึ้น และให้ความรู้ทางบวกในความสำเร็จ ของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุง ใหม่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ เพศ เครื่องชีวิตขนาดของร่างกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดระดู ความสามารถในการออก กำลังกาย โดยใช้ออกซิเจน ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ความ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ คำจำกัดของสุขภาพ

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศีลวิ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย การศึกษา และสถานะเศรษฐกิจสังคม เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย จึงต้องคัดเลือกตัวแปร ที่สำคัญ สามารถอธิบายหรือทำนาย พฤติกรรมเป้าหมายได้ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และการทำนาย พฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น จึงไม่ค่อยนำ ปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ความคิด และความรู้สึกของบุคคลที่มีเฉพาะต่อพฤติกรรม ตัวแปรกลุ่มนี้ ใน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ ได้รับการพิจารณาว่า เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมาก ที่สุด และเป็นแกนสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

- 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 การรับรู้ความสามารถในตนเอง
- 2.4 ความรู้สึกเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล
- 2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์

3. ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม การกำหนดความตั้งใจ เพื่อวางแผนการกระทำ เป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้าสู่ และผ่านพฤติกรรมไปได้ นอกจากจะมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก ซึ่งบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือ มีความปรารถนาในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้น ไม่ได้กระทำในสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ ตั้งแต่ต้น

3.1 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไป จะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้น ด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ ของแบบจำลองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความคิด ความรู้สึก ได้แก่ ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำ เฉพาะในเวลาและสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะ หรือทำโดยลำพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดๆ เข้ามาแทรก และวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริม ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ต้องการหาวิธีการที่เฉพาะ ในการปฏิบัติที่จะใช้กับพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลาย เป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ ทำร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้สำเร็จ

3.2 ปัจจัยการแข่งขันกระทำในเรื่องที่ต้องทำ และเรื่องที่ชอบในทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด สามารถกระทำได้ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซงถูกมองว่าเป็น พฤติกรรมทางเลือกอื่นๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงาน หรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้น จะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจที่แทรกแซงถูกมองว่าเป็น พฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่า หรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง สามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เมื่อพอใจพฤติกรรมที่มาแทรกแซงความสามารถ ในการเอาชนะปัจจัยความพอใจที่แทรกแซง ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมตนเอง การตัดสินใจที่เข้มแข็งต่อการวางแผนการปฏิบัตินั้น อาจจะสนับสนุนให้เกิด

พฤติกรรมสุขภาพ และผลของความตั้งใจที่สมบูรณ์ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น ปัจจัยการแข่งขันกระทำในเรื่องที่ต้องทำ และเรื่องที่ชอบในทันทีทันใด มีผล กระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพและมีผลต่อความตั้งใจได้

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรระลึกไว้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่ให้ยั่งยืนต่อไป แก่ผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ทุกมุมมองของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกต่อไปตลอดช่วงชีวิต

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพการรับรู้ มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ “Percipere” ซึ่ง Per หมายถึง “ผ่าน” และ Cipere หมายถึง “การนำ” ในพจนานุกรมของเว็บเตอร์ (มยุรา วิวรรณะเดช, 2546) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ คือ การแสดงออกถึง ความรู้ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในจิตใจตนเอง มีนักวิชาการได้ศึกษา และให้ความหมายของการรับรู้ไว้คือการรับรู้ภาวะสุขภาพ Pender กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเข้าใจ และความรู้สึก นึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบเอาใจใส่ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจาก แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพของบุคคลโดยองค์ประกอบสำคัญคือ

3.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความคิดความเชื่อ ของบุคคลที่ทราบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของตน เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด การรับประทานอาหารที่มีสีผสมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ มีโอกาสที่จะรับเชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่ร่างกายอันเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคการรับรู้ความไม่สบาย เมื่อร่างกายเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตนเองในการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีความปลอดภัยที่จะเกิดภาวะเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ยาก และโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆน้อยลง

3.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ถึงความเจ็บปวดเมื่อร่างกายมีบาดแผลจากอุบัติเหตุ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเรือน หรือสถานที่ทำงานมีส่วนหล่อแหลมให้เกิดอันตราย การรับรู้ความพิการทางสมองหรือรับรู้การบกพร่องในส่วนต่างๆของร่างกายทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน นำไปสู่ความพิการทางร่างกาย และการเสียชีวิต

สรุปได้ คือ แม้ว่าบุคคลจะมีอาการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดิยวนั้น ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรม แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย การงาน ครอบครัว และบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ต่อการเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนัก และรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บปวด บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บปวด คือ 1. ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลย 2. ใช้ยารักษาตนเอง 3. การรักษาโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา และ 4. การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข

ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ บุคคลต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจเต้านม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปฏิบัติตามกฎจราจร และกฎหมายของบ้านเมือง การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะแรก

2. โภชนาการ อาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญ กับการดำรงชีวิตจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกหลัก โภชนาการครบ 3 มื้อ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวัน จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ และที่สำคัญจะต้องรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค และสารเคมีจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ดำรงชีวิตเป็นปกติหรือทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางโภชนาการ ซึ่งถ้ารับประทานอาหารไม่ครบถ้วนเพียงพอจะก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหาร ส่วนสูงจะไม่เต็มที่ การพัฒนาการจะช้ากว่าปกติ โดยเฉพาะลักษณะทางเพศ แต่ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการ ก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีภาวะโภชนาการที่ดี

3. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมเป็นการช่วยให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวเพื่อใช้พลังงาน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ หรือบันไดเลื่อน เดินในระยะทางครั้งถึง 1 กิโลเมตร เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อ และร่างกายให้เคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังผ่อนคลายความตึงเครียดความวิตกกังวล ทำให้อารมณ์ดีและยังช่วยป้องกันโรคภัยไข้

เจ็บด้วย ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้เกิดการแข่งขันมากขึ้น ประกอบกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ขาดการเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเสริมสร้างให้ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีภูมิคุ้มกัน โรค เจริญเติบโต รูปร่างได้สัดส่วน นำไปสู่การพัฒนาทางร่างกาย และสติปัญญาตามวัย แต่ในขณะที่เดียวกันการออกกำลังกายอาจก่อให้เกิดผลร้ายและเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ วัย และสิ่งแวดล้อม

4. การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกาย และจิตใจขาดสมดุล อันเป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้งภายในและภายนอก จากปัจจัยโดยทั่วไป และปัจจัยทางด้านการเรียน ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงออกทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ เหนื่อยหอบ หงุดหงิด วิตก กังวล โกรธ ซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะทำให้ร่างกาย และจิตใจต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกาย และจิตใจในขณะที่เกิดความเครียดไว้ได้ ก็จะทำให้ความเจ็บป่วย ดังนั้น การจัดการกับความเครียด จึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และความคิดเห็น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ทางสังคมและพฤติกรรมต่างๆ นอกจากนี้ ถ้าได้รับการสนับสนุน หรือการเอาใจใส่จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้น โดยการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้นั้น ต้องเริ่มที่การพัฒนาตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย ให้ความรักความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด ขอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เปิดเผยตนเอง เมื่อมีปัญหาถ้าที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

6. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นระดับการรับรู้สติที่สูงขึ้น สุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ จึงเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล ในการพัฒนาธรรมชาติของจิตวิญญาณให้มีศักยภาพในระดับสูงสุด เป็นความสามารถในการค้นหา และความชัดเจนของเป้าหมายขั้นพื้นฐานในชีวิต เรียนรู้ถึงประสบการณ์ด้านความรัก ความสนุกสนาน รื่นเริง ความสงบสุข และความสมบูรณ์เพียบพร้อม และรู้ว่าจะช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุศักยภาพสูงสุดได้อย่างไร ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจะต้องประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการด้วย เนื่องจากความเชื่อด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลมีผลต่อการแปลความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต ในการประเมินด้านจิตวิญญาณ จึงต้องถามข้อมูลเกี่ยวกับความ

เป็นสมาชิกภาพในเรื่องของศาสนา และเจาะลึกลงไปถึงความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับการให้ความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังการตาย

ความสัมพันธ์เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่ง เช่น การสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นภายในตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกจากการสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี และเต็มไปด้วยคุณค่า การสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ เกิดเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย และสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายอย่างใหญ่ในชีวิต และความเชื่อด้านศาสนาหรือปรัชญา เช่น การมีจิตผูกพันในเรื่องการมีเมตตาจิตของมนุษย์ หรือความเชื่อในพระเจ้าดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุผล

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคลได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการบริโภค เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (ฟาริดา อิบราฮิม, 2550)

แนวคิดหลักและคำจำกัดความ

1. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพ คือ สิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา
2. รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ คือ บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ
3. รับรู้ความสามารถของตน คือ บุคคลมีความเชื่ออย่างมาก ว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด
4. คำจำกัดความของสุขภาพ มิตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. การรับรู้สภาวะสุขภาพ คือ สภาวะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ
6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม คือ บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ
7. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม คือ ถ้าบุคคลรับรู้ ว่า พฤติกรรมนั้นยากลำบาก จะทำให้มีความตั้งใจลดลง

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ตนประสบ โดยพฤติกรรมจะถูกกำหนด จากค่านิยมที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และจากการคาดหวังว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้นและความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. พระภิกษุ ธรรมะ และพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

พระภิกษุ เป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง พระภิกษุยังต้องนำพุทธวิธีต่างๆของพระพุทธศาสนาใช้ในการบริหาร การอำนวยความสะดวก การประชาสัมพันธ์ การเผยแผ่พระพุทธศาสนาเพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหา บ้าน วัด โรงเรียน เป็นผู้ให้ด้วยศิลปะในการให้การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีการใช้หลักธรรม (สังคหวัตถุ 4) เพื่อครองใจคนการประสานสามัคคีในหมู่ชนเพื่อให้เกิดความรักความสามัคคีกัน พระภิกษุจะต้องสามารถครองตน ครองคน ครองงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นางปัทมาพร ชัยวัฒน์, 2553)

วินัยสงฆ์ หรือ พระวินัย เป็นกฎหมายของพระภิกษุ เป็นเครื่องควบคุมความประพฤติปฏิบัติตนของพระภิกษุ พระวินัยนั้นพระพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติตามเหตุที่บังเกิดขึ้น เมื่อมีพระภิกษุทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม หรือททำคามเสียหายอย่างใดอย่างหนึ่ง ข้อห้ามนั้นจึงบัญญัติขึ้นเป็นพระวินัยห้ามมิให้พระภิกษุทำอีกต่อไป การทำผิดพระวินัยเรียกว่า อาบัติ พระภิกษุอาบัติต้องรับโทษหนักเบาตามความรุนแรงของอาบัติที่กระทำ พระพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติขึ้นความผิดที่รุนแรงมากน้อยตามลำดับ ดังนี้ คือ ความผิดขั้นสูงสุด เรียกว่า ปาราชิก ขั้นรองลงมาตามลำดับคือ สังฆาทิเสส อนิยต นิสสัคคิยาจิตตีย์ แต่ละขั้นมีจำนวนและรายละเอียดต่างกันไปแล้ว เป็นข้อห้ามทั้งหมด 227 ข้อ การไม่ทำสิ่งที่ทรงห้ามทั้ง 227 ข้อ ก็คือการรักษาศิล 227 ข้อ ที่พระภิกษุทุกรูปต้องถือปฏิบัติให้เคร่งครัด (พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), 2548)

ในการปฏิบัติตามวินัยของสงฆ์บางข้อ เช่น เรื่องการฉัน (รับประทาน) อาหาร (โภชนปฏิบัติสังยุตต์) ห้ามฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน ห้ามฉันอาหารที่ไม่ได้รับประทาน ไม่นับตั้งจับๆ ชูตๆ ไม่นับโปรยเมล็ดข้าว ห้ามดื่มสุราเมรัย การเคลื่อนไหวที่ต้องสำรวจ (สารูป) เช่น การไม่สิ้น ศีรษะ ไม่เดินกระโห่ยกเท้า ไม่โคลงกาย และไม่นั่งรัดเข่า เป็นต้น เป็นสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดจริยวัตร (5) ที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จะมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

กิจวัตร หน้าที่ที่พึงประพฤติปฏิบัติ ความประพฤติ ท่วงที วาจา และกิริยามารยาท กิจวัตร กิจวัตรของพระสงฆ์มี 10 อย่าง เหล่านี้เป็นกิจใหญ่ ควรที่พระสงฆ์จะต้องศึกษาให้มีทราบ ความชัดและจำไว้ เพื่อปฏิบัติสมควรแก่สารูปแห่งตน

1. ลงอุโบสถ
2. บิณฑบาตเลี้ยงชีพ
3. สวดมนต์ไหว้พระ
4. กวาดอาวาสวิหารลานพระเจดีย์
5. รักษาผ้าครอง
6. อยู่ปริวาสกรรม
7. โคนผมปลงหนวดตัดเล็บ
8. ศึกษาสิกขาบทและปฏิบัติพระอาจารย์
9. เทศนาปฐิติ
10. พิจารณาปัจจนึกขณะทั้ง 4

ระเบียบวินัยและมารยาทในฉันอาหารของพระสงฆ์ โภชนวรรค วรรคว่าด้วยการฉันอาหาร เป็นวรรคที่ 4 มี 10 สิกขาบท คือ

สิกขาบทที่ 1 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารในโรงพักเดินทางเกิน 1 มื้อ) ภิกษุพักพิศัยไปฉันอาหารในโรงพักเดินทาง ที่คณะเจ้าของเขาจัดอาหารให้เป็นทานแก่คนเดินทางที่มาพักแล้ว เลยถือโอกาสไปพักและฉันเป็นประจำเป็นที่ติเตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า ภิกษุพึงฉันอาหารในโรงพักเพียงมื้อเดียว ถ้าฉันเกินกว่านั้น ต้องปาจิตติยภายหลังทรงผ่อนผันให้ภิกษุไข้ ซึ่งเดินทางต่อไปไม่ไหวฉันเกินมื้อเดียวได้

สิกขาบทที่ 2 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารรวมกลุ่ม) พระเทวทัตเสื่อมลาภสักการะจึงต้องเที่ยวขออาหารเขาตามสกุล ฉันรวมกลุ่มกับบริษัทของตน มนุษย์ทั้งหลายพากันติเตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า ภิกษุฉันอาหารรวมกันต้องอาบัติปาจิตติยภายหลังทรงผ่อนผันให้เมื่อเป็นไข้, เมื่อถึงหน้าถวายจีวร, เมื่อถึงคร่าวทำจีวร, เมื่อเดินทางไกล, เมื่อไปทางเรือ, เมื่อประชุมกันอยู่มากๆ และเมื่อนักบวชเป็นเจ้าภาพเลี้ยงอาหาร

สิกขาบทที่ 3 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามรับนิมนต์แล้ว ไปฉันอาหาร ที่อื่น) กรรมกรผู้ยากจนคนหนึ่งนิมนต์ภิกษุสงฆ์ มีพระพุทธเจ้าเป็นประมุข ไปฉันที่บ้าน ภิกษุทั้งหลายไปที่ยววิณฑบาตฉันเสียก่อน (อาจจะเกรงว่าอาหารเลวหรือไม่พอนั้น) เมื่อไปฉันที่บ้าน กรรมกรคนนั้นจึงฉันได้เพียงเล็กน้อย (เพราะอิ่มมาก่อนแล้ว) ความจริงอาหารเหลือเพื่อ เพราะชาวบ้านรู้ข่าวเอาของไปช่วยมาก พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า เป็นอาบัติปาจิตติย์ เพราะรับนิมนต์แล้วไปฉันอาหารรายอื่นก่อน ภายหลังทรงผ่อนผันให้ในยามเจ็บไข้, ในหน้าถวาย จีวร, ในคราวทำจีวร และมอบให้ภิกษุอื่นฉันในที่นิมนต์แทน

สิกขาบทที่ 4 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามรับบิณฑบาตเกิน 3 บาตร) มารดานางกามา ทำขนมไว้จะให้บุตรนำไปสู่สกุลแห่งสามี ภิกษุเข้าไปรับบิณฑบาตแล้วกลับบอกกันต่อไปให้ไปรับ นางจึงถวายจนหมด แม้ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ที่ทำขนมก็เกิดเรื่องทำนองนี้ จนบุตรของนางกามาไม่ได้ไปสู่สกุลสามี สักที ทำให้เกิดความเสียหายแก่บุตรของนาง พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า ภิกษุเข้าไปสู่สกุล ถ้าเขาปรารถนาด้วยขนมหรือด้วยข้าวสัตตมุง เพื่อนำไปได้ตามปรารถนา พึงรับเพียงเต็ม 2-3 บาตร ถ้ารับเกินกว่านั้น ต้องปาจิตติย์ ทางที่ชอบ ภิกษุรับ 2-3 บาตรแล้ว พึงนำไปแบ่งกับภิกษุทั้งหลาย

สิกขาบทที่ 5 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามฉันอีกเมื่อฉันในที่นิมนต์เสร็จแล้ว) ภิกษุรับนิมนต์ไปฉันบ้านพราหมณ์คนหนึ่ง แล้วบางรูปไปฉันที่อื่นหรือไปรับบิณฑบาตอีก พราหมณ์ดีใจแสดงความน้อยใจ จึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า ภิกษุฉันเสร็จแล้วบอกไม่รับอาหารที่เขาเพิ่มให้แล้วเคี้ยว หรือฉันของเคี้ยวของฉันต้องปาจิตติย์ ภายหลังทรงอนุญาตให้ฉันอาหารที่เป็นเดนได้

สิกขาบทที่ 6 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามพูดให้ภิกษุที่ฉันแล้วฉันอีกเพื่อจับผิด) ภิกษุรูปหนึ่งรู้ว่า ภิกษุอีกรูปหนึ่งฉันในที่นิมนต์เสร็จแล้ว แกล้งแค้นใส่ให้ฉันอาหารอีก เพื่อจับผิดเธอ (ตามสิกขาบทที่ 5) พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตติย์ แก่ภิกษุผู้ทำเช่นนั้น

สิกขาบทที่ 7 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารในเวลาวิกาล) ภิกษุพวก 17 ฉันอาหารในเวลาวิกาล พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตติย์ แก่ภิกษุผู้ฉันอาหารในเวลาวิกาล (ตั้งแต่เที่ยงไปจนรุ่งอรุณ)

สิกขาบทที่ 8 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน) พระเวลัฏฐสีสะเก็บข้าวตากไว้ฉันในวันอื่น พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตติย์ แก่ภิกษุผู้ฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน

สิกขาบทที่ 9 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามขออาหารประณีตมาเพื่อตนเอง) ภัคฺขุฬพัคคิยฺขออาหารประณีต คือ เนยใส, เนยข้น, น้ำมัน, น้ำผึ้ง, น้ำอ้อย, ปลา, เนื้อ, นมสด, นม, สัม มาเพื่อตนเอง เป็นที่ติเตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตติยฺ แก่ภิกษุผู้ทำเช่นนั้นเว้นไว้แต่อาพาธ

สิกขาบทที่ 10 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารที่มีได้รับประเคน) ภัคฺขุรูปหนึ่งไม่ชอบรับอาหารที่มนุษย์ถวาย จึงไปถือเอาเครื่องเช่น ที่เขาทิ้งไว้ตามสุสานบ้าง ตามต้นไม้บ้าง ตามหัวบันไดบ้าง มาฉันเป็นที่ติเตียนของคนทั้งหลาย พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตติยฺ แก่ภิกษุผู้ฉันอาหารที่เขาไม่ได้ให้ (ประเคน) เว้นไว้แต่น้ำและไม้สัฟิน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาเวลานานพอสมควร การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ การศึกษาสภาพปัญหา และอุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการบริโภค และการออกกำลังกาย การรับรู้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านการบริโภค และการออกกำลังกายของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี จะช่วยให้เข้าใจและสามารถหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ โดยมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

มยุรี วัฒนกุล, จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, กฤษดา พรหมวรรณ, จามจุรีย์ ทนุรัตน์ และ ระบอบ เนตรทิพย์ (2547) ได้ศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์เขตเทศบาลตำบลปัวอำเภอปัว จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัย พบว่า พระสงฆ์ในเขตเทศบาลตำบลปัว ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน การส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่ใช้การดูแลตนเอง เลือกเอาเองว่าจะใช้แบบใด เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกายแบบมีแบบแผน เช่น ฆราวาสทั่วไป พระสงฆ์ และประชาชน ถือว่าเป็นกิจที่ไม่เหมาะสม การปฏิบัติตนตามธรรมเนียมของพระสงฆ์ยังย่อหย่อน ยังไม่มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ชัดเจน

มยุรี วัฒนกุล, จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, กฤษดา พรหมวรรณ, จามจุรีย์ ทนุรัตน์ และ ระบอบ เนตรทิพย์ (2547) ได้ศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์เขตเทศบาลตำบลปัวอำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม ยังขาดความชัดเจนในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันที่ใช้อยู่เป็นการดูแลตนเอง เลือกกันเอง และใน

มุมมองประชาชน พระสงฆ์และฆราวาส ถือว่า เป็นกิจที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติตนตามธรรมเนียมของพระสงฆ์

ไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน

พิทยา จารุพูนผล (2547) ได้ทำการศึกษา เรื่อง “สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ค่าปกติมาก โดยพบปัญหาค่อนข้างมากในก้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกกำลังกาย

มานพ ศิริมหาราช (2548) เปิดเผยผลการเก็บข้อมูลสุขภาพของพระสงฆ์ด้านสถานการณ์อาพาธของพระสงฆ์ในส่วนของโรงพยาบาลสงฆ์ว่า แต่ละปีมีพระสงฆ์อาพาธเข้ารับการตรวจ ประมาณ 70,000–80,000 รูป โดยสถิติข้อมูลผู้ป่วยนอกพบว่า โรคที่พระสงฆ์อาพาธมากที่สุด 10 อันดับ คือ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคกระดูกเสื่อม, โรคข้อเข่าเสื่อม, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคไขมันในหลอดเลือดสูง, โรคฟันผุ, โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อกระจก, โรคเหนือกออักเสบ และโรคท้องเสีย โดยพบว่า โรคที่พระสงฆ์อาพาธเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น โรคถุงลมโป่งพอง, โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 25 – 30% ของพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาโดยสาเหตุการอาพาธส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมกรบริโภค โดยเฉพาะการถวายภัตตาหารของพุทธศาสนิกชนที่บางส่วนอาจจะถวายภัตตาหารที่เค็มจัด มันจัด หรือหวานจัด จนเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้พระสงฆ์อาพาธ เพราะอาหารที่มีรสเค็มจัดจะทำให้เป็นความดันโลหิตสูงได้ ส่วนอาหารที่หวานจัด หากพระสงฆ์มีพันธุกรรมที่เป็นโรคเบาหวานอยู่แล้ว ยิ่งจะเป็นส่วนเสริมให้เป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น และในส่วนของอาหารที่มันจนเกินไป จะทำให้เป็นโรคไขมันในเลือดสูงและไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้

สุกัญญา จงเอกวุฒิ และคณะ (2548) ได้จัดทำโครงการวิจัยสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระภิกษุตามแนวพระพุทธศาสนา จังหวัดอ่างทอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและสมรรถภาพทางกายของพระภิกษุ เพื่อศึกษาวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุจังหวัดอ่างทอง และเพื่อพัฒนาคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระภิกษุตามแนวพุทธ

ศาสนาโดยมีส่วนร่วมของพระภิกษุ พบว่า พระภิกษุร้อยละ 81.8 ไม่เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 45.79 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.1 ฉันทาแฟ ร้อยละ 51.2 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ ร้อยละ 48.8 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง และร้อยละ 42.7 สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า พระภิกษุมีระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ และส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ (2549) ได้จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์-สามเณรให้ยั่งยืนแบบองค์รวม เนื่องในโอกาสงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ระยะเวลาที่ 1 (ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-มีนาคม 2549) พบว่า พระภิกษุมีลักษณะนิสัยในการเป็นอยู่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีค่อนข้างน้อย ดังนั้น พระสงฆ์ไม่ค่อยออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายนานๆ ครั้ง ร้อยละ 44.4 ไม่เคยออกกำลังกายเลย ร้อยละ 17.5 และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียง 3 ครั้งต่อสัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 8.7 ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ดัชนีมวลกาย BMI (Body Mass Index) น้อยเกินไป คิดเป็นร้อยละ 17.7 ผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติ ร้อยละ 10.9 ผลการตรวจเลือดผิดปกติ ร้อยละ 37.1 ผลการตรวจเลือดทางเคมีพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 23.6 ไตผิดปกติ ร้อยละ 11.1 ไขมันผิดปกติ ร้อยละ 66.8 ตับผิดปกติ ร้อยละ 16.1 เอกซเรย์ปอดผิดปกติ ร้อยละ 12.5

กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้ทำการสำรวจ “ภาวะสุขภาพพระภิกษุและสามเณร” โดยใช้ประชากรพระภิกษุและสามเณรทั่วประเทศ พบว่า พระภิกษุประมาณร้อยละ 4 หรือประมาณ 12,000 รูป มีปัญหาในการงอเข่า คู้เข่า, ร้อยละ 7 มีอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดเมื่อยร่างกาย นอกจากนี้ พบว่า พระภิกษุร้อยละ 8 ต้องใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ โดยมีร้อยละ 6 หรือประมาณ 18,000 รูป ที่อาพาจนไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามปกติ จากผลการสำรวจนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาวัดทั่วประเทศ ให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่เกิดจนตาย เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมมีความมั่นคง โดยมุ่งเน้นองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ บ้าน วัด โรงเรียน (บวร) โดยวัดจะเป็นสถานที่กลมเกลียว หล่อหลอม และพัฒนาด้านจิตใจ เพื่อสร้างพลังแห่งสติปัญญา จนสามารถช่วยคลี่คลายปัญหาในชุมชนและเป็นที่พึ่งของชุมชนได้ และขณะเดียวกันสุขภาพพระภิกษุและสามเณรต้องดีเป็นเบื้องต้นด้วย โดยดำเนินการตรวจสุขภาพพระภิกษุและสามเณร จัดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ซึ่งหากมีการปฏิบัติตัวที่ดีจะทำให้ลดอาการต่างๆ เหล่านี้ได้ รวมทั้งพระภิกษุสามารถเทศนาถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนด้วย

จารินี ษศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์ (2550) ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลสุขภาพ องค์กรร่วมของพระภิกษุสามเณรวัดสังเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ขอนแก่น) พบว่า พระภิกษุสามเณรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 69.5 รอบเอวปกติ ร้อยละ 98.3 ร้อยละ 84.7 ไม่มีโรคประจำตัว ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเกาต์และเบาหวาน ในเรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสามเณร พบว่า หลังการดำเนินการจัดเสวนาเรื่องการดูแลสุขภาพองค์กรร่วมในพระภิกษุสามเณร และถวายคู่มือการดูแลสุขภาพองค์กรร่วมสำหรับพระภิกษุสามเณรแล้ว พบว่า พระภิกษุสามเณรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์กรร่วม ในเรื่องอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$ และ $P = 0.008$ ตามลำดับ) ส่วนเรื่องการเกิดโรคฟันผุ โรคติดต่อทางน้ำลาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และการป้องกันโรคที่ติดต่อทางน้ำลาย เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติส่วนการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสามเณร ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ ก่อนดำเนินการมีการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 30.5 หลังดำเนินการลดลงเหลือ ร้อยละ 28.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.046$) 2) การฉันทา กานเฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ก่อนดำเนินการ มีการฉันทาทุกวัน ร้อยละ 28.8 หลังดำเนินการลดลงเหลือร้อยละ 25.4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การใช้ช้อนกลางตักอาหาร ก่อนดำเนินการมีการปฏิบัติ ร้อยละ 50.0 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 59.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.260$) 4) การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหารและหลังใช้ส้วม ก่อนดำเนินการมีการปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 81.0 หลังดำเนินการมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.4 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การฉันทาเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ ก่อนดำเนินการมีการฉันทาทุกวัน ร้อยละ 32.2 ฉันทาเป็นครั้งคราว ร้อยละ 59.3 หลังดำเนินการมีการฉันทาทุกวัน ร้อยละ 22.4 ฉันทาเป็นครั้งคราว ร้อยละ 74.4 2) การฉันทาผลไม้ ก่อนดำเนินการมีการฉันทาผลไม้เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 66.0 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 67.8 3) การดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนดำเนินการมีการแปรงฟันทุกเช้า หลังฉันทาและก่อนนอน ร้อยละ 53.4 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 55.2 4) การไปพบหมอฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีการไปพบเพื่อตรวจสุขภาพฟัน ร้อยละ 20.3 5) การออกกำลังกาย ก่อนดำเนินการมีพฤติกรรมออกกำลังกายตามกิจของสงฆ์

ได้แก่ การเดินบิณฑบาตและการกวาดลานวัดร้อยละ 83.1 และ 78.0 ตามลำดับ หลังดำเนินการมีการออกกำลังกายทั้งสองวิธีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.8 และ 88.1 ตามลำดับ 6) การนอนหลับพักผ่อนพบว่า มีการนอนในเวลากลางคืนนาน 8 ชั่วโมงไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยก่อนดำเนินการปฏิบัติร้อยละ 33.3 หลังดำเนินการปฏิบัติ ร้อยละ 32.2 ในเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่พระภิกษุ-สามเณรโดยชุมชน พบว่า อาหารที่นำมาถวายพระส่วนใหญ่ญาติโยมที่นำมาถวายปรุงประกอบเอง ร้อยละ 68.4 รองลงมา เป็นการปรุงประกอบเองและซื้ออาหารสำเร็จจากตลาด ประเภทของอาหารที่นำมาถวายพระภิกษุสามเณรส่วนมากเป็นอาหารประเภทต้ม แกง รองลงมาเป็นอาหารประเภทผัก ในส่วนของความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการและสุขวิทยาส่วนบุคคลของ ญาติโยมที่ปรุงประกอบอาหารมาถวายพระภิกษุสามเณรเป็นประจำ พบว่า มีความรู้ในเรื่องการหยิบจับภาชนะอุปกรณ์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การล้างมือและการจัดเก็บอาหารสดและอาหารแห้ง ตามลำดับ

คทาวุฒิ มีมุข, ฉันทนา เสนีย์ยุทธนา, จิรนุช คิวตานนท์, อรุณ ศิริภู่อินทวรัญญู และ นายอนิรุช จันทพาส (2551) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ ในอำเภอพยุหะคีรี ซึ่งดำเนินการจากพระสงฆ์ที่จำพรรษามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 พรรษา จำนวน 200 รูป ในอำเภอพยุหะคีรี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ตามกรอบการสร้างสุขภาพ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อโรคยา, อาหาร, อนามัยสิ่งแวดล้อม, อบายมุข, อารมณ์ และออกกำลังกาย จากการศึกษานี้พบว่า พระสงฆ์มีภาวะเจ็บป่วยก่อนบวช ร้อยละ 24.5 ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.57 รองลงมา คือ โรคเกาต์ ร้อยละ 12.24 ส่วนภาวะสุขภาพหลังบวช พบว่า พระสงฆ์มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่ยังเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.07 แต่รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 26.79 อีกทั้งยังพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 98 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และมีสุขอนามัยส่วนบุคคล และอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่ถูกต้อง ร้อยละ 82.5 ในด้านอบายมุข พบว่า ก่อนบวชพระสงฆ์มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 60 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 61 และภายหลังการบวชพบเพียงการสูบบุหรี่ แต่ลดลงเหลือ ร้อยละ 48 สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายที่มีความสม่ำเสมอ ร้อยละ 59.5 และด้านอารมณ์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การมีสุขภาพจิตดีสามารถจัดการความเครียดได้เหมาะสม ร้อยละ 64

ทองอยู่ ญาณ วิสุทธิโช (2551) ได้ทำการวิจัย การออกกำลังกายของพระสงฆ์ ในจังหวัดอุดร พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปวดเมื่อยตามร่างกายสูงสุด ร้อยละ 42.8 ซึ่งสาเหตุการปวดเมื่อยมาจากภาระนั่ง นอน ในเวลานานๆ ไม่ค่อยได้ขยับร่างกาย แต่จากการสัมภาษณ์ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ให้คำตอบว่า การออกกำลังกายของพระสงฆ์สามารถกระทำ ได้ อย่างสม่ำเสมอ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การกวาดวิหาร ลานเจดีย์ เป็นต้น

ศุภลักษณ์ ชนธรรมสถิต และคณะ (2551) ได้ทำการวิจัย สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่วนใหญ่เส้นรอบเอวมีค่าปกติและค่าดัชนีมวลกายปกติ แต่ในพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีปัญหาในเรื่องของค่ารอบเอวที่เกินเกณฑ์ โดยมีภาวะอ้วนลงพุง จึงมีความสำคัญที่ต้องได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด สำหรับด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เกินครึ่งของพระสงฆ์มีการตรวจสุขภาพประจำปี และ ร้อยละ 25 มีโรคประจำตัว โดยเป็น โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

สุวัฒน์ รักขัน โท (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า การทำบุญของพุทธศาสนิกชนไทย มีส่วนสำคัญต่อสุขภาพของพระภิกษุ และยังพบด้วยว่า พระสงฆ์ร้อยละ 26-38 มีพฤติกรรมการเสพติดสิ่งเสพติดหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อาทิ พระสงฆ์มากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ยังคงสูบบุหรี่ บางรูปฉันยาแก้ปวดพาราเซตามอลครั้งละ 6 เม็ด ต้มกาแฟวันละ 8 ถ้วย และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวัน สิ่งที่น่ากังวลอีกประการหนึ่ง คือ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ฉันภัตตาหารที่มีรสจัด หวานจัด มีแป้งและไขมันสูง ทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ ยังออกกำลังกายน้อย ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายตามกิจวัตรของพระสงฆ์เท่านั้น

เบญจมาศ เจริญสุข และนัยนา กาจนพิบูลย์ (2552) ได้ศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจและตระหนักรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภค กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

สุวัฒน์ รักขัน โท, เอนก คงขุนทด และ สุมาลัย กาญจนะ (2552) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบนมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน และเพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นพระภิกษุที่จำพรรษาอยู่ในเขตจังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช จำนวน 368 รูป ได้มาจากการเทียบเคียงตารางความสัมพันธ์ระหว่างขนาดกลุ่มตัวอย่างกับจำนวนประชากรของ Krejcie & Morgan (1970) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.87 เก็บข้อมูลกลับมาได้จำนวน 314 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85.32 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่า t-test และค่า F-test ในกรณีมีความแตกต่าง ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการ LSD และหาค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุ โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษา พระภิกษุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.61$) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางน้อย ($\bar{X}=3.21$) พระภิกษุที่มีอายุ มีพรรษา มีระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม (แผนกบาลี) ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนพระภิกษุที่มีระดับการศึกษาทางธรรม (แผนกธรรม) และจำพรรษาอยู่ในวัดที่มีสถานที่ตั้งต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์มีกลุ่มตัวอย่างคือ พระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก จำนวน 341 รูป จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เหมาะสม และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบพิจารณาตัวแปรต้นพร้อมกัน ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ระยะเวลาในการบวช 1 ปี ถึงมากกว่า 60 ปี พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่คิดสรรไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรทำนายในการวิเคราะห์ถดถอยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 50.7 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองอธิบายความแปรปรวนดังกล่าวได้มากที่สุด รองลงมาคือ การเสพสารเสพติด อายุเมื่อเริ่มเสพสารเสพติด อายุและจำนวนพรรษาที่บวช สรุป: ผลการวิจัยชี้แนะว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มนี้ควรเน้นส่งเสริมการ

รับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง การเสพสารเสพติด

สุมิตรา มาเมือง และประภา ถิมประสูติ (2553) ได้ศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชน ในจังหวัดน่าน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภค การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมบริโภค รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุ กับพฤติกรรมการ บริโภคนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ บริโภค

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2553) ได้ศึกษา โดยการสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์ จำนวน 246 รูป ใน 11 จังหวัด พบว่า พระภิกษุสงฆ์สนใจตรวจสุขภาพร้อยละ 52 จำแนกเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี เพียงร้อยละ 21 และตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว ร้อยละ 31 พระภิกษุสงฆ์ประมาณครึ่งหนึ่งที่มี ปัญหาสุขภาพกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการ เช่น โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง การเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจาก อาหารที่ไม่สะอาดทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการ เจ็บป่วยของพระภิกษุ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวัน และการดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว การฉันทอาหารสุกๆ ดิบๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ

สุนันท์ แสงทรัพย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก ทำการศึกษาระหว่างธันวาคม 2553-เมษายน 2554 กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก จำนวน 347รูป ซึ่งสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบหลาย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการตรวจคัดกรองสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยิมเลขคณิตและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดย ค่าไคสแควร์ และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.6 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดงฯ ร้อยละ 60.8 มีโรค ประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภูมิแพ้และ กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 21.3, 11.8,

9.6 และ 7.4 ตามลำดับ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.7 มีทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลางร้อยละ 68.2 และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลางร้อยละ 70.6 ปัจจัยเสริม ได้แก่ สภาพภายในวัดและภายนอกวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 64.3 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.164$, $p\text{-value}=0.002$) ระดับการศึกษา และประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.284$ และ 0.331 ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในวัดและการใช้เวลาว่าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.239$ และ 0.430 ตามลำดับ) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าอาวาส เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติโยม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากสื่อและสิ่งพิมพ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุชาดา วงศ์สืบชาติ (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร มีวิธีการออกกำลังกายโดยการเดินบิณฑบาต ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องปฏิบัติทุกวัน ส่งผลให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่ค่อยป่วยเป็นโรค โดยเฉพาะ โรคอ้วน จากการวัดดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 92.13

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในรอบหลายปีที่ผ่านมาภาวะสุขภาพของพระภิกษุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพเกือบทุกด้าน และอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็น โรคอีกเป็นจำนวนมาก โดยปัญหาเหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การไม่ได้ออกกำลังกาย และไม่ได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านการบริโภค และการออกกำลังกายของพระภิกษุ ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคและการออกกำลังกายของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี และนำแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคต่างๆ และการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุ ซึ่งพระภิกษุเป็นบุคคลที่สร้างประโยชน์ให้กับสังคม โดยเป็นผู้ที่เผยแพร่พระธรรม คำสั่งสอนขององค์

สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า แต่ในขณะที่เดียวกันพระภิกษุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับบุคคลอื่น

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่	ตัวแปร	มยุรี และ คณะ	พิทยา	มานพ	สุกัญญา และ คณะ
		2547	2547	2548	2548
1	อายุ		✓		
2	จำนวนพรรษา		✓		
3	ระดับการศึกษาทางโลก				
4	ระดับการศึกษาทางธรรม				
5	โรคประจำตัว			✓	✓
6	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	✓**		✓	✓
7	พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	✓**	✓		✓
8	การรับรู้ภาวะสุขภาพ				
9	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และการ ออกกำลังกาย				
10	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และการ ออกกำลังกาย				

✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว

- ✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย
- ✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ที่	ตัวแปร	โรงพยาบาล	กระทรวง	จารีนิ	คทาวุฒิ
		สงฆ์	สาธารณสุข	และ วันเพ็ญ	และคณะ
		2549	2550	2550	2551
1	อายุ				
2	จำนวนพรรษา				✓
3	ระดับการศึกษาทางโลก				
4	ระดับการศึกษาทางธรรม				
5	โรคประจำตัว		✓*	✓*	✓*
6	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร		✓	✓*	✓*
7	พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	✓	✓	✓*	✓*
8	การรับรู้ภาวะสุขภาพ				
9	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย				
10	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย				

- ✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว
- ✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย
- ✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ
เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ที่	ตัวแปร	สัญลักษณ์ และคณะ	สุวทัศน์	ทอง อยู่	สุวทัศน์ และคณะ
		2551	2551	2551	2552
1	อายุ	✓			
2	จำนวนพรรษา	✓			
3	ระดับการศึกษาทางโลก				✓*
4	ระดับการศึกษาทางธรรม				✓*
5	โรคประจำตัว	✓	✓**	✓	
6	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร		✓**		
7	พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย		✓**	✓	
8	การรับรู้ภาวะสุขภาพ				✓*
9	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย				
10	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย				

- ✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว
- ✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย
- ✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ
เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ที่	ตัวแปร	เบญจมาศ และนัยนา	จันทิมา และ คณะ	สุมิตรา และ ประภา
		2552	2553	2553
1	อายุ			
2	จำนวนพรรษา		✓	
3	ระดับการศึกษาทางโลก			
4	ระดับการศึกษาทางธรรม			
5	โรคประจำตัว			
6	พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร			
7	พฤติกรรมกรออกกำลังกาย			
8	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	✓*		✓*
9	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย		✓**	✓*
10	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย	✓*	✓**	✓*

- ✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว
 - ✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย
 - ✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ
- เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ที่	ตัวแปร	สน.กองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ และ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สุนันท์ และ วันเพ็ญ	สุชาดา
		2553	2554	2555
1	อายุ		✓*	
2	จำนวนพรรษา			
3	ระดับการศึกษาทางโลก			
4	ระดับการศึกษาทางธรรม			
5	โรคประจำตัว	✓*		✓
6	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	✓	✓*	
7	พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	✓		✓
8	การรับรู้ภาวะสุขภาพ			
9	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย			
10	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมในด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย			

- ✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว
- ✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย
- ✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย

สรุปจากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และพบว่า ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความเหมาะสมที่จะนำไปศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในพระภิกษุ เนื่องจากการรับรู้ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

