

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลกรครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดปัตตานี” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเนื้อหาจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสาร บทความทางวิชาการ และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวกับคำสำคัญของงานวิจัย คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลกรครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดปัตตานี โดยผู้วิจัยได้เรียบเรียงเนื้อหา สำคัญ และสรุปประเด็น เพื่อนำเสนอตามหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
3. ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
5. บริบทจังหวัดปัตตานีภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

##### 1.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

ในประเทศไทยได้มีแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาด้วยการพัฒนาสาธารณสุขแบบองค์รวมอย่างบูรณาการผ่านทางระบบบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม การมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคม อย่างเป็นสุข เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมามักจะเน้นถึงงานบริการของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้คนมีสุขภาพที่ดี มุ่งบริการที่ตัวบุคคล แต่บางเรื่องอาจรวมไปถึงครอบครัวและชุมชน เช่น การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การอนามัยโรงเรียน เนื่องจากสุขภาพถือเป็นยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี และเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แนวคิดการสร้างเสริม

สุขภาพ (Health Promotion) จึงถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสะท้อนถึง “การสร้าง” คือ การทำ  
 ขึ้นใหม่และ “การเสริม” คือ การทำเพิ่มขึ้น ที่ทุกคน ทุกฝ่าย ช่วยกันทำได้ ในขณะที่บางส่วนอาจต้อง  
 รอการ “ส่งเสริม” จากผู้อื่นด้วย (อาภาพร เหว้าวัฒนา และ คณะ, 2554) โดยมีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับ  
 การสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 อ้างถึงในพิสมัย จันทวิมล, 2541:57) ให้คำจำกัดความ  
 ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและ พัฒนา  
 สุขภาพของตนเอง ในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือ  
 กลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะปกป้องและตระหนักถึงความมุ่งมั่น และความปรารถนาของตนเอง  
 ที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง สามารถที่จะปรับเปลี่ยนตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

เพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างถึงใน วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาติ สวนนุ่ม, 2550) กล่าว  
 ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะยกระดับและเพิ่ม  
 ความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (Well-Being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อ  
 การเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อที่จะนำไปสู่ การมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม  
 (Healthy People) เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2541:17-18) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการ  
 เพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สภาวะ  
 พื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบ  
 สิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน และความเป็นธรรมของสังคม

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการในการพัฒนาความสามารถของบุคคลใน  
 การควบคุม เปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลง และดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งร่างกาย จิตใจ  
 อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างไปจากเดิม โดยมีความหลากหลาย  
 ทั้งในด้านคำจำกัดความ และแนวคิดที่มีจุดยืน อีกทั้งมุมมองที่แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม ความ  
 เหมือนหรือศูนย์รวมของความคิดในองค์ประกอบหลักร่วมกันของการสร้างเสริมสุขภาพจะอยู่ที่บุคคล  
 กับสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กันรวมถึงบริการของรัฐที่จัดขึ้นภายใต้ระบบนิเวศสังคม ทุก  
 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงเชื่อมกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละศาสตร์มีจุดเน้นที่ปัจจัยส่วนบุคคล  
 ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม หรือให้ความสำคัญของพหุปัจจัยร่วมกัน หลักดังกล่าว  
 นับเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นแนวคิดที่สามารถทำให้การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลมี

โอกาสบรรลุถึงจุดหมาย เปรียบเสมือนรากฐานของการพัฒนาการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ โดยจัดเป็นหลักหรือแนวทางการดำเนินงานสร้างสรรค์เสริมสุขภาพต่อไป (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเชื่อมโยงกับการลดความเสี่ยง (Risk Reduction) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันโรค (Disease Prevention) ซึ่งถูกนำมาใช้กับการปกป้องสุขภาพ (Health Protection)

ตามแนวคิดของแพนเดอร์ และคณะ (Pander et al., 2006) การปกป้องสุขภาพเป็นกระบวนการที่ขจัดหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเข้าถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งมีความหมายเดียวกับการป้องกันโรค ที่เป็นการขจัดหรือยับยั้งพัฒนาการของโรครวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะเพื่อกำจัดความก้าวหน้าของโรคในทุกระยะ แมคเมอร์เรย์ และบราวน์ (McMurray & Brown, 2007) ได้แบ่งระดับของการป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการสร้างเสริมสุขภาพโดยทั่วไป เป็นสิ่งที่ทำก่อนที่จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น เป็นกิจกรรมครอบคลุมเพื่อลดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรค และการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

3. ระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย หรือป้องกันการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยนั้นๆ

### กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ. 2529 ซึ่งที่ประชุมได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” สาระสำคัญประกอบด้วย กลยุทธ์และกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

### กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ

1. การขึ้นนำด้านสุขภาพ (Advocacy) สุขภาพถือเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลหรือกลุ่มบุคคล รวมทั้งเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยาสามารถมีผลทั้งในการสนับสนุนและบั่นทอนต่อสุขภาพประชาชน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุนโดยการขึ้นนำเรื่องสุขภาพ

2. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) เพื่อให้ประชาชนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ การกระทำเพื่อสร้าง

เสริมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสุขภาพในปัจจุบัน และสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกัน เพิ่มความสามารถของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เขาจะทำได้ รวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เข้าใจทักษะในการดำรงชีวิตในโอกาสต่าง ๆ เพื่อประชาชนไม่ว่าจะเป็นชาย หรือหญิงจะสามารถบรรลุถึงศักยภาพด้านสุขภาพดีที่สุดได้ และสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของตนเอง

**3. การไกล่เกลี่ย (Mediating)** การสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้น คือ งานสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคเอกชน อาสาสมัคร องค์กรภาคสังคม และเศรษฐกิจอื่น ๆ องค์กรภาคท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรม สื่อมวลชน ตลอดจนสาขาอาชีพต่าง ๆ จะต้องมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพ มีหน้าที่หลักคือ เป็นตัวกลางด้านสุขภาพไกล่เกลี่ยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวาได้ระบุกลยุทธ์หลักในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ที่จะช่วยสนับสนุน เจือจางเบื้องต้นของสุขภาพ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

**1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)** โดยที่การสร้างเสริมสุขภาพมีขอบเขตกว้างขวางออกไปนอกกรอบของการดูแลในเรื่องสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาโดยผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขา และทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้น มีความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจของเขา และให้เขายอมรับในความรับผิดชอบของเขาต่อสุขภาพด้วย นโยบายสร้างเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลาย แต่จะต้องสอดคล้องและสนับสนุนกัน โดยอาศัยวิถีทางนิติบัญญัติ การเงินการคลัง การภาษีอากรและการเปลี่ยนแปลงการจตุรปกครองการประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายต่าง ๆ ทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม กิจกรรมรวมเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดรูปแบบการบริการและมีสินค้าต่าง ๆ ที่มีความปลอดภัย และสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

**2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments)** สังคมต่างๆ ของเรามีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน เป้าหมายด้านสุขภาพที่ไม่สามารถแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่น ๆ การที่คนกับสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวพันกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้นี้ นับเป็นพื้นฐานที่สำคัญของมุมมองสุขภาพด้านสังคมและนิเวศวิทยา แนวคิดนี้

เป็นเป้าหมายทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค หรือแม้แต่ในระดับชุมชนต่างต้องเห็นความสำคัญที่จะรักษาให้ชุมชนและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกันได้ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของโลกได้รับการเน้นย้ำและถือเป็นความรับผิดชอบของทุกคนบนโลกนี้ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงาน ตลอดจนการพักผ่อนหย่อนใจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งการทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจควรเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ สังคมควรจัดระบบให้สามารถเอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนส่งเสริมให้การดำเนินชีวิต และรูปแบบของการทำงานมีความปลอดภัย และกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการขยายตัวของชุมชนเมือง เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะทำให้มีผลต่อสุขภาพในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติต้องมีในกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในทุกๆ กลยุทธ์

**3. การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action)** เป็นการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิผลและจับต้องได้ ด้วยกิจกรรมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานตามแผน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชน คือ การสร้างพลังงานอำนาจของชุมชน การทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้

การพัฒนาชุมชน เป็นการดึงทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเพื่อพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อสุขภาพ ระบบลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ หากชุมชนสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ การพัฒนาชุมชน เป็นการดึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเพื่อพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ ระบบลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ หากชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงโอกาสในการดูแลสุขภาพ และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเหมาะสม

**4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)** การสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำให้การพัฒนาบุคคลและสังคมมีการกระจายข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต กระทำเช่นนี้จำเป็นต้องเพิ่มทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน สามารถควบคุมภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตัวเองมากขึ้น และสามารถเลือกทางเลือกที่จะเกื้อหนุนด้านสุขภาพ การให้ประชาชนได้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ตนเองเกิดความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่างๆ รวมทั้งการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญโรคเรื้อรังและบาดเจ็บต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการนี้



จะต้องจัดให้มีตั้งแต่ในโรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และภายในชุมชน โดยเรียกร้องให้องค์กรต่าง ๆ ทางด้านการศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ และองค์กรอาสาสมัคร ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมภายในองค์กรเองด้วย

**5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient Health Service)** ความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพในการจัดบริการสาธารณสุขเป็นภาระร่วมระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ และรัฐบาล บุคคลและองค์กรดังกล่าวจะต้องร่วมกันคิดหาระบบในการรักษาดูแลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

บทบาทขององค์กรสุขภาพ จะต้องเคลื่อนไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากความรับผิดชอบแล้วการให้บริการทางด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย หรือบริการทางด้านสุขภาพจะต้องเพิ่มงานในหน้าที่ให้มากขึ้น โดยคำนึงถึงงานที่ไวต่อการตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคล ซึ่งต้องใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น และเปิดช่องทางความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพกับองค์กรอื่น ๆ ทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้กว้างขวางมากขึ้น

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ มีกรอบการดำเนินงานเป็นแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ การขึ้นด้านสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ และตัวกลางการใกล้ชิด ส่วนกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 5 กิจกรรม ประกอบด้วย การสร้างนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

#### **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563**

จากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ และระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางวัตถุนิยมที่จะก่อให้เกิดความเสื่อมถอยและล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม ส่งผลให้เกิดค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เพียงพอ และขาดความสมดุล สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย ขาดการใส่ใจดูแล รวมไปถึงควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดและหาทางออกโดยการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้มีภาวะโภชนาการเกิน เป็นสาเหตุหลักสำคัญทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่า โรควิถีชีวิต แพร่ระบาดไปทั่วโลกและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยหากไม่สามารถสกัดกั้น หรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต และมีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ตามมาอย่างมหาศาล ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาที่วิกฤตเช่นกัน ต้องประสบกับปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งได้กำหนดเป็นเป้าหมายหลักการพัฒนาใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 อีกทั้ง ต้องสานต่อเจตนารมณ์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนพัฒนา ระยะยาวอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วน และระดมพลังทั้งสังคม เพื่อป้องกันแก้ไขและขจัดปัญหาดังกล่าว ผ่าน กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554 - 2563 ขึ้น คณะรัฐมนตรีได้มีมติ อนุมัติในหลักการแผนยุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติดังกล่าว เพื่อใช้เป็น กรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการเป็นให้เอกภาพในทุกระดับ และการ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เป็นวิถีชีวิตที่สามารถลดความเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติให้ก้าวสู่ วิถีชีวิตพอเพียง สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพพอเพียง และสังคมสุขภาวะที่มีความพอเพียง ภายใต้ สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันเป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยสามารถสรุปสาระสำคัญของ แผน ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยได้ดังนี้

### 1. สถานการณ์ขอบเขตของปัญหา ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคาม

สุขภาพจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินไป รับประทาน ผักผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดของตนเองได้ การ มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่และดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน ภาวะน้ำหนัก เกินหรือโรคอ้วนที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรค หลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง

### 2. แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพดีวิถีไทย ได้ยึดแนวคิดการสร้างวิถีชีวิตไทยที่

พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดี ตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และ มุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ บริบทแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของสังคม และ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิต

### 3. วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา ได้กำหนดไว้

ตามแนวคิดหลักดังกล่าวข้างต้น ดังนี้

#### 3.1 วิสัยทัศน์ ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่

ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุขบนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

3.2 พันธกิจการสร้างชุมชน ท้องถิ่น และสังคมให้ตระหนักถึงการลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ การค้นหาโรค เฝ้าระวัง และควบคุมจัดการปัญหาและพัฒนาของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบองค์รวม มีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

3.3 เป้าประสงค์สูงสุด คือ ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกัน และมีศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

3.4 เป้าหมายหลักในการพัฒนา ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง) ใน 5 ด้าน (ด้านการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การพิการ การตาย และภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน (ด้านการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม) โดยมีตัวชี้วัดหลักในการพัฒนา 18 ตัวชี้วัดใน 3 ระยะ ได้แก่ (ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว)

3.5 เส้นทางการพัฒนา ได้กำหนดเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะสั้น คือ การบูรณาการความคิด การสร้างความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วม การขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วม
- 2) ระยะกลาง คือ การปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคงเชิงโครงสร้าง และระบบ
- 3) ระยะยาว คือ การสร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

4. ยุทธศาสตร์ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี และแผนงานในการพัฒนา ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละช่วงของเส้นทางการพัฒนาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ (14 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 และ 11 ยุทธวิธี 29 แผนงาน) คือ

- 1) นโยบายสาธารณะ
- 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ
- 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน
- 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและจัดการโรค
- 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน

ยุทธศาสตร์ 5 แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย ได้กำหนดกรอบแนวทางในการผลักดันสู่การปฏิบัติ (ปรีณทร์ ศรีศศลักษณ์, 2557: 16-18)



### 3. ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

#### 3.1 ความหมายของพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติการ หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต

นิรัตน์ อิงมามี (2534) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ครอบคลุมไปถึงการ ป้องกันโรค (Preventive Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรมบทบาท ความเจ็บป่วย (Curative Behavior) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การนึกคิด เจตคติ ซึ่งมีผลมาจาก ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีผลทั้งทางบวก และทางลบ พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ทั้ง ภายในและภายนอกบุคคล ได้แก่ กระบวนการคิด แรงจูงใจ ทศนคติ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี

จากที่มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า คำว่า พฤติกรรม คือ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากการกระทำของสิ่งมีชีวิต ส่วนพฤติกรรมของมนุษย์ คือ การกระทำของมนุษย์ทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ และคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันโรค พฤติกรรมความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลทั้งทางบวก และทางลบ เกิดจากพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกบุคคล

#### 3.2 ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) อ้างถึงใน สุรีย์ ธรรมิกบวร (ม.ป.ป.) ได้กล่าวว่า พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จน กลายมาเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และสุขนิสัย เพื่อความผาสุก (Well-being) และความสำเร็จ ในจุดหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self Actualization)

สมจิตร สุพรรณทัศน์ (2552) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และพื้นฐานการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือปฏิบัติกริยาใด ๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และ ทดสอบได้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก หรือการกระทำใด ๆ ในเรื่องสุขภาพ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกัน การส่งเสริม การรักษา ที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำรงชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะวัดพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อ

สุขภาพ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านจิตวิญญาณ 6) และด้านการจัดการความเครียด โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

จรรยาพร ธรณินทร์ (2538) ได้กล่าวว่า สุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำรงชีวิต เพราะสุขภาพดี หมายถึง การอยู่ดีมีความสุข หากเรามองในเรื่องของคุณภาพชีวิตแล้ว การมีสุขภาพดี เป็นผลพลอยได้ที่เกิดจากการที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง และเหมาะสม ดังนั้น การรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต โดยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ดังนี้

#### 1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด

- 1.1 อาบน้ำให้สะอาดทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- 1.2 สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- 1.3 ตัดเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ
- 1.4 ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน
- 1.5 ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้นและสกปรก
- 1.6 จัดวางของใช้ให้เป็นระเบียบและสะอาดตา

#### 2. รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง

- 2.1 แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอน
- 2.2 เลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของสารฟลูออไรด์
- 2.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานลูกอม ลูกกวาด หมากฝรั่ง หรือขนมหวานที่มีลักษณะ

เหนียว

- 2.4 บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
- 2.5 ตรวจสุขภาพในช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

#### 3. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย

- 3.2 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังการเตรียม ปรง และรับประทานอาหาร
- 3.3 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการขับถ่าย
- 3.4 ไม่ถ่มน้ำลาย บ้วนปาก ไอ หรือจามในที่สาธารณะ หรือในที่ที่มีผู้คนพลุกพล่าน
- 3.5 ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย
- 3.6 ใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

#### 4. รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สี

##### ฉลาด

- 4.1 เลือกซื้ออาหารสด สะอาด ปลอดภัย โดยคำนึงถึงหลัก 3 ป คือ ประโยชน์ ปลอดภัย ประหยัด
- 4.2 ปรุงอาหารที่ถูกสุขลักษณะและใช้เครื่องปรุงรสที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงหลัก 3 ส คือ สงวนคุณค่า สุขเสมอ สะอาดปลอดภัย
- 4.3 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และ รับประทานให้ถูกหลักโภชนาการทุกวัน
- 4.4 รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ และใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน
- 4.5 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารรสจัด ผักผลไม้หมักดอง หรืออาหารใส่สีฉูดฉาด
- 4.6 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

#### 5. งดบุหรี่ สุรา สิ่งเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ

- 5.2 งดสูบบุหรี่
- 5.3 งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
- 5.4 ไม่เสพสิ่งเสพติดทุกประเภท
- 5.5 งดเล่นการพนันทุกชนิด
- 5.6 งดการสำส่อนทางเพศ

#### 6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น

- 6.1 ทุกคนในครอบครัวช่วยกันทำงานบ้าน
- 6.2 ปรึกษาหารือและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน
- 6.3 เผื่อแผ่น้ำใจให้กันและกัน
- 6.4 ทำบุญ และได้ทำกิจกรรมสนุกสนานร่วมกัน

#### 7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท

- 7.1 ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น สวิตช์ไฟฟ้า แก๊สหุงต้ม ของมีคม จุกธูปเทียนบูชาพระ ไม้ขีดไฟ เป็นต้น
- 7.2 ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงานห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะเกิดอุบัติเหตุ

## 8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี

- 8.1 ออกกำลังกายอย่างน้อย ๆ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- 8.2 ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายแต่ละช่วงวัย
- 8.3 ตรวจสุขภาพประจำปีทุก ๆ 6 เดือน

## 9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

- 9.1 พักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ
- 9.2 จัดสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและที่ทำงานให้น่าอยู่ หรือนำทำงาน
- 9.3 มองโลกในแง่ดี ให้อภัย และยอมรับในข้อบกพร่องของคนอื่น
- 9.4 เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจควรหาทางผ่อนคลาย

## 10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

- 10.1 มีการกำจัดขยะในบ้าน และทิ้งขยะในที่รองรับ
- 10.2 หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น วัสดุประเภท โฟม พลาสติก สเปร์ย เป็นต้น
- 10.3 มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ
- 10.4 มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน และโรงเรียนที่ถูกต้อง
- 10.5 ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด
- 10.6 อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น

### 1.4 การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของครู

#### 1.4.1 ความหมายของภัยคุกคาม

วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์ (2556) ได้ให้ความหมายของสิ่งคุกคามว่า สิ่งคุกคาม (Hazards) สิ่งใด ๆ หรือสภาพการณ์ใด ๆ ก็ตาม ที่มีความสามารถก่อปัญหาทางสุขภาพต่อคนได้

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.) ได้แบ่งประเภทของภัยคุกคามได้ 6 กลุ่ม ตามลักษณะของ “สิ่ง” หรือ “สภาวะการณ์” ที่สามารถทำให้เจ็บป่วยได้ ดังนี้

สิ่งคุกคามทางกายภาพ (Physical Hazards) คือ สิ่งคุกคามที่เป็นพลังงานทางฟิสิกส์ ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้เกิดโรคในคนได้ เช่น อุณหภูมิ ความกดอากาศ แรงแสงสะท้อนของวัตถุ พลังงานเสียง พลังงานแสง รังสีคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ตัวอย่างของสิ่งคุกคามทางกายภาพที่ทำให้คนเจ็บป่วย เช่น อุณหภูมิที่ร้อนเกินไปทำให้คนทำงานเป็นลมแดดหมดสติได้ เสียงที่ดังเกินไปทำให้คนทำงานหูตึงได้ รังสีแกมมาทำให้คนเป็นมะเร็ง เป็นต้น

สิ่งคุกคามทางเคมี (Chemical Hazards) คือ สิ่งคุกคามที่เป็นสารเคมีทุกชนิดซึ่งมีสมบัติเป็นที่เป็พิษต่อคนได้ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะแก๊ส ของเหลว หรือของแข็งก็ตาม ทั้งที่เป็นธาตุและที่เป็นสารประกอบ ทั้งที่เป็นสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ ตัวอย่าง เช่น กลิ่นสารเคมีจากสีปากกาไวท์บอร์ด สารตะกั่ว สารปรอท สารหนู ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า แก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ แก๊สไซเน่า แก๊สคลอรีน ตัวอย่างของสิ่งคุกคามทางเคมีที่ทำให้คนเจ็บป่วย เช่น แก๊สคลอรีนรั่วไหลทำให้คนที่ดมแก๊สเข้าไปเสียชีวิต เกษตรกรพ่นยาฆ่าแมลงเป็นเวลานานทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ เป็นต้น

สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (Biological Hazards) คือ สิ่งคุกคามที่เป็นสิ่งมีชีวิต ไม่ว่าจะเป็เชื้อจุลินทรีย์ แมลง หรือสัตว์ที่เป็นตัวก่อโรค รวมทั้งเนื้อเยื่อหรือสารคัดหลั่งของคนป่วย หรือสิ่งมีชีวิต ที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อและเจ็บป่วยได้ เช่น เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ เชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า เชื้อวัณโรค เชื้อโรคบิด เชื้ออหิวาตกโรค เชื้อมาลาเรีย เป็นต้น

สิ่งคุกคามทางด้านจิตใจ (Psychological Hazards) คือ สถานการณ์หรือสภาวะการณ์ใด ๆ ก็ตาม ที่มีผลกระตุ้นให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หรือความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือในสังคมของผู้ที่ทำงานหรืออยู่ในสภาวะการณ์นั้น ๆ เช่น งานที่ทำไม่เป็นเวลาต้องอดหลับอดนอน งานที่มีความรีบเร่งสูง งานที่มีความรับผิดชอบสูง งานที่มีปัญหาสังคมภายในที่ทำงาน งานที่มีความกดดันจากผู้ร่วมงาน เป็นต้น

สิ่งคุกคามทางด้านชีวกลศาสตร์ (Biomechanical Hazards) คือสภาวะการณ์ใด ๆ ก็ตามที่มีผลกระทบต่อระบบชีวกลศาสตร์ของผู้ที่ทำงาน มีผลทำให้ทำงานได้อย่างไม่สะดวกสบาย ติดขัด เกิดอาการปวดเมื่อย ทำงานได้ช้า ตัวอย่างของสภาวะการณ์ดังกล่าวนี้ เช่น การทำงานในที่แคบ การที่ต้องยกของหนัก การที่ต้องเพ่งสายตามองแสงจ้าเป็นเวลานาน ๆ การทำงานที่ต้องก้ม ๆ เงย ๆ สิ่งคุกคามทางชีวกลศาสตร์สามารถแก้ไขได้ด้วยหลักวิชาการแขนงหนึ่งเรียกว่า การยศาสตร์ หรือ Ergonomic ซึ่งใช้หลักการจัดวางสิ่งของและปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับสรีระของคนทำงานมากที่สุด บางครั้งอาจเรียก “สิ่งคุกคามทางด้านชีวกลศาสตร์” ว่า “สิ่งคุกคามทางด้านการยศาสตร์” แทนกันก็ได้

สิ่งคุกคามทางด้านความปลอดภัย (Safety Hazards) เป็นสภาวะการณ์อีกเช่นเดียวกัน แต่เป็นสภาวะการณ์ที่มีโอกาสทำให้คนทำงานเกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย พิการ หรือเสียชีวิตได้ เช่น การทำงานกับของแหลมคม การทำงานในที่สูง การทำงานกับไฟฟ้าแรงสูง การทำงานกับเครื่องจักรมีคมในขณะที่ว่างนอน ซึ่งเป็นการทำงานที่มีความเสี่ยง สิ่งคุกคามดังกล่าว มักทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในรูปแบบของการบาดเจ็บ (Injury) มากกว่าการทำให้เกิดการเจ็บป่วย (Illness) บางครั้งเมื่อกล่าวถึงเฉพาะสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดเป็นโรค จึงมักจะกล่าวถึงเฉพาะสิ่งคุกคาม 5 กลุ่มแรก และสิ่งคุกคามกลุ่มนี้ถูกละไว้ในฐานที่เข้าใจ เนื่องจากทำให้เกิดการบาดเจ็บมากกว่าทำให้เป็นโรค



จะสังเกตเห็นว่าสิ่งคุกคาม 3 กลุ่มแรก เป็น “สิ่ง” (Things) คือเป็นสสารหรือพลังงาน ที่มีลักษณะทางรูปธรรมให้จับต้องหรือรู้สึกด้วยประสาทสัมผัสได้ ในขณะที่ 3 กลุ่มหลัง เป็น “สภาวะการณ์” (Conditions หรือ Circumstances) ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม แต่มีผลต่อสุขภาพของคนได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาสภาพจิตใจ ความไม่สะดวกสบาย หรือการบาดเจ็บต่อร่างกาย

ทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัวเรา (Everything) เป็นสิ่งคุกคามได้หมดทั้งสิ้น ซึ่งในความเป็นจริงก็เป็นเช่นนั้น สิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ป็นรูปธรรม หรือสภาวะการณ์ทางนามธรรม ล้วนแล้วแต่สามารถทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกาย (Physical Health) หรือสุขภาพจิต (Mental Health) แต่ในการจะนำเรื่องใดมาพิจารณาเป็นประเด็นปัญหาต่อไปนั้น จะต้องดูโอกาสของการเกิดปัญหาเป็นหลัก ยกตัวอย่างเช่นสารตะกั่ว เป็นสารที่ก่อให้เกิดโรคพิษตะกั่วได้ในคนทำงาน แต่หากคนทำงานสัมผัสไอของสารตะกั่วเป็นปริมาณน้อยมาก เช่น สัมผัสเดือนละครั้ง ในระดับที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน กรณีเช่นนี้จัดว่ามีโอกาสเกิดปัญหาน้อยมาก ในทางตรงกันข้าม หากคนทำงานสัมผัสไอของสารตะกั่วทุกวัน วันละหลาย ๆ ชั่วโมง เป็นเวลานานหลายปี ก็จัดว่ามีโอกาสเกิดโรคมามากกว่า น่าจะเป็นปัญหามากกว่า การประเมินว่ากรณีใดเป็นหรือไม่เป็นปัญหานั้น จะต้องใช้หลักการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

สรุปได้ว่า สิ่งคุกคาม คือ สิ่งใดก็ตามที่อาจจะก่อให้เกิดผลในด้านลบต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีอยู่ทุกที่รอบ ๆ ตัวเราทุกคน ทั้งในที่ทำงานและในสิ่งแวดล้อม สิ่งคุกคามอาจอยู่ในรูปสสาร พลังงาน หรือเป็นสภาวะการณ์บางอย่างก็ได้ โดยทั่วไปเราแบ่งสิ่งคุกคามออกเป็น 6 กลุ่ม ตามลักษณะของสิ่งคุกคามนั้น คือ สิ่งคุกคามทางกายภาพ ทางเคมี ทางชีวภาพ ทางด้านจิตใจ ทางด้านชีวกลศาสตร์ และทางด้านความปลอดภัย การพิจารณาว่าสิ่งคุกคามจะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพหรือไม่นั้น อาจจะต้องพิจารณาในเรื่องการสัมผัสกับสิ่งที่เป็นสาเหตุ และการประเมินความเสี่ยงได้

#### 1.4.2 โรคทางอาชีพเวชศาสตร์ (โรคจากการทำงาน)

วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์ (2554) ได้ให้ความหมายของโรคทางอาชีพเวชศาสตร์ไว้ว่า หมายถึง โรคที่เกิดจากการสัมผัส (Expose) ต่อปัจจัยทางกายภาพได้แก่แสงสว่างมากหรือน้อยเกินไป เสียงดังเกินไป อุณหภูมิสูงหรือต่ำเกินไป ความสั่นสะเทือน มลภาวะในอาคาร เป็นต้น ปัจจัยทางเคมี ปัจจัยทางชีวภาพได้แก่เชื้อโรคต่าง ๆ ปัจจัยทางท่าทางการทำงานที่ผิดปกติทำให้มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งมีอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตประสาทในสถานที่ทำงานนั้น ๆ ดังนั้น ปัจจัยหลักก็คือ สิ่งก่อโรคเกิดจากแร่ธาตุหรือสารเคมีและวิธีการทำงานในสถานที่นั้น เช่น ตะกั่ว ทำให้เกิดโรคพิษสารตะกั่ว ผงซิลิกาทำให้เกิดซิลิโคสิส ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีโอกาสทำให้เกิดโรคนาน้อยขนาดไหน ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นอีกหลาย ๆ ด้าน เช่น การป้องกันตัวของคนงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สุขนิสัยของคนงาน เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) โรคที่เกิดกับคนงานจะแบ่งได้เป็นสามกลุ่มใหญ่ ๆ คือ

**1. โรคทั่วไป** ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเหล่านี้เกิดแก่บุคคลทั่วไป ผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน สามารถเป็นโรคทั่วไปที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัย 18 – 55 ปี ใน อดีตนั้นส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อ และไม่สามารถรักษาได้แม้ว่าในปัจจุบัน โรคติดเชื้อจะค่อย ๆ หายไป มีระบบสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ชีวิตของคนไทยยืนยาวขึ้น แต่ก็ยังมีโรคติดเชื้อที่เป็นอันตรายอีกหลายประเภทที่ยังพบอยู่ เช่น โรคท้องร่วง ทั้งจากการติดเชื้อ และอาหารเป็นพิษ โรคปอดอักเสบทั้งจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย โรคไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส และโรคติดต่อที่มีการรณรงค์มากที่สุดในปัจจุบัน ได้แก่ โรคเอดส์ โรคเชื้อราต่าง ๆ นอกจากโรคติดเชื้อแล้ว โรคที่สำคัญอีกอย่างในปัจจุบัน เกิดจากการไม่ติดเชื้อ เช่น โรคจากภาวะทุพโภชนาการ ทั้งโภชนาการเกินและขาด โรคจากความเครียด การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การใช้สิ่งเสพติด เหล่านี้ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด และโรคจากการวิตกกังวลต่าง ๆ ได้แก่ โรคปวดศีรษะ ความเครียด บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง วิธีแก้ไข คือ การหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีเล่นกีฬา ทำกิจกรรม โรคติดเชื้อบางโรคสามารถป้องกันได้โดยการให้วัคซีน เช่น วัคซีนป้องกันตับอักเสบ

**2. โรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน** ซึ่งไม่ได้เกิดจากการทำงานโดยตรงแต่การทำงานทำให้โรคเป็นมากขึ้นเรียกว่า Work-Related Disease ได้แก่ โรคปวดหลัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเกิดจากความเครียดจากงาน เป็นต้น WHO ได้นิยามคำว่า Work-Related Disease ไว้ว่า เป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยคุกคามในสถานที่ทำงานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคนี้ แต่ก็ไม่เสมอไปในทุกราย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคทางระบบกล้ามเนื้อ และโรคทางระบบทางเดินหายใจ คำว่า โรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จะสับสนกับคำว่าโรคที่เกิดจากการทำงานตามคำนิยาม โรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานนั้นไม่ใช่โรคที่เกิดจากสารเคมี หรือสารอันตรายที่ใช้ในที่ทำงานโดยตรงแต่สารเคมีและสารอันตรายต่าง ๆ นั้น ทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมนั้นมีภาวะที่ร้ายแรงมากขึ้น ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น คนที่ปวดหลัง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะปวดหลังอยู่แล้ว ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดปกติของกระดูก หรือเส้นเอ็นตามกรรมพันธุ์ เมื่อมาทำงานซึ่งมีกระบวนการทำงานที่ไม่ดี จะทำให้อาการนั้นเป็นมากขึ้น เช่น การก้มลงยกของผิดวิธีที่นั่งทำงานไม่ได้มาตรฐานตามหลัก Ergonomic หรือในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อมาทำงานที่ต้องใช้ความรับผิตชอบสูง หรืองานที่เกี่ยวข้องกับตัวทำละลาย ซึ่งมีพิษต่อหัวใจและหลอดเลือด ก็อาจทำให้โรคเป็นมากขึ้น ซึ่งตัวทำละลายจะทำให้เป็นมากขึ้นได้ด้วย ผู้ใช้แรงงานที่มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง อาการอาจเป็นมากขึ้น เมื่อมีสิ่งรำคาญเกิดขึ้นในที่ทำงานเช่น กลิ่น เสียง เป็นต้น นอกจากนี้ความเครียดจากการทำงานก็อาจทำให้เกิดบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่

ดื่มสุรา หรือสำส่อนทางเพศ อาจทำให้เกิดโรคติดต่อ และไม่ติดต่อได้ เช่น โรคตับแข็ง โรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ความเครียดอาจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือทำให้โรคความดันโลหิตสูงมีภาวะรุนแรงขึ้น การทำงานเป็นกะ จะทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มีความลำบากในการรับประทานยา เหล่านี้ถือเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน โรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานยังทำให้เกิดความสูญเสียในทางอ้อมอีกมาก เช่น ทำให้เกิดความเสียหายในชิ้นงาน ทำให้เกิดความยากลำบากในการร่วมงาน เป็นต้น

**3. โรคจากการทำงาน (Occupational Disease)** ได้แก่ โรคที่เกิดจากสารเคมี วัตถุอันตราย กระบวนการในการทำงานโดยตรง เช่น โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (Pneumoconiosis) เช่น ในพวกที่ทำงานในสถานประกอบการทอผ้า หรือสถานประกอบการที่มีฝุ่นฝ้าย หรือมีเส้นใย (Asbestos) โรคประสาทหูเสื่อมจากการประกอบอาชีพ (Noise Induced Hearing Loss) ในบริเวณที่มีเสียงดังเกินมาตรฐานเป็นระยะเวลาานาน ๆ โดยไม่มีเครื่องป้องกัน โรคเส้นประสาทเสื่อม (Peripheral Neuropathy) จากการประกอบอาชีพในพวกที่ทำงานเกี่ยวกับสี กาว หรือการประกอบอาชีพในหลาย ๆ อาชีพที่เกี่ยวข้องกับตัวทำลาย ทำให้เกิดอาการแพ้ และเกิดโรคผิวหนัง ส่วนใหญ่โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ อาจจะมีถึงอุบัติเหตุ เนื่องจากอุบัติเหตุสามารถเห็นได้โดยตรง และเกิดจากการประกอบอาชีพจริง ๆ แต่ยังมีอันตรายอื่น ๆ ที่แอบแฝงมาจากสถิติต่าง ๆ จากกองทุนทดแทน จะพบว่ามีกรเบิกกองทุน เรื่องอุบัติเหตุมากเป็นอันดับหนึ่ง แต่การเบิกเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพนั้นน้อยมาก เนื่องจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านผู้ใช้งานยังไม่มีความรู้เท่าที่ควร นายจ้างยังไม่เห็นความสำคัญจึงยังไม่มีการระวังหรือป้องกัน ด้านสาธารณสุข แพทย์ และพยาบาล ยังไม่มีความตระหนัก และความรู้พอที่จะให้การวินิจฉัย โรคที่เกิดจากการทำงาน ทางด้าน กฎหมาย แม้ว่าจะมีการกำหนดโรคที่เกิดจากการทำงาน แต่ก็ยังไม่มีบทลงโทษที่ชัดเจนสำหรับสถานประกอบการที่ไม่ปฏิบัติตาม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน โรคที่เกิดจากการทำงานนั้นเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซ้ำร้ายบางโรคยังมีการดำเนินของโรคต่อไปเรื่อย ๆ แม้จะออกจากการสัมผัสสารที่เป็นอันตรายนั้น ๆ เป็นเวลานานหลายปีแล้ว เช่น โรคแอสเบสโตสิส ซึ่งเกิดจากสารแอสเบสตอส ที่ใช้ทำผ้า หรือพาดาน ทำให้โรคดำเนินไปเรื่อย ๆ จนกลายเป็นมะเร็งของปอดในที่สุด หรือโรคหอบหืดจากการสัมผัส ฝุ่นฝ้าย ในสถานประกอบการทอผ้า แรก ๆ จะเป็นแค่อาการแสบหน้าอก หายใจไม่สะดวก และจะหายเมื่อหยุดทำงาน ต่อมาอาการจะเป็นเรื้อรัง แม้จะหยุดทำงาน และในที่สุดก็จะกลายเป็นโรคหอบหืด หรือโรคถุงลมโป่งพองในที่สุด มีโรคบางอย่างซึ่งอาการจะเกิดแบบปัจจุบันทำให้สามารถหลีกเลี่ยงออกจากบริเวณที่สัมผัส และไม่เกิดอาการได้ เช่น การหายใจเอาไอของฟอร์มาลดีไฮด์ไปมาก ๆ จะทำให้เกิดอาการระคายเคือง แต่เมื่อออกจากบริเวณที่สัมผัส อาการก็จะหายไป โรคบางอย่างซึ่งเมื่อสัมผัสแม้ในขนาดน้อย ๆ เป็นระยะเวลาานาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น อาการทางสมองซึ่งมีอาการ

สอตคล้องโรคสมองเสื่อม (Chronic Encephalitis) จากการสูดดมไอของตัวทำละลายหลาย ๆ ชนิด เป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น นอกจากนี้สารบางอย่าง เช่น โทลูอิน ที่ใช้ในอุตสาหกรรมสี ยังทำให้เกิดการเสพติดได้ อาการของโรคจากตัวทำละลายยังออกมาในรูปของบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สัมผัสเป็นคนก้าวร้าว ทำให้เกิดความแตกแยกในครอบครัว ในหมู่คนงาน การดื่มเหล้าทำให้ขาดความสามัคคี นอกจากนั้นยังทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและต่อสถานประกอบการ เช่น เกิดอุบัติเหตุหรือไฟไหม้ได้ง่าย

สรุปได้ว่า โรคอาชีพเวชศาสตร์ หรือโรคจากการทำงาน หมายถึง โรคที่เกิดจากปัจจัยทางกายภาพ ชีวภาพ เคมี ในสิ่งแวดล้อมการทำงานและพฤติกรรมในการทำงานซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทั่วไป คือ โรคที่เกี่ยวกับบุคคลโดยทั่วไป โดยเฉพาะวัยทำงาน เช่น โรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ ส่วนโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานนั้น คือ โรคที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานโดยตรง แต่เพราะการทำงานทำให้เสี่ยงที่จะเป็นโรคมามากขึ้น เช่น ปวดหลัง ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

วิลาวัณย์ จึงประเสริฐ และคณะ (2538) ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านบุคคลที่ทำให้เกิดโรคจากการทำงาน มีดังนี้

### 1. เพศและอายุ

**เพศ** เพศชายจะถูกมอบหมายให้ทำงานหนักซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุ และเกิดโรคของกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด เพศหญิงจะถูกมอบหมายให้ทำงานเบาและละเอียดอ่อน เช่น โรคที่จะพบบ่อย ๆ คือโรคของกล้ามเนื้อตาซึ่งจะทำให้ปวดศีรษะ และโรคที่เกิดจากการทำซ้ำบ่อย ๆ (Repetitive Strain Injury) เช่น Carpal Tunnel Syndrome, Golfer's Elbow และ Tennis Elbow เป็นต้น นอกจากนี้ในเพศหญิงยังมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องประจำเดือน ซึ่งทำให้เกิดความเครียดในการทำงานเป็นกะได้ง่าย รวมถึงการตั้งครรภ์ ซึ่งสารเคมีบางชนิดจะมีผลต่อเด็กในครรภ์ได้

**อายุ** อายุมีความสำคัญนอกจากโรคที่พบตามอายุแล้ว ยังมีความสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค รวมถึงความสมบูรณ์ของร่างกายซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ การออกกำลังกายก็มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดโรคได้ ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ และการทำงานหนักในคนงานสูงอายุ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญซึ่งเกิดจากความสมบูรณ์ของตัวร่างกายของคนงานเองซึ่งเรียกว่า Healthy Worker Effect ซึ่งพบในคนงานที่มีร่างกายแข็งแรง ซึ่งเมื่อสัมผัสกับสารพิษจากการทำงานเป็นจำนวนมากแล้วยังสามารถทำงานได้ โดยสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญ เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของสารพิษจากสถานประกอบการที่อยู่ข้างเคียงที่ปกอาศัยที่อยู่ห่างไกลจากสถานที่ทำงานมาก ๆ ทำให้เกิดความเครียดในการมาทำงาน และมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เป็นต้น

## 2. สถานภาพสมรส

ถ้าคู่สมรสทำงานในสถานประกอบการบางประเภท เช่น สถานประกอบการที่มีสารซิลิกา การที่ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อกลับบ้าน จะทำให้สารซิลิกาติดตัวกลับมา และคู่สมรสก็อาจเป็นโรคที่เกิดจากสารซิลิกาได้ ถ้ามีการปนเปื้อนมากพอเป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น

## 3. ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดผลต่อปอดหลายอย่างที่สำคัญคือ ทำลายขบวนการป้องกันภัยของถุงลมและหลอดลม ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้การวินิจฉัยโรคปอดเหตุอาชีพยากขึ้น เนื่องจากบุหรี่ก็ทำให้เกิดโรคปอด และโรคมะเร็งปอด การดื่มสุราทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับตับ และเกี่ยวกับ Cognitive Function ซึ่งอาจจะเสริมหรือทำให้การวินิจฉัยแยกโรคจากโรคเหตุอาชีพยากขึ้น

## 4. ประวัติการศึกษาและเศรษฐฐานะ

การอบรมก่อนทำงานจะทำให้คนงานทำงานถูกวิธี การศึกษาจะบ่งบอกว่าคนงานคนนั้นสามารถทำงานที่ซับซ้อนได้มากเศรษฐฐานะจะช่วยทำให้เราวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น มีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาหรือวิธีการรักษาหรือวินิจฉัย

## 5. ประวัติโรคประจำตัว

โรคความดันสูงหรือโรคหัวใจ ไม่เหมาะที่จะทำงานกะ หรืองานที่มีเสียงรบกวนมาก งานที่ต้องแยกตนเองออกไป โรคเบาหวานจะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานกลางคืนเนื่องจากต้องรับประทานยาให้ตรงเวลา เป็นต้น

## 6. ประวัติงานอื่นๆ

เป็นการหารายได้พิเศษ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคได้ เช่น มีอาชีพขับแท็กซี่ ในเวลากลางคืน ทำให้ไม่ได้พักผ่อน ทำให้มีความเครียด หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

## 7. ประวัติอาชีพ

ประวัติเกี่ยวกับลักษณะงานที่ทำ การซักแค่ประวัติทำงานอย่างเดียวไม่เพียงพอต้องรู้ลักษณะการทำงานด้วย เช่น ทำงานสถานประกอบการแบตเตอรี่ แต่ทำหน้าที่ขนกล่องเก็บของ ถ้าซักแค่ทำงานสถานประกอบการแบตเตอรี่ ก็จะได้ไม่ได้ลักษณะงานที่แท้จริง ถ้าคนงานมาด้วยเรื่องปวดหลังอาจทำให้เข้าใจว่าไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เมื่อให้การรักษาผู้ป่วยจะกลับมาอีกด้วยเรื่องปวดหลังจะเป็นวงจรไปเรื่อย ๆ

วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์ (2556) สิ่งคุกคาม ได้แก่

1. สิ่งคุกคามทางกายภาพ ได้แก่ แสง เสียง ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน รังสี ฝุ่น อุบัติเหตุ มลภาวะ และการระบายอากาศ

2. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่าง ๆ



3. สิ่งคุกคามทางเคมี ได้แก่ สารเคมีต่าง ๆ ยาฆ่าแมลง สารเคมีในห้องทดลอง
4. สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกวิธี
5. สิ่งคุกคามทางจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด การอยู่เวร ภาระงานที่มาก ความ

รุนแรง

### บทบาทหน้าที่ของครู

อาชีพอนามัยสำหรับครู (ม.ป.ป) การจัดการในแต่ละโรงเรียนจะต่างกัน แต่ที่สำคัญคือครูแต่ละคนจะต้องเข้าใจบทบาทของตนเองเพื่อให้ฝ่ายบริหาร จัดการเรื่องอนามัยและความปลอดภัยได้ง่ายขึ้น ซึ่งหัวข้อสำคัญจะประกอบด้วย

1. ผู้ที่ทำการสอน จะต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ (Fit to Teach)
2. ผู้ที่ทำการสอนจะต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจอยู่เสมอ
3. จะต้องรักษาไว้ซึ่ง สุขภาพ ความปลอดภัยและความเป็นดีอยู่ดีของครูและนักเรียน
4. จะต้องเข้าได้กับพรบ. คุ้มครองแรงงาน และพรบ. ความปลอดภัย เป็นขั้นต่ำ
5. จะต้องเข้ากับคุณภาพและมาตรฐานของสถานศึกษา และจะต้องมีการถ่ายทอด

ให้กับทุกคนที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

## 2. การออกกำลังกาย

### 2.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2519) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การทำให้กล้ามเนื้อลายทำงานเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวพร้อมกับการได้แรงงานด้วย ในขณะเดียวกันยังมีการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อช่วยการจัดการแผนงาน ควบคุม และปรับปรุงส่งเสริมให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพ และคงอยู่

ดำรง กิจกุล (2530) กล่าวว่า การออกกำลังกาย คือ เป็นกิจกรรมที่เล่น เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นการบำรุงแรง และผ่อนคลายความเครียดได้

กรมพลศึกษา (2534) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่า เป็นการใช้แรงงาน กล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และมีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมเป็นสื่อ ก็ได้ เช่น การบริหาร เดินเร็ว หรือการฝึกกีฬาที่ไม่ได้มุ่งเพื่อการแข่งขัน

จากการที่มีผู้ให้ความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวของระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลาย เพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพดี อาจจะใช้เป็นกิจกรรม เช่น การบริหาร เดินเร็ว หรือการฝึกกีฬาที่ไม่ได้มุ่งเพื่อการแข่งขัน

## 2.2 หลักในการออกกำลังกาย

ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ (2539) ได้กล่าวถึง หลักทั่วไปในการออกกำลังกายว่า

1. อบอุ่นร่างกาย 5 – 10 นาที โดยการยืดเหยียด ข้อต่อ และเอ็นกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ที่ใช้ในการเคลื่อนไหว เช่น แขน ขา หลัง คอ ฯลฯ แบบอยู่กับที่ แล้วเริ่มการเคลื่อนไหวจากช้าไปเร็ว ตามลำดับ และหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที แล้วค่อย ๆ ลดสภาพร่างกาย (Cool Down) จนกลับมาอยู่ในสภาวะปกติ ทั้งนี้อาจจะใช้ชีพจรเป็นสิ่งบ่งบอกสภาวะร่างกาย

2. เลือกกิจกรรมออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยคำนึงถึงเพศ และสภาวะร่างกายขณะนั้น

3. ไม่ควรออกกำลังกายให้มากเกินไป จนทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพลง

4. ควรมินิสิย และสวัสดินิสิยในการออกกำลังกาย เช่น แต่งกายให้เหมาะสมกับการออกกำลังกาย เสื้อ กางเกง และรองเท้า ควรสะอาด ไม่อับชื้น สกปรก รวมทั้งอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ควรสะอาด เรียบร้อย ตั้งใจฝึกฝน และเคารพกฎกติกา

## 2.3 การออกกำลังกายสำหรับวัยสำหรับวัยต่าง ๆ

พงศ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์ (2554) ได้กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งในแต่ละวัยนั้น ควรมีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ดังนี้

1. **วัยเด็กถึงวัยรุ่น** เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต การออกกำลังกายเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ออกมาโดยเฉพาะ Growth Hormone ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต มีสัดส่วนที่สูง และมีการพัฒนาการสร้างกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายในวัยนี้ควรฝึกทักษะในการเล่นกีฬาหลาย ๆ ชนิดไปพร้อมกันด้วย อย่างไรก็ตามในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่นต้องการการพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อให้ร่างกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อและเจริญเติบโตซึ่งเกิดขึ้นในขณะนอนหลับ แต่ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนักมาก ๆ เพราะอาจส่งผลร้ายต่อเยื่อเจริญของกระดูก

2. **วัยผู้ใหญ่** สามารถออกกำลังกายได้เต็มรูปแบบ ควรมีการออกกำลังกายให้ร่างกายฟิตพร้อม หรืออาจมีการเล่นกีฬาเพื่อให้เกิดความสนุกสนานร่วมด้วย หากเป็นนักกีฬาที่มีความมุ่งหวังจะทำลายสถิติต่าง ๆ เช่น วิ่งมาราธอน ไต่เขา เล่นฟุตบอล เล่นเทนนิส การเล่นกีฬาต่าง ๆ นักกีฬาต้องมีร่างกายที่พร้อมและฝึกเทคนิคที่ไม่ทำให้บาดเจ็บ นักกีฬาที่เล่นกีฬามาก ๆ อาจมีภาวะข้อเสื่อมเมื่อถึงวัยกลางคน ดังนั้น จึงควรออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้มีการผสมผสานกันอย่างเหมาะสมและหลากหลาย

3. **วัยสูงอายุ** การออกกำลังกายจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดี การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีและความสามารถในการทรงตัวที่ดีไม่ล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุควรเลือกการออกกำลังกายง่าย ๆ

เช่น การเดิน การรำไทเกก การเต้นรำ การเดินในน้ำ หรือการว่ายน้ำ นอกจากนี้ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่เสี่ยงต่อการล้ม

### 2.3 ความสำคัญของการออกกำลังกาย

การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นความต้องการของร่างกายที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ในการที่จะช่วยรักษาสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายให้พร้อมกับการที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคมปัจจุบันได้ดี และมีประสิทธิภาพ อวย เกตุสิงห์ (2525) กล่าวถึงความสำคัญของการออกกำลังกายว่า

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพ เปรียบได้กับอาหารและยา ทั้งอาหารและยาต้องรับประทานให้ดีจึงจะได้ประโยชน์ ถ้ารับประทานผิดก็เกิดโทษ บางครั้งอาจจะทำให้เสียชีวิตได้ การออกกำลังกายก็เช่นเดียวกันต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องถึงจะได้ประโยชน์ ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องก็อาจจะทำให้เกิดผลเสียได้

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2526) ได้กล่าวถึงความเข้าใจของการออกกำลังกายว่า

1. กิจกรรมการออกกำลังกายนั้นควรมีความสนุกสนาน ซึ่งความสนุกสนานของการออกกำลังกายนั้น อาจจะมาจกปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1.1 เป็นการออกกำลังกายที่เป็นไปตามความต้องการ ความสมัครใจ ความพอใจของตนเองเป็นการออกกำลังกายที่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกควบคู่กันไปด้วย เช่น การออกกำลังกายที่เป็นไปตามจังหวะดนตรี การร้องเพลงประกอบการเคลื่อนไหว เป็นต้น

1.2 เป็นการออกกำลังกายที่แสดงออกถึงความสามารถ เช่น ความสามารถด้านการเคลื่อนไหว การเล่นกีฬา หรือกิจกรรมที่ตนเองมีทักษะอยู่

1.3 เป็นการออกกำลังกายที่สามารถทำให้เกิดการสัมผัสผลขึ้น เช่น กิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้ และมีความก้าวหน้าตามความสามารถของตนเอง

1.4 เป็นการออกกำลังกายที่มีบรรยากาศของการเป็นกันเอง ทุกคนเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกัน มีความสนใจสอดคล้องกัน

1.5 เป็นการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับสังคม ในแง่ของบริบทของสถานการณ์และขนบธรรมเนียมประเพณี

1.6 เป็นการออกกำลังกายที่ง่าย ไม่ต้องใช้เวลาในการฝึกหัดมาก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือสถานที่มาก

2. กิจกรรมการออกกำลังกายนั้นควรมีความสะดวกในการออกกำลังกาย ดังนี้

2.1 สถานที่ควรจะไปมาสะดวก มีความสะอาด ปลอดภัย สวยงาม ถูกสุขลักษณะ ให้บริการแก่ผู้สนใจออกกำลังกายอย่างเพียงพอ

2.2 อุปกรณ์มีราคาถูก สามารถจัดหาได้ง่าย สะดวก ถ้าเป็นอุปกรณ์กลางก็สามารถยืมได้

3. ก่อนออกกำลังกาย ควรเสนอความต้องการขั้นพื้นฐานเสียก่อน เช่น ต้องการด้านอาหาร ความปลอดภัย เป็นต้น

จึงพอสรุปได้ว่า การออกกำลังกายนั้น นอกจากสามารถทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังสร้างความสนุกสนาน เพลิดเพลิน รู้จักการให้อภัย เข้าใจ และมีน้ำใจนักกีฬา

## 2.4 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

อวย เกตุสิงห์ (2525) ได้สรุปประโยชน์ของการออกกำลังกาย ดังนี้

1. ทำให้ขนาดของกล้ามเนื้อโตขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ
2. ทำให้หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหนาขึ้น ขยายตัวได้มากขึ้นสามารถเก็บเลือดได้มาก และมีกำลังในการสูบฉีดมากขึ้นด้วย
3. ทำให้เม็ดเลือดเพิ่มขนาดสูงขึ้น หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ป้องกันโรคเลือดแข็ง หรือแตกได้

4. ช่วยให้ปอดโตขึ้น ทำให้ร่างกายมีความอดทนสูง และปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นเวลานานได้โดยไม่มีอาการเมื่อยล้า

5. ทำให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดี
6. ลดความตึงเครียดทางสมอง และจิตใจ
7. ลดความอ้วน และทำให้ร่างกายสมส่วน

สุชาติ โสมประยูร (2523) ในวงการการแพทย์ ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และพอสมควร เพราะจะทำให้

1. อายุยืน เพราะร่างกายจะกระฉับกระเฉง แข็งแรง
2. รูปร่างจะงดงาม แม้อายุจะมากขึ้น
3. ห่างไกลจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นจากความขี้เกียจออกกำลังกาย
4. ความดันโลหิตจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปได้ว่า การออกกำลังกาย หากหมั่นออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จะช่วยให้ห่างไกลโรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพแข็งแรง จะดูหนุ่มสาวแม้ว่าอายุจะมากขึ้นก็ตาม ช่วยลดอาการทางสมอง และจิตใจ ระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะสามารถทำงานได้ดี

### 3. โภชนาการ

#### 3.1 ความหมายของโภชนาการ

พระราชบัญญัติอาหาร (2522) ได้ให้ความหมายของคำว่า โภชนาการ หมายถึง เรื่องต่าง ๆ ที่ว่าด้วยอาหาร เช่น การจัดแบ่งสารอาหาร ประโยชน์ของอาหาร การขาดอาหาร เป็นต้น

#### 3.2 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารว่า หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหาร ซึ่งครอบคลุมถึงประเภทอาหาร ชนิดของอาหารที่รับประทาน วิธีการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย

พัชราภรณ์ เขียวสกุล (2545) การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทั้งทางด้าน การแสดงออก และด้านความคิดซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการ แล้วจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น เลือกรับประทานอาหารเฉพาะบางชนิดที่รับประทาน และอาหารที่รับประทานที่ไม่มีประโยชน์ หรือการปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการตามมา

พุทธชาติ นิรุติธรรมธารา (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการแสดงออกของบุคคลที่สามารถสังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ๆ ได้แก่ ความเชื่อในการบริโภคอาหาร ข้อห้ามในเรื่องอาหาร ความนิยมในเรื่องอาหาร และนิสัยการบริโภคอาหารล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งสิ้น ความเชื่อในการบริโภคอาหาร (Food Belief) เป็นความเข้าใจ และประสบการณ์ที่ได้รับ การถ่ายทอดกันมา โดยมีเหตุผลหรือข้ออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อนั้น ๆ ซึ่งอาจเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ เช่น หญิงมีครรภ์เชื่อว่าดื่มน้ำมะพร้าวจะช่วยล้างไขมันของทารกและช่วยให้คลอดง่าย เป็นต้น

**ข้อห้ามในการบริโภคอาหาร (Food Taboo)** เป็นกฎเกณฑ์ของสังคมที่ถือปฏิบัติ สืบทอดกันมาในสภาวะ หรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น ห้ามหญิงตั้งครรภ์รับประทานไข่ หรือห้ามหญิงคลอดบุตรที่อยู่ไฟรับประทานของแสลง ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละชุมชนความนิยมในเรื่องการบริโภคอาหาร (Food Fad) เป็นการกระทำที่เอาอย่าง เพื่อแสดงถึงการมีส่วนร่วมหรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม โดยไม่จำเป็นต้องถูกต้อง และมีเหตุผลเสมอไป เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมขวด หรืออาหารเสริมสำเร็จรูปที่แสดงถึงความทันสมัยอย่างเพื่อน หรือเพราะความจำเป็นทางอาชีพที่เปลี่ยนไปตามลักษณะของสังคมที่ทันสมัย

**นิสัยการบริโภค (Food Habits)** หมายถึง ลักษณะ หรือการกระทำซ้ำ ๆ ซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งทำด้วยความเข้าใจ เพื่อให้การรับประทานอาหารของเขาบรรลุถึงความประสงค์ทาง



อารมณ์ และของสังคม บริโภคนิสัยมักเป็นสิ่งที่สืบเนื่องกันมาเป็นเวลานาน และเป็นการยากที่จะไปเปลี่ยน การที่บุคคลรับประทานอาหารแตกต่างกันไปนั้นเป็นผลการเรียนรู้จากประสบการณ์คนแต่ละคนไม่ได้เกิดมาพร้อมด้วยบริโภคนิสัย แต่เขาจะเรียนรู้คือ ดูตัวอย่างจากผู้สูงอายุ หรือจากเพื่อน ๆ เกี่ยวกับนิสัยการบริโภค และความเชื่อในเรื่องคุณสมบัติ และคุณภาพของอาหารที่จะมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ซึ่งสืบเนื่องมาจากการเลือกอาหาร

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออก ทั้งในด้านความคิด ทศนคติ ความเชื่อ ข้อห้ามในการรับประทานอาหาร ความนิยม นิสัยการบริโภค เป็นต้น หากสิ่งเหล่านี้ปฏิบัติอย่างถูกต้องก็จะเกิดผลดีต่อร่างกาย แต่หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลเสียต่อร่างกายได้เช่นกัน

### 3.3 ประเภทของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2548) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่า พฤติกรรมการบริโภคสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก

**1. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior)** หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่สามารถสังเกตได้ เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ความตั้งใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายในตัวบุคคลที่สังเกตโดยตรงไม่ได้ เมื่อต้องการทราบว่าบุคคลมีการแสดงออกอย่างไร จำเป็นต้องมีเครื่องมือมาช่วย เช่น แบบทดสอบความรู้ แบบวัดความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งวิธีวัดอาจให้บุคคลตอบเอง หรือใช้วิธีการสัมภาษณ์

**2. พฤติกรรมภายนอก (Invert Behavior)** หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคที่บุคคลแสดงออกโดยผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น ประเภทอาหารที่รับประทาน ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ บริโภคอาหารวันละกี่มื้อ เป็นต้น การวัดพฤติกรรมในลักษณะนี้สามารถใช้วิธีการสังเกตได้โดยตรงจากการแสดงออกของพฤติกรรมภายนอกมักจะมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับพฤติกรรมภายใน และการแสดงออกของพฤติกรรมภายนอกจึงมักถูกกำหนดโดยพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกบางอย่างมีการกระทำซ้ำ ๆ จนเกิดเป็นความเคยชินในบางครั้งพฤติกรรมภายใน และภายนอกอาจไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลจึงไม่ได้เป็นเหตุเป็นผลและเป็นความจริงตามความคิดของคนเสมอไป

### 3.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

สิริพันธ์ จุฬรังคะ (2541) กล่าวว่า การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพนั้น เป็นการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ ร่างกายจะเจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่

เหมาะสม ซึ่งได้มีการแบ่งอาหารหลักของคนไทยตามสารอาหาร และลักษณะของอาหารออกเป็น 5 หมู่

นิธิยา รัตนาปนนท์ และวิบูลย์ รัตนาปนนท์ (2556) ได้จำแนกอาหารหลัก 5 หมู่ สำหรับคนไทย ดังนี้

**1. อาหารหมู่ที่ 1** อาหารประเภทเนื้อต่าง ๆ ไข่ ปลา ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ น้านม และผลิตภัณฑ์นม อาหารเหล่านี้เป็นแหล่งสารอาหารประเภทโปรตีน ซึ่งร่างกายจะนำไปใช้สร้างเป็นกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโต สร้างเอนไซม์ สร้างฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันโรค ฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง และช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง แคลเซียมในน้านมและผลิตภัณฑ์ยังช่วยสร้างกระดูกและฟัน

**2. อาหารหมู่ที่ 2** อาหารประเภท ข้าว แป้งน้ำตาล เผือก มัน และผลิตภัณฑ์จากแป้งและน้ำตาล อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งสำคัญของสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีหน้าที่ให้พลังงานและความร้อน เพื่อเสริมสร้างความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายมีพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี

**3. อาหารหมู่ที่ 3** อาหารประเภทผักใบเขียว และพืชผักต่าง ๆ อาหารเหล่านี้เป็นแหล่งของสารอาหารแร่ธาตุต่าง ๆ และวิตามินต่าง ๆ และมีเส้นใยมาก ช่วยเพิ่มเนื้ออุจจาระ และดูดซับของเสียออกจากร่างกายทางอุจจาระ

**4. อาหารหมู่ที่ 4** อาหารประเภทผลไม้ต่าง ๆ อาหารเหล่านี้เป็นแหล่งของสารอาหารคาร์โบไฮเดรต เพราะมีปริมาณสแตร์ชและน้ำตาลมากกว่าผัก จึงให้ได้มากกว่าการรับประทานผัก และยังเป็นแหล่งของแร่ธาตุ วิตามินต่าง ๆ และเส้นใยอาหาร

**5. อาหารหมู่ที่ 5** อาหารประเภทไขมันและน้ามัน เช่นน้ามันหมู กะทิ น้ามันพืชต่าง ๆ อาหารเหล่านี้ เป็นแหล่งของสารอาหาร ไขมันหรือน้ามันซึ่งให้พลังงานสูงกว่าสารอาหารชนิดอื่น

### 3.5 แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

สิริพันธ์ จุฬรังคะ (2541) ได้กล่าวถึงแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพไว้ดังนี้

**2.1 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่** แต่ละหมู่ให้หลากหลายคือ บริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ ให้ได้วันละ 15 - 25 ชนิด และให้มีการหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน เพราะร่างกายต้องการสารอาหารต่าง ๆ กันในปริมาณ และคุณภาพต่างกัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารหลาย ๆ ชนิดครบตามความต้องการ และควรหมั่นดื่มน้าหนักตัว เพราะน้าหนักตัวเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของบุคคลได้ว่าดีหรือไม่ เนื่องจากแต่ละคนต้องมือน้าหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย และได้สัดส่วนกับความสูง ดังนั้น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึง

เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี การไหลเวียนเลือดดี และช่วยให้กลไกการทำงานของร่างกายปกติ

**2.2 รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก** สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงานสารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน ถ้าเป็นไปได้ควรบริโภคข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นข้าวที่ผ่านการขัดสีน้อย ถือว่าเป็นข้าวที่มีประโยชน์มากกว่าข้าวขาว เนื่องจากอุดมไปด้วยวิตามิน แร่ธาตุ ในปริมาณที่สูงกว่า ตลอดจนใยอาหารควบคู่ไปกับการได้แป้ง ควรรับประทานควบคู่ไปกับอาหารประเภทอื่นให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารหลากหลาย อันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ สำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือขนมปัง ก็อาจจะรับประทานเป็นบางมื้อ อาหารธัญพืชเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะให้แป้ง ซึ่งจะถูกล่อยไปใช้เป็นพลังงานวันต่อวัน แต่ถ้าได้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการก็จะถูกเปลี่ยนไปเป็นไขมันได้

**2.3 รับประทานพืชผักให้มาก และรับประทานผลไม้เป็นประจำ** พืชผัก และผลไม้ทั้งสีเขียว และเหลืองนอกจากจะให้ทั้งวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ แล้วยังให้ใยอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายของเสีย หรือสิ่งที่เหลือจากการย่อย และยังช่วยดูดซับสารพิษ และช่วยขับถ่ายคอเลสเตอรอลอีกด้วย นอกจากนี้ ยังให้สิ่งที่ไม่ใช่สารอาหาร เช่น แอนตีออกซิเดนต์ และสารอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ทางสมุนไพร อันจะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล และป้องกันอนุมูลอิสระ ไม่ให้ทำลายเนื้อเยื่อ และผนังเซลล์ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันไม่ให้ไขมันเกาะผนังหลอดเลือด และป้องกันการเกิดมะเร็งอีกด้วย

**2.4 รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ** อาหารที่แนะนำในข้อนี้จะให้โปรตีน ซึ่งมีจุดเน้นคือปลา และอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ขาว และ เต้าหู้เหลือง สำหรับเนื้อสัตว์นั้นรับประทานพอประมาณ และเลือกเฉพาะที่มีไขมันน้อย ๆ ไข่เป็นอาหารที่ดี ควรบริโภคเป็นประจำ เช่น วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 2 ฟอง

**2.5 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย** นมเป็นอาหารที่สามารถรับประทานได้ทุกเพศทุกวัย ประกอบด้วย โปรตีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และแร่ธาตุต่างๆ ซึ่งช่วยให้กระดูก และฟันแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีน้ำตาลแลคโตส และวิตามินต่าง ๆ โดยเฉพาะวิตามินบี 2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำงานได้ตามปกติ ชะลอการเสื่อมของกระดูก และฟัน

**2.6 รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร** ไขมันจากพืช และสัตว์จะให้พลังงานวันต่อวันและพลังงานสะสม ถ้าได้เกินกว่าที่ร่างกายต้องการจะเกิดปัญหาไขมันในเลือดสูง และปัญหาโรคอ้วน ยิ่งถ้าได้รับประทานอาหารที่ไม่สมดุล คือ ขาดพวกพืชผัก ผลไม้ และขาดการออกกำลังกาย จะทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงง่ายขึ้น จนเกิดการแข็งตัว ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความดัน

โลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด อาหารไทยดั้งเดิมมีไขมันไม่มาก เช่น น้ำพริกผักจิ้ม แกงไม่ใส่กะทิ ถือว่าเป็นอาหารที่เสริมสุขภาพ อาหารไทยปัจจุบันมีการทอด และผัดมากมาย ตลอดจนแกงต่าง ๆ ทำให้ปริมาณไขมันมีมาก ดังนั้น จึงควรเลือกรับประทานเป็นครั้งคราวในปริมาณที่ไม่มากนัก เมื่อรับประทานพร้อมข้าวจะทำให้ไขมันที่บริโภคอยู่ในปริมาณพอดี

**2.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด** เช่น หวานจัด และเค็มจัด อาหารพวกหวานจัดที่มีน้ำตาลทรายเป็นองค์ประกอบ เช่น น้ำเชื่อม น้ำอัดลม ขนมหวาน หากรับประทานมาก ๆ เป็นประจำจะเป็นพลังงานส่วนเกิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และร่างกายจะพยายามเปลี่ยนไปเป็นไขมันจึงมีส่วนทำให้ไขมันสูงในเลือดได้ และยิ่งไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดโรคอ้วนได้ในทางปฏิบัติจึงควรเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด ส่วนอาหารที่มีรสเค็มจัดจะให้เกลือโซเดียมคลอไรด์ ซึ่งช่วยให้ดื่มน้ำเข้าสู่หลอดเลือด ถ้ารับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นประจำ จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ อาหารไทยจะให้โซเดียมประมาณวันละ 6 -10 กรัม ซึ่งมากเกินไปอยู่แล้ว ควรพยายามหลีกเลี่ยงการเติมเกลือ หรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงมาแล้ว

**2.8 รับประทานอาหารที่สะอาด** ปราศจากการปนเปื้อนสารเคมี อาหารที่สะอาด ปราศจากเชื้อโรค ทั้งไวรัส แบคทีเรีย และพยาธิ หรือสารตกค้างต่าง ๆ ในทางปฏิบัติจึงควรเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด โดยการเลือกซื้ออาหาร และการล้างที่ถูกต้อง อาหารที่สด และปรุงใหม่ ๆ หรืออาหารที่ร้อน ๆ ซึ่งเชื้อโรคจะถูกทำลายจนหมดไป

**2.9 งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** แอลกอฮอล์เป็นสารที่อาจจะทำให้เสพติดได้ คนที่ติดเหล้าจนเรื้อรัง มักจะมีการขาดวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ และมักจะเป็นโรคตับแข็งควบคู่กันไป และในทางตรงกันข้ามในรายที่ดื่มพร้อมกับแอลกอฮอล์ที่มีไขมัน และโปรตีนสูง จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วนได้ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายสูญเสียการควบคุมโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ขาดสติ เสี่ยงการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานลดลงและทำให้เกิดความประมาท ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้

### 3.6 โภชนาการสำหรับวัยผู้ใหญ่

แสงจันทร์ ทองมาก (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงโภชนาการสำหรับวัยผู้ใหญ่ว่า โภชนาการสำหรับวัยผู้ใหญ่ (Nutrition in Adult) วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เซลล์ในร่างกายมีกระบวนการสร้างและการทำลายเท่ากัน ไม่มีการเจริญเติบโต วัยนี้ถ้าได้พลังงานจากอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกาย จะทำให้สะสมเป็นไขมันตามส่วนต่าง ๆ จะพบว่า วัยผู้ใหญ่ อายุ 40 ปีขึ้นไป จะมีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุขั้นต้นที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นผู้ใหญ่ควรรับประทานอาหารให้สมดุลกับความต้องการของร่างกาย ความต้องการสารอาหารในวัยผู้ใหญ่ (Nutrition Requirements) มีดังนี้

1. **พลังงาน** สำหรับผู้ชายควรมีความต้องการพลังงาน 2,750 กิโลแคลอรีต่อวัน ส่วนผู้หญิงต้องการน้อยกว่าเพราะผู้หญิงมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าและทำกิจกรรมน้อยกว่า พลังงานทั้งหมดนี้ควรมาจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 โปรตีนร้อยละ 15 และไขมันร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด

2. **โปรตีน** ในวัยผู้ใหญ่ความต้องการโปรตีนน้อยกว่าวัยรุ่นคือต้องการ 0.8 กรัม ต่อ กิโลกรัม ต่อวัน โดยที่ผู้ชายผู้หญิงต้องการเท่ากัน หรือวันละ 51 กรัมในเพศชาย และ 44 กรัมในเพศหญิง

3. **วิตามินเกลือแร่** มีความต้องการพอ ๆ กับระยะที่เป็นวัยรุ่น ยกเว้นแคลเซียมและฟอสฟอรัสต้องการน้อยลง จาก 1,200 มิลลิกรัม เหลือ 800 มิลลิกรัม ต่อวัน เนื่องจากไม่มีการสร้างกระดูกเพิ่มขึ้น ส่วนเหล็กความการในชายจะลดลงจาก 15 มก. ต่อวัน เป็น 10 มก.ต่อวัน ในขณะที่ผู้หญิงต้องการเท่าเดิมจนกว่าจะถึงวัยหมดประจำเดือน

4. **น้ำ** ต้องการวันละ 1,500 – 2,000 มล. ต่อวัน สำหรับแนวทางในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ใหญ่ (Guide for Eating) วัยผู้ใหญ่ควรรับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ เช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ และรักษาน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ต่ำมนหรือ นมถั่วเหลืองวันละ 1-2 ถ้วย ตวง อาหารทั้ง 3 มื้อควรประกอบด้วยอาหารดังนี้

1. ข้าวหรือแป้ง½	2	ถ้วยตวง
2. เนื้อสัตว์	3-4	ช้อนโต๊ะ
3. ผักต่าง ๆ	4	ช้อนโต๊ะ
4. น้ำมัน หรือ ไขมัน	1	ช้อนโต๊ะ
5. ผลไม้	1-2	ส่วน

### 3.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ดุชนี สุทปรียาศรี (2542) ได้กล่าวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค มีดังนี้

1. **ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Factor)** ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ของชุมชนจะเป็นตัวกำหนดชนิดอาหารที่สามารถผลิต หรือเข้าถึงแหล่งอาหาร และหาได้ในชุมชนนั้น ซึ่งความแตกต่างของลักษณะทางกายภาพนี้จะมีทั้งลักษณะทางภูมิศาสตร์ และสภาพเศรษฐกิจโดยมีทั้งลักษณะชุมชนแบบเมือง และชนบท หากเป็นแบบชนบทโดยทั่วไปเป็นแบบเครือญาติ สมาชิกจะมีการแบ่งงานกันทำ ซึ่งชุมชนในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยในการทำอะไรก็มักมีการเลียนแบบกัน และไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงอะไรง่าย ๆ ซึ่งโดยทั่วไปสังคมชนบทมักจะเอื้อเพื่อ ส่วนในชุมชนเมืองจะเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว กล่าวคือ ส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับเพื่อนบ้าน เนื่องจากไม่ใช่เครือญาติ มีความสัมพันธ์กันเพียงแค่เพื่อนบ้านเท่านั้น พ่อแม่มีหน้าที่ต้องออกไปทำงานจึงไม่ค่อยมีเวลาทำอาหาร



เอง ลักษณะความเป็นอยู่เป็นไปด้วยความเร่งรีบ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคของคนในท้องถิ่นนั้น ๆ สภาพแวดล้อมจึงสามารถเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหาร และการมีอาหารบริโภค ซึ่งเป็นปัจจัยที่บุคคลคำนึงถึง และใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านการบริโภคอาหาร

**2. ปัจจัยทางชีวสังคม** อันได้แก่ ชนิด และปริมาณของสารอาหารที่ร่างกายแต่ละคนมีความต้องการเหมือนกันหรือต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเพศ วัย สภาพร่างกาย กิจกรรมที่ทำ และสิ่งแวดล้อม

**2.1 เพศ** คือ ตัวที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย และค่านิยมในการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่แล้วเพศชาย มีความต้องการพลังงานมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากพลังงานที่ใช้มากกว่า จึงต้องการพลังงานมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เดียวกันเพศหญิงจะมีความพิถีพิถันในการเลือกอาหารมากกว่า เพราะจะคำนึงถึงรูปร่าง และสัดส่วน

**2.2 อายุ** เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

**2.3 ระดับการศึกษา** เนื่องจากการศึกษาเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีกระบวนการคิดที่สลับซับซ้อนมากขึ้น และความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล การศึกษาช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีโอกาสนในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และเหมาะสม (Pender, 1987 อ้างถึงใน ดุชนิ สุปรียาศรี, 2547)

**2.4 อาชีพ** ความต้องการอาหารขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ใช้แรงมาก หรือน้อยเพียงใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร

#### 4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

##### 4.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

ชัยพร วิชชาวุธ (2530) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลว่า เป็นพฤติกรรมที่ปฏิสัมพันธ์โต้ตอบระหว่างบุคคล มนุษย์จะอยู่ร่วมกันเป็นสังคม การกระทำของมนุษย์แต่ละคนจึงสัมพันธ์กับการกระทำของบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เกิดขึ้นทันที เมื่อการกระทำของคนหนึ่งเกิดผลกระทบต่อผลกรรมที่อีกคนหนึ่งจะได้รับ



ปัลลิตี อุณฺหเลขกะ (2533: 13) กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง กระบวนการติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อทำความรู้จักกัน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันด้วยความเต็มใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน อาศัยซึ่งการแสดงออกทางกาย วาจา และใจในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ไม่จำกัดแน่นอน

สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ การติดต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 2 คนขึ้นไป ซึ่งการกระทำของบุคคลทั้ง 2 จะมีความสัมพันธ์กัน หรือส่งผลกระทบต่อกันนั่นเอง

#### 4.2 ความต้องการพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ซูทซ์ (1960) อ้างถึงใน ชัยพร วิชชาวุธ (2530) กล่าวว่า ความต้องการพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มี 3 ประการ ได้แก่

1. **ความต้องการความเป็นพวกพ้อง (Inclusion)** หมายถึง ความต้องการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับว่าตนเป็นคนในกลุ่มเดียวกัน และต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้เป็นที่ดึงดูดความสนใจ โดยพยายามสร้างชื่อเสียง ทำตนเป็นที่ยอมรับนับถือ และมีเกียรติ เป็นต้น

2. **ความต้องการมีอำนาจควบคุม (Control)** หมายถึง กระบวนการตัดสินใจของบุคคลที่ต้องการมีอิทธิพลและมีอำนาจเหนือผู้อื่น ดังนั้น บุคคลที่ต้องการควบคุมผู้อื่นจะพยายามแสดงความสามารถของตนเองพร้อมกับการแสดงการต่อต้านและปฏิเสธการคุกคาม

3. **ความต้องการความรักใคร่ชอบพอ (Affection)** หมายถึง ความรู้สึกและอารมณ์ส่วนตัวที่เกิดขึ้นระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์โดยจะแสดงออกด้วยความปรารถนาดีความเป็นมิตร การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การสร้างความผูกพันทางอารมณ์

#### 4.3 ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กาญจนา คุณารักษ์ (2527) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า

1. **สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อสัมพันธภาพของกลุ่ม** มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ดังนั้นหากแต่ละคนมีความสมัครสมานสามัคคีกัน รักใคร่กลมเกลียวดีแล้ว กลุ่มย่อมจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลต่อการเพิ่มผลผลิตของกลุ่มด้วย

2. **สัมพันธภาพของบุคคลเพื่อการอยู่ร่วมกัน** มนุษย์ต้องมีความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ด้วย เพราะมนุษย์ไม่สามารถอยู่ได้เพียงลำพัง จะต้องมีพึ่งพาอาศัยกัน

3. **สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการทำงานหรือการสร้างผลผลิต** เนื่องจากมนุษย์จะต้องมีกิจกรรมหรือการทำงานร่วมกัน การดำเนินงานทุกอย่าง นอกจากจะอาศัยกระบวนการ

บริหารที่มีประสิทธิภาพแล้ว สิ่งสำคัญอีกอย่างก็คือ การเข้ากันได้ของผู้ร่วมงาน หรือการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั่นเอง

#### 4.4 กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สมพร สุทัศนีย์ (2544: 118-120) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนี้

(1) **การศึกษาตนเองและผู้อื่น** การศึกษาตนเองทำให้บุคคลรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองทั้งส่วนดีและส่วนบกพร่องของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะการสร้างสัมพันธภาพนั้นต้องเริ่มที่ตนเองก่อน ถ้าบุคคลไม่รู้จักตนเองก็ยากที่จะสร้างสัมพันธภาพให้ได้ดี ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาตนเอง ซึ่งก็มีหลายวิธี เช่น การส่องกระจก การสอบถามบุคคลอื่น ทั้งนี้การศึกษาตนเองต้องทำด้วยความเที่ยงธรรม และต้องใจกว้างที่จะยอมรับความจริง ส่วนการศึกษาผู้อื่น ก็ใช้วิธีเดียวกันคือ การสังเกต ใช้แบบสอบถาม แล้วเปรียบเทียบกับทฤษฎีทางจิตวิทยา ก็จะทำให้รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดีขึ้น

(2) **การแก้ไขปรับปรุงตนเอง** เมื่อทราบส่วนดีและส่วนบกพร่องของตนเองแล้ว ขึ้นต่อไปคือการแก้ไขปรับปรุงตนเอง โดยการวางแผนการปรับปรุงตนเองอย่างมีระบบและอดทน ทั้งนี้การแก้ไขปรับปรุงตนเองต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

(3) **ศึกษาสภาพวัฒนธรรม ประเพณี และสังคม** เมื่อมีความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้แล้วนำไปเป็นองค์ประกอบในการสร้างสัมพันธภาพต่อไป

(4) **ศึกษาหลักการและวิธีการสร้างมนุษยสัมพันธ์** การสร้างมนุษยสัมพันธ์จำเป็นจะต้องยึดหลักวิชาการและหลักการทั่วไปเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งการศึกษานั้นจะต้องให้สอดคล้องกับ ประเพณีวัฒนธรรม การศึกษาหลักและวิธีการสร้างมนุษยสัมพันธ์สามารถทำได้หลายวิธี เช่น ศึกษาจากเอกสาร หนังสือ ตำราต่าง ๆ ประวัติ งานวิจัย เป็นต้น

(5) **นำหลัก และวิธีการสร้างสัมพันธภาพข้างต้นไปใช้ในชีวิตจริง**

#### 4.5 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

เบเออร์ และมาร์แชล (1981) อ้างถึงในชัยพร วิชชาวุธ (2530) ได้กล่าวถึงแนวคิดกับมิติสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการทำงานไว้ด้วย 8 องค์ประกอบดังนี้

1. **ความมั่นใจ และความไว้วางใจ (Confidence and Trust)** หมายถึง การมีความซื่อตรง ฟังพาทอาศัยผู้อื่น ความตรงไปตรงมา การยอมรับให้ความมั่นใจในความสามารถซึ่งกันและกัน ยินดีร่วมงานได้กับเพื่อนร่วมงานทุกคน มีความเชื่อถือให้เกียรติและไว้วางใจเพื่อนร่วมงาน ในการทำงานร่วมกัน และในการเปิดเผยข้อมูลที่จำเป็นและความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเพื่อนร่วมงานทั้งใน

ด้านส่วนตัวและด้านการงานด้วยความเต็มใจ มีความยินดีในการร่วมมือประสานงานระหว่างเพื่อนร่วมงานในวิชาชีพเดียวกัน

**2. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual Help)** เป็นความเห็นใจที่จะแบ่งปันเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แลกเปลี่ยนความรู้แก่กัน เต็มใจช่วยทำงานของเพื่อนร่วมงานให้ดีที่สุดและมีความจริงใจในการช่วยเหลือแบ่งเบาปริมาณงาน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งสมาชิกเก่าและสมาชิกใหม่ ปกป้องสิทธิประโยชน์และช่วยเหลือกันดูแลและปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

**3. การให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Mutual Support)** เป็นความเต็มใจที่จะรับฟังผู้อื่น ให้การยอมรับนับถือยกย่องและให้ข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาทั้งในด้านส่วนตัวและด้านการงาน ส่งเสริมการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงาน รวมถึงเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน การปรับปรุงงานที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างดีที่สุด สนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่อการสร้างสมรรถภาพของเพื่อนร่วมงาน กระตุ้นการแสดงความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานและส่งเสริมความก้าวหน้าในการทำงานของเพื่อนร่วมงาน

**4. ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ (Friendliness and Enjoyment)** หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อนร่วมงานทั้งในด้านส่วนตัวและด้านการงานการแสดงออกซึ่งความอบอุ่นในการทำงานร่วมกัน ทำงานด้วยความรู้สึกสบายใจ มีการผ่อนคลาย และมีการติดต่อกันแบบตัวต่อตัวโดยการที่บุคคลแสดงออกซึ่งความเคารพแก่กัน ให้ความสนใจ และห่วงใยบุคคลอื่น ซึ่งจะมีการแสดงออกโดย มีการร่วมสังสรรค์ทั้งงานภายในองค์กรและภายนอกองค์กร สร้างบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่นมีทัศนคติที่ดีต่อกัน ส่งเสริมขวัญและกำลังใจที่ดีให้แกกันยิ้มแย้ม แจ่มใสเป็นกันเอง มีการไถ่ถามทุกข์สุขของกันและกัน ให้อภัยในความผิดพลาด มีความยินดีต่อเพื่อนร่วมงานเมื่อเพื่อนร่วมงานมีความก้าวหน้าหรือมีความสำเร็จในหน้าที่การงานและเรื่องส่วนตัว

**5. การทำงานกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายความสำเร็จร่วมกัน (Team Efforts Toward Goal Achievement)** เป็นความร่วมมือกันและกระตุ้นส่งเสริมให้มีการร่วมมือกันทำงานร่วมกันภายในกลุ่ม มีการติดต่อประสานงานกัน และกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้อื่นได้ทำงานของตนเองอย่างดีที่สุดและอย่างจริงใจในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งขององค์กร ยอมรับในความแตกต่างของบุคคล ยอมรับมาตรฐานของกลุ่ม ส่งเสริมความก้าวหน้าของงาน ทุกคนที่มีโอกาสใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ มีความต้องการการรวมกลุ่มสูง และมีความรู้สึกว่าการทำงานของกลุ่มงานตนเองมีผลให้เกิดการปฏิบัติงานขององค์กรให้ดีที่สุด มีกำหนดบทบาทของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจนสมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมในการทำ

**6. การริเริ่มสร้างสรรค์ (Creativity)** เป็นความต้องการบรรยากาศซึ่งแสดงออก ถึงการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนและมองเห็นคุณค่าของผลงานของบุคคลอื่น ซึ่งแสดงออกโดยมีการร่วมมือ

ต่อโครงการใหม่ ๆ วิพากษ์วิจารณ์งานอย่างสร้างสรรค์ พยายามปรับปรุงงานอยู่เสมอ จัดการต่อความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ พร้อมทั้งจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานใหม่หากพบวิธีการใหม่และดีกว่าที่เป็นประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพงานให้สำเร็จได้ ชักจูงสมาชิกให้ทุกคน ยอมรับและริเริ่มงานใหม่และสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของงาน

**7. การติดต่อสื่อสารระบบเปิด (Open Communication)** เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระตรงไปตรงมา มีความรู้สึกปลอดภัยในการอภิปรายปัญหาต่อกันในทุกเรื่องอย่างเปิดเผย เอื้อเพื่อข้อมูลสำคัญต่อกัน การยอมรับฟังข้อมูลจากบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ และสามารถจัดการกับข้อขัดแย้งได้อย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา สามารถติดต่อสื่อสารแบบตัวต่อตัว จนเป็นปกติวิสัย ปรึกษาหารือกันอย่างเป็นกันเอง ทุกคนรับทราบข้อมูลอย่างทั่วถึงและตรงกันทุกครั้ง มีการประสานงานที่ดีต่อกันมีการแจ้งข้อมูลต่าง ๆ ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอทั้งข้อมูลที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

**8. ความเป็นอิสระจากการคุกคาม (Freedom from Threat)** หมายถึง ความสามารถในการพิจารณาขอบเขตของหน้าที่ของแต่ละบุคคลที่ทำงานร่วมกันด้วยใจสงบและด้วยความจริงใจปราศจากอคติ นั่นคือ การสร้างความรู้สึกของการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานอย่างจริงจัง โดยปราศจากความรู้สึก สูญเสียความมีคุณค่าของตนเองและสูญเสียการติดต่อระหว่างบุคคลมีความรู้สึกปลอดภัยจากเพื่อนร่วมงาน มีบรรยากาศที่ปราศจากความเครียดและสามารถให้ข้อติเตียนแก่เพื่อนร่วมงานได้อย่างสร้างสรรค์ มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง มีอิสระที่จะรับผิดชอบการทำงานอย่างเท่าเทียมกัน มีความมั่นคงและสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน มีโอกาสเท่าเทียมกันในการพัฒนาตนเอง และมีการได้รับการพิจารณาความดีความชอบโดยอาศัยการพิจารณาจากผลงานเป็นสำคัญ สามารถปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานได้ทุกคนปราศจากการควบคุมกันและกัน มีความรู้สึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความมั่นคงและสม่ำเสมอ

## 5. จิตวิญญาณ

### 5.1 ความหมายของจิตวิญญาณ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

Carson (1989) ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า จิตวิญญาณ หมายถึง การมีคุณค่า มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นการค้นหาความเข้าใจในชีวิตของตนเอง เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ Highfield (1992) กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง พระเจ้า สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน

O'Brien (1999) กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง ความตระหนักถึงความต้องการภายในตนเอง ความรู้สึกต่อสิ่งที่เหนือกว่าธรรมชาติ

ทัศนีย์ ทองประทีป (2545) อ้างถึงใน เกียรติไกร อายุวัฒน์ และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายของคำว่าจิตวิญญาณว่า เป็นการตระหนักถึงคุณค่าของการดำรงชีวิต ความสมดุลในชีวิต และเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีความสุข มีศรัทธา มีความรักความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ตระหนักในคุณค่าของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

จากที่มีผู้ให้ความหมายเบื้องต้น สรุปได้ว่าจิตวิญญาณ หมายถึง เป็นการค้นหาความเข้าใจในชีวิต เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับตนเอง พระเจ้า หรือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ เพื่อการตระหนักถึงคุณค่าในชีวิต ตระหนักคุณค่าของธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม

## 5.2 โครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุนการเรียนรู้ทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย

1. แหล่งความรู้และภูมิปัญญาที่มีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ ตำรา คติชน พิธีกรรมและพิธีการ การใช้อุปมาอุปไมย และระบบสัญลักษณ์ ตลอดจนหลักปฏิบัติที่แฝงอยู่ในขนบธรรมเนียมและประเพณี
2. โครงสร้างพื้นฐานในส่วนที่เป็นสถาบัน ได้แก่ สถานที่ประกอบพิธีกรรม (โบสถ์ วัด มัสยิด) ผู้นำทางจิตวิญญาณ ชุมชนผู้ปฏิบัติธรรม โครงสร้างชีวิตทางสังคมที่ดึงดูดให้คนได้มาพบปะกัน และเครือข่ายการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร
3. โครงสร้างพื้นฐานที่เป็นจัดการเรื่องกาลเทศะ (Temporo-Spatial Organization) คือรูปแบบการจัดระบบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับ “กาล” (เวลา) และ “เทศะ” (สถานที่) เช่น
  - 3.1 การจัดเวลาสำหรับการทำพิธีกรรมในรอบปีเพื่อชักนำให้คนเข้าใจโลก ศาสนา ไม่ว่าจะเป็นการสืบเนื่องมาแต่โบราณหรือเป็นการคิดสร้างสรรค์ขึ้นใหม่
  - 3.2 การจัดเวลาสำหรับพิธีกรรมส่วนบุคคลที่แฝงไว้ด้วยหลักธรรม ตั้งแต่เกิดจนตาย
  - 3.3 การจัดสรรพื้นที่สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตวิญญาณ อันมีลักษณะที่มีความสอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันส่วนบุคคล
  - 3.4 การจัดสรรพื้นที่ที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพทางจิตวิญญาณแบบเป็นหมู่คณะ

## 5.3 องค์ประกอบในการดำรงอยู่ของสุขภาพทางจิตวิญญาณ

สโตน (Stoll, 1989) มีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตวิญญาณว่า บุคคลดำรงชีวิตอยู่ด้วยความเชื่อมโยงกับตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งที่ศรัทธาด้วยความรัก ความไว้วางใจ และการ



ให้อภัย เพื่อให้คงไว้ซึ่งสภาวะอันดีงามอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้กระตุ้นให้บุคคลนั้นมีเป้าหมายในชีวิต มีค่านิยม และมีแรงบันดาลใจ

Carson (1989) กล่าวว่า การมีความหวัง เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ของแต่ละบุคคล มีความเชื่อว่า หากความหวังนั้นประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ก็จะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

Highfield (1992) กล่าวว่า การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นการค้นหาความหมายของชีวิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง สิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตที่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

สรุปได้ว่า องค์ประกอบทางจิตวิญญาณ ต้องมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งที่ศรัทธาภายใต้ความหวัง และเป้าหมายในชีวิต จึงจะทำให้ทุกอย่าง ประสบผลตามที่คาดหวังไว้ในชีวิต

#### 5.4 แนวทางดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

สโตร์ (Stoll, 1989) ได้เสนอแนวคิด เกี่ยวกับการดูแลจิตวิญญาณว่า เราสามารถนำองค์ประกอบในการดำรงสภาวะทางจิตวิญญาณเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ โดยกำหนดแนวทางในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพใน 4 มิติ ได้แก่ ตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งศรัทธาว่า สามารถทำได้โดยการส่งเสริมการพัฒนาความสัมพันธ์ในด้านบวกโดยในแต่ละมิติจะเสริมกันในแต่ละมิติในทางที่ดีขึ้น ความสัมพันธ์ในแต่ละมิติการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการส่งเสริมซึ่งกันและกัน

### 6. การจัดการความเครียด

#### 6.1 ความหมายของความเครียด

สุพานี สฤกษ์วานิช (2552) กล่าวว่า ความเครียด คือ สภาวะความกดดัน อันเนื่องมาจากการที่คนเรามีปัญหา มีความกังวล ไม่สบายใจ ไม่พึงพอใจ หรือมีความต้องการแต่มีข้อจำกัด ข้อขัดข้อง และหรืออยู่ภายใต้สภาวะแห่งความไม่แน่นอน สภาวะที่ไม่ชัดเจนจึงเกิดความเครียดขึ้น

พัชรินทร์ ศิลป์สง (2547) กล่าวว่า ความเครียดในการปฏิบัติงาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจต้องเผชิญต่อสิ่งต่าง ๆ ที่มาคุกคาม ทำให้ร่างกายและจิตใจเสียดุลยภาพ มีผลต่อจิตใจ ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการทำงาน และเป็นผลต่อสภาวะร่างกายจิตใจ

นิภาภรณ์ บุญยประวิตร (2541) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทางลบของร่างกายที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อบุคคล หรือเหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่



อาจจะแสดงออกมาในรูปแบบเดียวหรือหลายรูปแบบ ทั้งในด้านอารมณ์ พฤติกรรมปฏิกิริยาและอาการเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า ความเครียดคือ การที่มีบางสิ่งที่เป็นภัยคุกคาม ทำให้ร่างกายและจิตใจเสียสมดุล ส่งผลทำให้เกิดความไม่สบายใจ จนทำให้เกิดความเจ็บป่วย และเกิดโรคต่าง ได้

## 6.2 ชนิดของความเครียด

สุพานี สฤษณ์วานิช (2552) ได้แบ่งชนิดของความเครียดออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. **Eustress หรือ Constructive Stress** จะเกิดขึ้นเมื่อคนเรามีความเครียดที่อยู่ในระดับที่ไม่มากจนเกินไป มีความเครียดเล็กน้อยจะทำให้เกิดผลในเชิงบวก คือ มีพลังเกิดความกระตือรือร้น กระฉับกระเฉง และมีความขยันขันแข็ง นักกีฬา นักธุรกิจ รวมทั้งนักเรียนควรมี Eustress จะได้ตั้งใจอ่านหนังสือ ตั้งใจทบทวนความรู้ เป็นต้น เพื่อช่วยให้มีความกระตือรือร้นที่จะทำงานให้ดีที่สุด

2. **Distress หรือ Destructive Stress** เป็นความเครียดที่มีมากจนเกินไปซึ่งส่งผลลบต่อบุคคลนั้น ๆ เช่น ทำให้ความดันขึ้นสูง ปวดศีรษะมาก มึน หมดพลัง และมีปัญหาในทางพฤติกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น

หรืออาจแบ่งความเครียดออกตามเวลาที่เกิด คือ

1. **Acute Stress** เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และร่างกายก็ตอบสนองต่อความเครียดนั้นทันทีเหมือนกันโดยการหลั่งฮอร์โมนความเครียดออกมา เมื่อความเครียดหายไปร่างกายก็จะกลับสู่ภาวะปกติ ภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ความกลัว ความเหงาหรือสถานการณ์เร่งด่วน เป็นต้น

2. **Chronic Stress** เป็นความเครียดเรื้อรัง เนื่องจากเกิดการสะสมเป็นระยะเวลานาน โดยร่างกายไม่สามารถตอบสนองหรือจัดการต่อความเครียดนั้นได้ ตัวอย่างของความเครียดเรื้อรัง ได้แก่ความเครียดจากการทำงานไม่สมบูรณ์สักทีตามสายตาของหัวหน้า หรือความเครียดที่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานที่ยังแก้ไขไม่ได้ เป็นต้น

สุพานี สฤษณ์วานิช (2552) กล่าวว่า สาเหตุที่อาจทำให้เกิดความเครียดจะมีได้หลายอย่าง และอาจเกิดพร้อมกันไปได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. **ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก** ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกมีความสลับซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว คาดหมายได้ยาก และส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของเราทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนี้

1.1 **สภาพเศรษฐกิจ** สภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ตกต่ำ ฝืดเคือง มีผลกระทบต่อ การจ้างงาน กำลังซื้อของผู้คนและต้นทุนของธุรกิจ แต่ละธุรกิจต่างก็มีการปิดโรงงาน เลิกจ้างทำให้

เกิดการว่างงาน หรือ ลดกำลังคน หรือลดค่าตอบแทนบุคคล และสวัสดิการต่าง ๆ ลงจนทำให้คนเกิดความเครียด มีการฆ่าตัวตาย หรือกระโดดตึกอยู่เนื่อง ๆ

1.2 เทคโนโลยี หรือวิทยาการความก้าวหน้าของวิทยาการ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น ทำให้ชีวิตสะดวกขึ้น การทำงานง่ายลง แต่ก็มาทดแทนแรงงาน หรือใช้คนทำงานลดลง หรือ ผู้ที่ปรับตัวตามวิทยาการใหม่ ๆ ไม่ได้ หรือได้รับผลกระทบในทางลบก็จะเกิดความเครียด

1.3 กฎหมายและการเมืองข้อกำหนดต่าง ๆ ของกฎหมาย เช่น กฎหมายเลือกตั้ง กฎหมายภาษีอากร กฎหมายผังเมือง กฎหมายจัดระเบียบสังคม กฎหมายจัดระเบียบจราจร ล้วนแต่กระทบต่อกิจกรรม และวิถีชีวิตของคนในสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งเป็นโอกาสและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต

1.4 กระแสโลกาภิวัตน์ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโลกนี้จะส่งผลกระทบต่อถึงกันหมด เช่น กรณีสงครามอิสราเอลกับปาเลสไตน์ สงครามอินเดียกับปากีสถาน หรือกรณีอิรักกับสหรัฐอเมริกาทำให้โลกเกิดความไม่สงบ เกิดความไร้เสถียรภาพ

1.5 ปัญหาสังคมในเรื่องต่าง ๆ ขณะนี้สังคมมีความเสื่อมโทรมลง มีปัญหาสังคมเกิดขึ้นในหลายรูปแบบ เช่น ปัญหายาเสพติด ยาบ้า ปัญหาศีลธรรม วัฒนธรรม ประเพณีที่เสื่อมทรามลง ปัญหาการจราจรติดขัดเป็นต้น ปัญหาเหล่านี้จะทำให้คนเกิดความเครียดได้

## 2. ปัจจัยในระดับองค์การ จะได้แก่

2.1 ปัจจัยในเรื่องงาน (Job) งานอาจก่อให้เกิดความเครียดได้หลายลักษณะ เช่น

2.1.1 เป้าหมายงานไม่ชัดเจน หรือข้อมูลต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน

2.1.2 ภาระงาน (Workload) เช่น

2.1.2.1 งานมาก และ/หรืองานเร่งด่วน

2.1.2.2 งานซับซ้อน และยุ่งยาก

2.1.2.3 ภาระงานน้อย งานไม่ค่อยมีคุณค่า ไม่มีความหมาย

2.1.3 สภาพหรือเงื่อนไขของทำงาน (Job Conditions) ลักษณะงานบางอย่างที่ทำให้ต้องกังวล เช่น งานรักษาพยาบาล หรือลักษณะงานที่ไม่ท้าทาย จำเจ น่าเบื่อ เช่น งานของบุคคลเก็บค่าผ่านทาง งานของบุคคลกดลิฟต์ หรืองานที่ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับคน เช่น บุคคลคอมพิวเตอร์ ซึ่งการทำงานประเภทนี้นาน ๆ จะมีผลต่อสุขภาพจิต

2.1.4 การไม่สามารถควบคุมในงานนั้น ๆ จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเครียด  
ได้

2.1.5 การเปลี่ยนแปลงในงาน และหรือเทคโนโลยีของงาน ก็จะทำให้  
เกิดความเครียดได้ถ้าผู้ปฏิบัติไม่สามารถปรับตัวได้

2.1.6 โอกาสก้าวหน้าในสายงานมีจำกัด

2.1.7 งานไม่มีความมั่นคง เช่น งานก่อสร้าง งานกรรมการ งาน

ลูกจ้างชั่วคราว เป็นต้น

2.2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ (Role) หลาย ๆ องค์กรไม่มีคำบรรยาย  
ลักษณะงานที่ชัดเจน เป็นทางการ จึงทำให้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบไม่ชัดเจน คลุมเครือ  
(Role Ambiguity) หรือกรณีที่คน ๆ นั้นมีหน้าที่งานหลายอย่าง จึงมีหลายบทบาทที่ต้องแสดงออก  
และบางครั้งบทบาทเหล่านั้นมีความขัดแย้งกันด้วย (Role Conflict) คนผู้นั้นจึงเกิดความเครียดได้

2.3 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในการทำงานคนก็มักจะไม่ได้ทำงานคนเดียว  
มักจะต้องมีเพื่อนร่วมงานในแผนกเดียวกัน และนอกแผนกด้วย เพราะเป็นธรรมชาติของคนที่เป็นสัตว์  
สังคม ถ้ามีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน คน ๆ นั้นก็จะมีความสุข มีแรงจูงใจ และความพอใจในงาน แต่ถ้า  
มีความสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน มีปัญหา มีความไม่เข้าใจกัน มีความขัดแย้งกัน คนเหล่านั้นก็มักจะมี  
ความเครียด เพราะไม่อยากเจอกัน และไม่อยากทำงานร่วมกัน

2.4 โครงสร้างองค์กร กฎระเบียบและนโยบายต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม

2.4.1 โครงสร้าง เช่น มีการรวมอำนาจมาก หรือมีหน่วยงานมากซ้ำซ้อนกัน  
ทำให้การทำงานต้องล่าช้า หรือยุ่งยาก โดยไม่จำเป็น

2.4.2 กฎระเบียบ เช่น ราชการมีกฎระเบียบมาก และเป็นกฎระเบียบที่มี  
ความล้าสมัยทำให้เกิดขั้นตอนมาก งานล่าช้าโดยไม่จำเป็น และเป็นกรอบจำกัดการทำงานทำให้ขาด  
อิสระและไม่เกิดความคิดสร้างสรรค์

2.4.3 นโยบาย นโยบายต่าง ๆ ไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นธรรม เช่น การเลื่อน  
ขั้นเลื่อนตำแหน่งงาน การโยกย้าย การขึ้นค่าตอบแทน

2.5 ปัญหาด้านผู้นำหลาย ๆ กรณีความเครียดของบุคคลจะเกิดจากการที่มีการทำ  
ตัวไม่เหมาะสมที่จะเป็นผู้นำคือเป็นผู้นำที่ไม่เป็นกลาง เล่นพรรคเล่นพวก หรือเป็นผู้นำที่ไม่เก่ง ไม่มี  
วิสัยทัศน์ หรือไม่ทำตนเป็นแบบอย่างที่น่ายกย่อง ไม่น่าศรัทธา

### 3. ปัจจัยระดับบุคคล จะได้แก่

3.1 ปัญหาทางด้านจิตใจ คนบางคนมีความต้องการต่าง ๆ เกิดขึ้นในใจ และกลัวว่าจะ  
ไม่ได้ดังที่ต้องการ จะทำให้คนคนนั้นเกิดความเครียด เช่น กลัวสอบไม่ผ่าน กลัวทำงานที่มอบหมายไม่

สำเร็จ หรือปมด้อยที่เกิดขึ้นในใจ เช่น ไม่สวยอย่างคนอื่น ไม่รวยเท่าคนอื่น เป็นต้น ความเครียดนี้เป็นผลโดยตรงของการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม

3.2 การเปลี่ยนแปลงในชีวิตการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อาจทำให้คนเราเกิดความเครียดได้ เช่น เมื่อต้องเข้าโรงเรียนใหม่ เข้าทำงานใหม่ เมื่อต้องเปลี่ยนงาน ย้ายงาน ย้ายบ้าน เมื่อต้องแต่งงาน ความตายของคนที่รัก เป็นต้น

3.3 ความแตกต่างด้านเพศ ผู้ชายจะมีฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าผู้หญิง ผู้หญิงจึงมีอายุยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยถึง 10 ปี

3.4 ปัญหาส่วนบุคคลเช่น มีปัญหาสุขภาพ มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาเกี่ยวกับแฟน เช่น ทะเลาะเบาะแว้งกัน หรือปัญหาทางการเรียน หรือปัญหาความผิดหวังบางอย่างในชีวิต เป็นต้น

3.5 ปัญหาครอบครัว มีปัญหาเรื่องลูก เรื่องสามีหรือภรรยา เช่น ความไม่เข้าใจกัน การหย่าร้าง การตายจากกัน หรือปัญหาอันเนื่องมาจากคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีปัญหา เป็นต้น

3.6 ปัญหาทางการเงิน เช่น มีรายได้น้อย หรือมีรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่ายหรือมีภาระหนี้สินมาก เป็นต้น

(Ellis, 1962) อ้างถึงใน วิมลรัตน์ จันทวงษ์ (2553) กล่าวว่า ความกระวนกระวายใจจะเกิดจากความต้องการหรือความเชื่อที่เป็นไปไม่ได้

1. ความปรารถนาที่จะปฏิบัติงานเต็มประสิทธิภาพตลอดเวลา
2. ความเชื่อที่ว่าปัจจัยภายนอกจะมากกระทบ ทำให้เกิดปัญหา
3. ความปรารถนาที่จะควบคุมบุคคลและสถานการณ์ให้อยู่ในสภาวะปกติ
4. ความเชื่อที่ว่าประสบการณ์เลวร้ายในอดีตจะเป็นบทเรียนสำหรับการดำเนินงานในอนาคต

5. ความปรารถนาที่จะถูกชอบ ถูกรัก หรือถูกชื่นชมจากเพื่อนร่วมงานและลูกน้อง

6. ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับที่ทำงาน (Home-work Interface) คือ คนที่ไม่ประสบความสำเร็จในที่ทำงานมักจะไม่มีความสุขในการดำรงชีวิตและครอบครัวด้วย คนที่ทำงานมากหรือใช้เวลาในที่ทำงานมากเกินไป หรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะเกิดความเครียดได้เพราะมีเวลาให้ครอบครัวไม่เพียงพอ ดังนั้นความสมดุลระหว่างบ้านกับที่ทำงานเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการแบ่งเวลาให้สัมพันธ์กันระหว่างบ้านกับที่ทำงาน

7. ความไม่มั่นคง หรือไม่ปลอดภัยในการทำงาน (Job Insecurity) คือ ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เช่น การจ้างงานบุคคลโดยการใช้ระบบทำสัญญาในระยะสั้น ๆ ส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดจากความไม่มั่นคงในการทำงาน รวมทั้งความเครียดที่เกิดจากการทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ นอกจากนี้บุคคลส่วนใหญ่ทำงานในสิ่งที่ดีกว่า สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลส่วนใหญ่รู้สึกว่

มันมีความเสี่ยงมากในการย้ายงานใหม่นอกเหนือจากการได้เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งงาน ไปทำงานในที่ที่ดีกว่า

8. การบริหารจัดการในที่ทำงาน (Management Issues) การบริหาร หรือการจัดการ ต้องมีความชัดเจน การให้รางวัล เลื่อนขั้น ปริมาณงาน เป้าหมาย ของบริษัท ถ้าการบริหารไม่ดีก็เกิดความเครียดได้ ดังนั้นควรให้ลูกน้องทำงานเหมือนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

Lock (1976) อ้างถึงใน วิมลรัตน์ จันทวงษ์ (2553) ได้การกำหนด 6 สภาวะที่จะนำไปสู่ความพอใจของบุคคล

1. งานที่ได้รับมอบหมายจะต้องท้าทายความสามารถ
2. งานที่ได้รับมอบหมาย อาจต้องใช้ความสามารถหรือใช้แรงงาน แต่จะต้องไม่เหน็ดเหนื่อยและไม่หนักจนเกินไป

3. การให้รางวัลจะต้องยุติธรรม และมีความสัมพันธ์กับผลงานที่ทำ

4. สภาพแวดล้อมในการทำงานต้องส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลบรรลุเป้าหมายได้

5. งานควรจะทำให้คนรู้สึกมีความกระตือรือร้น และกระตุ้นให้เกิดการทำงาน

6. หัวหน้าควรให้การช่วยเหลือลูกน้องให้ทำงานบรรลุเป้าหมาย

ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่งไปความไม่พอใจในการทำงานอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์

### 6.3 ระดับของความเครียด

ดาวคินส์ และเซลเซอร์ (Dawkins & Seltzer, 1985) อ้างถึงใน วิมลรัตน์ จันทวงษ์ (2553) ได้แบ่งระดับความเครียดในงานออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. **ระดับต่ำ (Mild Stress)** เป็นความเครียดที่เกิดจากสาเหตุ หรือสถานการณ์ในการทำงานที่เข้ามาคุกคามบุคคลนาน ๆ ครั้ง หรือเพียงเล็กน้อย ความรู้สึกเครียดจะเกิดขึ้น และหมดไปในระยะเวลาอันสั้น และยังช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวและกระตือรือร้นในการทำงาน

2. **ระดับปานกลาง (Moderate Stress)** เป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าระดับแรก เกิดจากสาเหตุ หรือสถานการณ์ในการทำงานที่เข้ามาคุกคามบุคคลบ่อยครั้ง หรือนานขึ้น จะกลายเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าอยู่ในระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว อาจแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว มีผลทำให้มีการแสดงออกของความเครียด เช่น ปฏิเสธ ก้าวร้าวเงี้ยวขี้มึน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

3. **ระดับสูง (Severe Stress)** เป็นความเครียดที่รุนแรงมากเกิดจากสาเหตุ หรือสถานการณ์ในการทำงานที่รุนแรง หรือมีหลายสาเหตุร่วมกันเข้ามาคุกคามอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึก

เครียดจะคงอยู่นานเป็นสัปดาห์ เดือนหรือเป็นปีเป็นผลมาจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย และปรับตัวไม่ได้ตามมา

สุจิต สุวรรณชีพ (2532) อ้างถึงใน วิมลรัตน์ จันทพงษ์ (2553) กล่าวว่า ระดับของความเครียดจะมากน้อยเพียงใดอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. ความรุนแรงของความกดดัน หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสูญเสียที่ร้ายแรง
2. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ที่รู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง มั่นใจในตนเองกล้าได้กล้าเสีย รู้จักมองการณ์ไกล ยืดหยุ่นได้ มีอารมณ์ขัน ฯลฯ จะมีความเครียดไม่มากนัก
3. ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา และความสามารถในการแก้ปัญหา
4. การประเมินความสำคัญของปัญหา ถึงแม้จะเป็นเรื่องรุนแรง แต่คิดว่าความสำคัญต่องานไม่มากนัก หรือมีเจตคติในลักษณะที่มองเห็นปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนเอง ระดับความเครียดก็จะไม่สูง
5. ความช่วยเหลือจากภายนอก หากผู้สีกว่าจะมีภัยก็จะได้รับความช่วยเหลือ ผลกระทบของความเครียดผลกระทบของความเครียดมีหลายอย่าง ซึ่งอาจเกิดพร้อมๆ กันได้ แต่ก็สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ (สุพานี สฤษฏ์วานิช 2552)

1. ผลทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Symptoms หรือ Emotional Exhaustion) ผลของความเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น เกิดความวิตกกังวลใจ ไม่มีสมาธิ หลงลืม หรืออาจทำให้พอใจในงานลดลง เบื่องาน เป็นต้น

2. ผลทางด้านร่างกาย (Physiological Symptoms) มักจะทำให้เกิดโรคต่างๆ ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่าเป็น Functional Disease เพราะว่ามันเป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคเช่น เวลาเครียดแล้ว เราจะเกิดอาการนอนไม่หลับ ปวดหัว ไมเกรน มีนหัว ตื้อคิดอะไรไม่ออก ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นโรคกระเพาะ ความดันขึ้นสูง หัวใจสั่น และอาจเป็นโรคหัวใจตามมา

3. ผลทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Symptoms) ผลทางด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีมากมายซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากผลทางจิตใจและร่างกาย เช่น อาจทำให้คนมีการทำร้ายตนเอง เช่นกรีดแขน มีการติดยา (ยานอนหลับ ยาแก้เครียด ยาเสพติด เช่น ยาอี) ติดเหล้า ติดบุหรี่

3.1 พฤติกรรมเชิงก้าวร้าว เช่น เสียงดัง ไม่เก็บอารมณ์ ขี้โมโห โวยวาย และมีพฤติกรรมสร้างปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง งานผิดพลาดเสียหายล่าช้า ผลผลิตต่ำลง

3.3 มีการหยุดงาน ขาดงานสูง

3.4 และในที่สุดก็จะหยุดงานถาวร คือต้องลาออกไป หรือถูกให้ออกไป



#### 4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

##### ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006: 1 – 12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อยู่ ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancy) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Expectancy) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม แบบจำลองนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

##### รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ฉบับปรับปรุง 2006

ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกัน สุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ดังนี้

##### 1. ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

1. บุคคลแสวงหาภาวะการมีชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

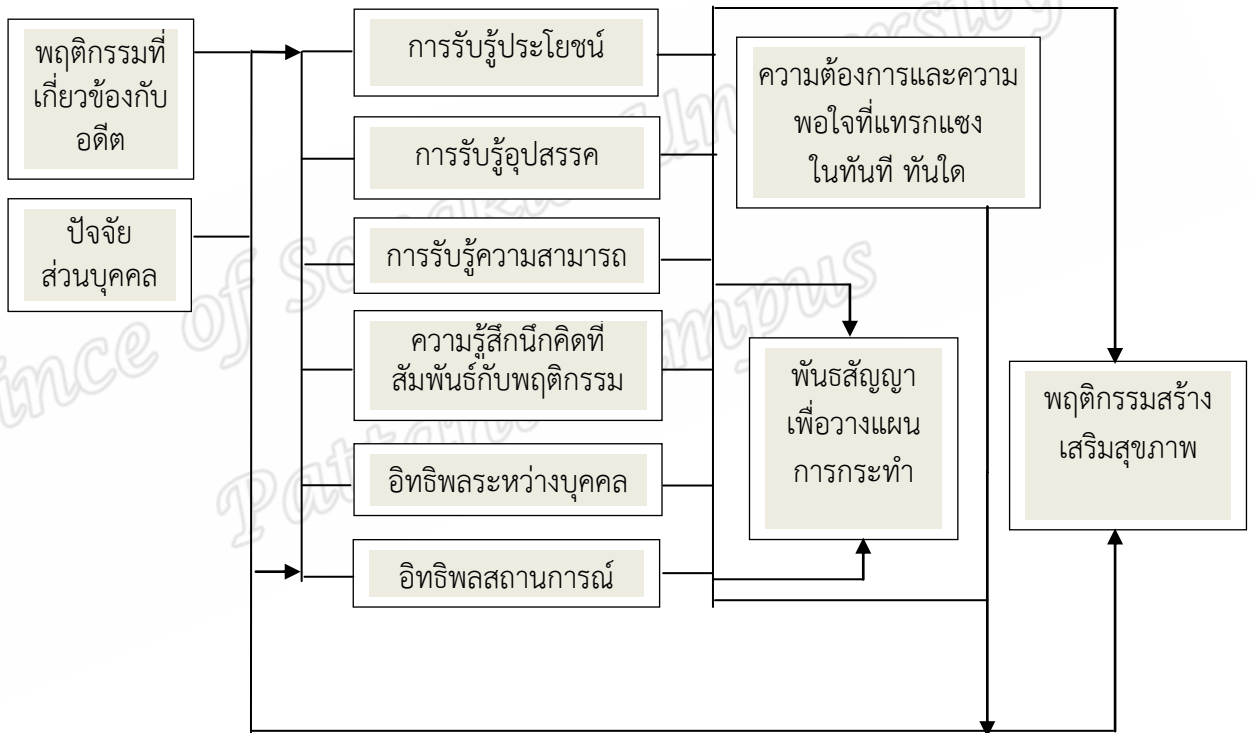
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

## 2. มโนทัศน์ของแบบจำลอง

ประสบการณ์ และลักษณะส่วนบุคคล      ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิด ต่อพฤติกรรมเฉพาะ      ผลที่เกิดจากพฤติกรรม



ภาพประกอบที่ 2

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 1996)

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

## 1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอโมเดลที่ซับซ้อน คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีโมเดลทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

### 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior)

ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนสอดคล้องกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit Formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

### 1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง
3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

## 2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific Cognition and Affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

### 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวังหรือการให้คุณค่า (Expectancy-value Theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ได้รับมาในอดีต ซึ่งพบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น

ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อย่ำ ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

**2.2 การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers to Action)** การรับรู้อุปสรรคสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวาง กีดกีดที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่ำลง ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

**2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self- efficacy)** หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคสร้างเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคสร้างเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

**2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity - related Affect)** หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใด ๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity - related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self- related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context- related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้

**2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)** หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายความว่ารวมถึงบรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

**2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)** หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

**3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome)** การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

### 3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions)

เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### 3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### 3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคือผลลัพธ์สุดท้ายจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือ การปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

#### รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

Pender (1987) อ้างถึงใน อัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมหิงสา (2556) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างแบบประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัย โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self Care)
- 2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices)
- 3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational Activity)
- 4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns)
- 5) การจัดการความเครียด (Stress Management)
- 6) การตระหนักและความภูมิใจในควมมีคุณค่าของตน (Self-Actualization)
- 7) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose)



- 8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others)
- 9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental Control)
- 10) การใช้ระบบบริการสุขภาพ (Use of Health Care System)

Walker, Sechrist and Pender (1995) อ้างถึงใน สุภร กรุตนารถ (2549) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล โดยระบุว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดนี้ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Pender (1996: 66- 73) ดังนี้

### การวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับการวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้นำการประเมิน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) มาดัดแปลงใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้านดังนี้

- 1) **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)** เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดี ของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- 2) **กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical Activity)** เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคลรวมทั้ง การคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 3) **ด้านโภชนาการ (Nutrition)** การรู้คุณค่าของสารอาหารที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ซึ่งจะมีผลต่อความต้องการของร่างกาย รวมถึงการรับประทานอาหารที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ
- 4) **สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น (Interpersonal Relation)** เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้
- 5) **การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)** เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

6) การจัดการความเครียด (Stress Management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

#### 4. บริบทจังหวัดปัตตานีภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

##### 4.1 ที่ตั้งและอาณาเขต

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา ตั้งอยู่ตอนล่างของประเทศอยู่ระหว่างเส้นรุ้งที่ 5 องศา 30 ลิปดาเหนือ ถึง 8 องศาเหนือ และเส้นแวงที่ 99 องศาตะวันออก ถึง 105 องศา 15 ลิปดาตะวันออก ห่างจากกรุงเทพฯ โดยทางรถไฟ ประมาณ 937 กิโลเมตร โดยทางรถยนต์ 1,200 กิโลเมตร ทางทะเล 725 กิโลเมตร ติดต่อทะเลอ่าวไทย ด้านทิศตะวันออก ระยะทาง 330 กิโลเมตร ติดต่อทะเลอันดามัน ด้านทิศตะวันตก ระยะทาง 144.3 กิโลเมตร ส่วนด้านทิศใต้ติดต่อประเทศมาเลเซียระยะทาง 500 กิโลเมตร มีเนื้อที่รวมประมาณ 21,231 ตารางกิโลเมตร หรือ 13 ล้านไร่ จังหวัดยะลามีพื้นที่มากที่สุดและจังหวัดปัตตานีมีพื้นที่น้อยที่สุด (ภาพประกอบที่ 3)



ภาพประกอบที่ 3 แสดงพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส  
ตารางที่ 1 แสดงทิศทางอาณาเขตติดต่อประเทศเพื่อนบ้าน

กลุ่มจังหวัด	ทิศเหนือ	ทิศใต้	ทิศตะวันออก	ทิศตะวันตก
นราธิวาส	จ. ปัตตานี, อ่าวไทย	อ่าวไทย และ ประเทศมาเลเซีย	ประเทศมาเลเซีย	จ. ยะลา
ปัตตานี	อ่าวไทย	อ.เมือง อ.รามัน จ.ยะลา อ. บาเจาะ จ. นราธิวาส	อ่าวไทย	อ.เทพา และ อ.สะบ้าย้อย สงขลา
ยะลา	อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลาและ อำเภอโคกโพธิ์	รัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซีย	อ.บาเจาะ อ.รีอ เสาะ จ.นราธิวาส และรัฐเปอร์ลิส	จังหวัดสงขลา และรัฐเคดาห์ ประเทศมาเลเซีย

	จังหวัดปัตตานี		ประเทศมาเลเซีย	
--	----------------	--	----------------	--

#### 4.2 ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศของกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดนแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ประกอบด้วย พื้นที่ราบชายฝั่งทะเล พื้นที่ราบลุ่ม และพื้นที่ภูเขา โดยมีรายละเอียดดังนี้

**จังหวัดนราธิวาส** สภาพภูมิประเทศเป็นป่าและภูเขาประมาณ 2 ใน 3 ของพื้นที่ทั้งหมด มีภูเขาหนาแน่นแถบทิศตะวันตกเฉียงใต้จดเทือกเขาสันกาลาศีรี ซึ่งเป็นแนวกันพรหมแดนไทย - มาเลเซีย ลักษณะของพื้นที่ที่มีความลาดเอียงจากทิศตะวันตก ไปสู่ทิศตะวันออก พื้นที่ราบส่วนใหญ่อยู่บริเวณติดกับอ่าวไทยและ ที่ราบลุ่มบริเวณแม่น้ำ 4 สายคือ แม่น้ำสายบุรี แม่น้ำบางนรา แม่น้ำตากใบ และแม่น้ำโก - ลก มีพื้นที่พรุจำนวนประมาณ 361,860 ไร่

**จังหวัดปัตตานี** สภาพภูมิประเทศ ประกอบด้วย พื้นที่ราบชายฝั่งทะเล ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ ประมาณ 1 ใน 3 ของพื้นที่จังหวัด ได้แก่ทางตอนเหนือและทางตะวันออกของจังหวัด มีหาดทรายยาว และเป็น ที่ราบชายฝั่งกว้างประมาณ 10 - 30 กิโลเมตร พื้นที่ราบลุ่ม บริเวณตอนกลางและตอนใต้ของจังหวัด มีแม่น้ำปัตตานีไหลผ่านที่ดินมีความเหมาะสมในการเกษตรกรรม และพื้นที่ภูเขา ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนน้อยอยู่ทางตอนใต้ของ อำเภอกอโคกโพธิ์ อำเภอกะพ้อ และทางตะวันออกของ อำเภอสายบุรี

**จังหวัดยะลา** สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปของจังหวัดยะลา มีลักษณะเป็นภูเขา เนินเขา และหุบเขา ตั้งแต่ตอนกลางจนถึงใต้สุดของจังหวัด มีที่ราบบางส่วนทางตอนเหนือของจังหวัด ได้แก่ บริเวณที่ราบแม่น้ำปัตตานี และแม่น้ำสายบุรีไหลผ่าน อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลางถึงสูงมาก โดยเฉลี่ยระหว่าง 100 - 200 เมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ปกคลุมด้วยป่าดงดิบ และสวนยางพารา มีเทือกเขาที่สำคัญอยู่ 2 เทือกเขา คือ เทือกเขาสันกาลาศีรี เริ่มจากอำเภอบางเตย เป็นแนวยาวกันพรหมแดนระหว่างประเทศไทย กับประเทศมาเลเซียและเทือกเขาปิไล ซึ่งเป็นเทือกเขาอยู่ภายในจังหวัด ในเขตตำบลบุตี บันนังสาแรงของอำเภอมือเืองยะลา กิ่งอำเภอรังปิ้ง และอำเภอรามัน

#### 4.3 สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ความรุนแรงและความขัดแย้งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงดำรงอยู่ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากปัจจัยแห่งความแตกต่างโดยเฉพาะในการเมืองแห่งอัตลักษณ์ในลักษณะที่บางอัตลักษณ์อ้างอำนาจเหนืออัตลักษณ์อื่น ทั้งในเชิงเชื้อชาติ ศาสนา หรือภาษา แม้ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้พยายามปรับเปลี่ยนโครงสร้างในทางการเมืองและโครงสร้างชนชั้นนำสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ไปเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในแง่การปกครอง ระบบการศึกษาในแบบศาสนาอิสลาม และระบบกฎหมายโดยเปลี่ยนให้มีลักษณะแบบโลกนิยม ความทันสมัยและเน้นความเป็นไทยมาก

ยิ่งขึ้น แต่ความรุนแรงที่ยืดเยื้อก็ยังคงดำรงอยู่ ในครั้งนี้ก็เป็นกรวนกลับคืนมาของการต่อสู้เพื่อแบ่งแยกดินแดนตั้งแต่ยุคทศวรรษที่ 1960 และ 1970 ในทางวิชาการ ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่ากลุ่มเคลื่อนไหวในปัจจุบันได้มีความเชื่อมโยงกับกลุ่มก่อความไม่สงบในอดีตมากน้อยเพียงใด แต่ความขัดแย้งก็มีความสอดคล้องคลึงกันเป็นอย่างมาก กล่าวคือเป็นการปะทะกันระหว่างรัฐที่รวมศูนย์อำนาจกับขบวนการต่อต้านซึ่งเป็นตัวแทนผลประโยชน์และความทุกข์ยากของชนกลุ่มน้อยด้านชาติพันธุ์มลายูในพื้นที่ จนกลายรูปเป็นความขัดแย้งที่ชัดเจนระหว่างรัฐกับชนกลุ่มน้อยที่มีความต่างในมิติทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์

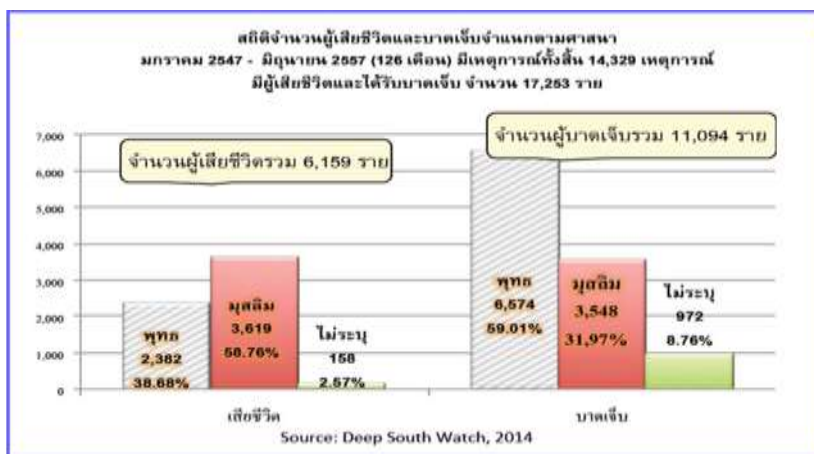
นอกจากนี้ ลักษณะสำคัญของความขัดแย้งในชายแดนใต้ยังเป็นความขัดแย้งที่ละเอียดอ่อนในระดับอนุภูมิภาค ซึ่งแสดงออกด้วยอาวุธ เพื่อช่วงชิงการควบคุมพื้นที่โดยในสถานการณ์ความขัดแย้งที่รุนแรง ขบวนการต่อต้านติดอาวุธซึ่งอาจมีเพียงกลุ่มเดียวหรือหลายกลุ่มได้ใช้ความรุนแรงเพื่อพยายามจะเอาชนะอำนาจทางการเมืองและหาทางเปลี่ยนจากระบอบปกครองของรัฐไปเป็นระบอบปกครองตนเอง กล่าวในอีกแง่หนึ่ง แกนกลางของสถานการณ์ที่วุ่นวายคือสิ่งที่เรียกว่า “การขาดดุลด้านความชอบธรรม” ของรัฐบาลไทยในภูมิภาคแห่งนี้ ซึ่งแนวทางแก้ปัญหาในชายแดนใต้จะยังไม่เกิดขึ้น ตราบใดที่ยังไม่มีความไว้วางใจระหว่างประชาชนกับฝ่ายผู้มีอำนาจ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่งกล่าวไว้ว่า เราคงไม่สามารถใช้ความรุนแรง หรือใช้กำลังทหารเพื่อบีบบังคับให้ประชาชนยอมรับความชอบธรรมของรัฐได้ แนวทางแก้ปัญหามือเมืองที่ซับซ้อนในแบบนี้จึงมีเพียงอย่างเดียวคือการที่รัฐไทยหรือประเทศไทยต้องหาทางเอาชนะใจประชาชน ทำให้ประชาชนรู้สึกมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และนี่คือกระบวนการสร้าง “พื้นที่ทางการเมือง” นั่นเอง พัฒนาการใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นหลัง 10 ปี ที่เกิดความขัดแย้งนั้นได้สะท้อนให้เห็นความพยายามอย่างชัดเจน เพื่อผลักดันแนวทางแก้ปัญหาผ่านวิธีการทางการเมือง กล่าวคือเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2556 รัฐบาลไทยซึ่งมีตัวแทนเป็นสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) และขบวนการแนวร่วมปฏิวัติแห่งชาติมลายูปาตานี (BRN) ซึ่งเป็นกลุ่มต่อต้านที่ทรงอำนาจมากที่สุดได้ลงนามใน ฉันทามติทั่วไปว่าด้วยกระบวนการพูดคุยเพื่อสันติภาพ เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นด้วยความสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากรัฐบาลมาเลเซีย ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก แม้ว่าจะมีผู้วิจารณ์บางคนบอกว่ากระบวนการสันติภาพในครั้งนี้ “เริ่มต้นจากพื้นฐานที่ผิด” และเนื่องจากเป็นกระบวนการสันติภาพที่ดูเหมือนไม่แน่นอนมาตั้งแต่แรก จึงเป็นเหตุให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ว่าความขัดแย้งในพื้นที่ชายแดนใต้ของไไทยนั้น “ยังคงขาดทางออกทางการเมือง” อย่างแท้จริง

แบบแผนความรุนแรงในภาคใต้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีลักษณะไม่แน่นอนและมีความผันผวน เป็นที่สังเกตด้วยว่าผู้ใช้ความรุนแรงที่อยู่เบื้องหลังความไม่สงบในพื้นที่มักจะทำกรทำกรด้วยพลังขับเคลื่อนอย่างสม่ำเสมอ เว้นแต่จะมีการขัดขวางจากกองกำลังอื่นๆ หากความรุนแรงยังมีแนวโน้มในลักษณะแบบเดิม ความขัดแย้งและความรุนแรงในพื้นที่ย่อมส่งผลให้เกิดความขัดแย้งต่อ ๆ

กันไป และพบว่าลักษณะของเหตุการณ์ความขัดแย้งหลายประการสะท้อนว่าไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่และแยกเป็นเอกเทศ หากเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกิริยา-ปฏิกิริยาที่ยืดเยื้อ อันเป็นเหตุทำให้พฤติกรรมความขัดแย้งในปัจจุบันมีลักษณะเป็นการตอบโต้ของฝ่ายหนึ่งกับที่อีกฝ่ายหนึ่ง

สถิติล่าสุดเกี่ยวกับความรุนแรงในชายแดนใต้ในช่วง 10 ปี ตั้งแต่มกราคม 2547 ถึง มิถุนายน 2557 แสดงให้เห็นจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นเป็น 14,329 ครั้ง ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บรวมกันประมาณ 17,253 คน ในบรรดาผู้เสียชีวิต 6,159 คน ส่วนใหญ่เป็นมุสลิม 3,619 คน หรือคิดเป็น 58.76% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด โดยเป็นผู้เสียชีวิตที่เป็นชาวพุทธ 2,382 คน หรือประมาณ 38.68% ในทางตรงข้าม ในบรรดาผู้บาดเจ็บประมาณ 11,094 คน ส่วนใหญ่จะเป็นชาวพุทธประมาณ 6,547 คนหรือ 59.01% และเป็นชาวมุสลิม 3,547 คน หรือประมาณ 31.97% เมื่อเปรียบเทียบเหตุการณ์ความรุนแรงเป็นรายเดือนจะพบว่า การบาดเจ็บและเสียชีวิตมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นนับแต่เดือนกรกฎาคม 2550 ภายหลังปฏิบัติการทางทหารครั้งใหญ่เพื่อปราบปรามการก่อความไม่สงบและหลังจากการทำรัฐประหารในเดือนกันยายน 2549

สถิติเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังปี 2550 จำนวนเหตุการณ์ลดลง แต่อัตรากว่าผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น เป็นเหตุให้จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ที่ยังมีจำนวนคงที่ ในแง่แบบแผนความรุนแรง เป็นที่ชัดเจนว่าแม้จำนวนความถี่เหตุการณ์จะแตกต่างกันไปมากในแต่ละเดือน แต่หลังช่วงปลายปี 2550 เป็นต้นมา จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บกลับเพิ่มสูงขึ้น มีการใช้กำลังทหารอย่างเข้มงวดเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองที่ซับซ้อนนี้ และส่งผลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบเหมือนอย่างใดก็ตาม ผลกระทบด้านลบของปฏิบัติการที่เน้นบทบาทของทหารในชายแดนใต้มีความลึกซึ้งอย่างยิ่ง หากพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่เสียหายซึ่งมีจำนวนรวมกันมากถึง 30,435 คน กรณีที่เป็นครอบครัวซึ่งมีผู้เสียชีวิต และ 54,540 คน สำหรับครอบครัวซึ่งมีผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งรวมกันทั้งหมด 85,025 คน ในจำนวนผู้เสียชีวิต ยังรวมไปถึงตำรวจ ทหาร และบุคลากรทางการศึกษา และประชาชนทั่วไป เป็นต้น ดังแสดงไว้ภาพที่ 4, 5, 6



ภาพประกอบที่ 4 แสดงสถิติจำนวนผู้เสียชีวิต และบาดเจ็บ

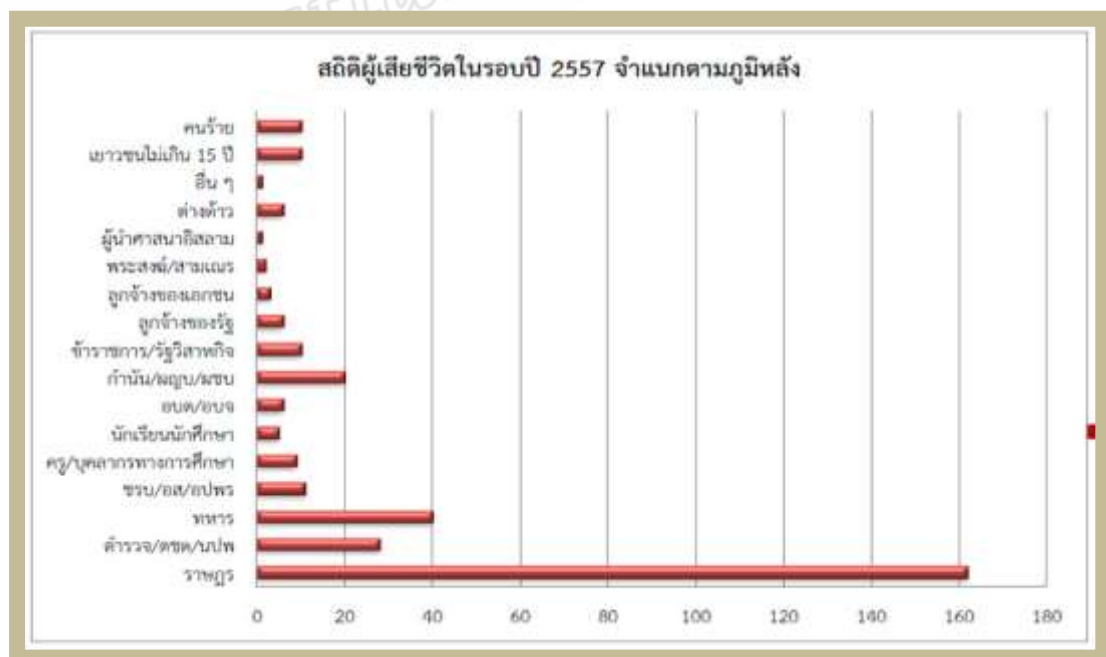


ที่มา: ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (2557)



ภาพประกอบที่ 5 แสดงจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบ 132 เดือน

ที่มา : ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้สถาบันวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ (2557)



ภาพประกอบที่ 6 สถิติผู้เสียชีวิตในปี 2557

ที่มา: ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้สถาบันวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ (2557)



แนวโน้มความรุนแรงในชายแดนใต้มีลักษณะค่อนข้างแปรผัน แต่ก็มีรูปแบบเฉพาะในลักษณะที่เป็นสถานการณ์ที่ซับซ้อน และยังมีโอกาสลุกลามมากขึ้น และจากการพิจารณาช่วงเวลาของความรุนแรงเผยให้เห็นว่า แนวโน้มที่ลดลงระหว่างปี 2547 - 2557 ระดับความขัดแย้งที่รุนแรงได้รับการบรรเทาจากพลังทางสังคมหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการด้านการทหารและกระบวนการทางการเมืองที่เกิดขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเหตุให้แนวโน้มความรุนแรงทรงตัวและยกสูงขึ้นเล็กน้อย อันเป็นผลมาจากพลังความรุนแรง แต่ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าแนวโน้มที่คลุมเครือเช่นนี้จะรักษาสภาพความคงที่อยู่ต่อไปเรื่อย ๆ แนวโน้มที่ค่อนข้างสับสน มีลักษณะอ่อนไหวและคลุมเครือจึงขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางการเมืองในนโยบายของรัฐบาลทหารในช่วงที่เหลือของปีนี้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรวงทิพย์ ภู่ฤกษ์ (2559) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองชลบุรี” กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองชลบุรี จำนวน 145 คน ใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน และเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองชลบุรี ได้ร้อยละ 37 ( $R^2 = .37$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่พยากรณ์ได้สูงสุด คือ ปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และสุดท้ายคือ ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ

พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจรรุวรรณ วิโรจน์ (2558) ได้ศึกษา “ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร” กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่พบได้โดยสะดวกและยินดีตอบแบบสอบถาม จำนวน 724 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม คือ อายุ ระดับการศึกษา และการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปัจจัยทั้งสามมีอิทธิพลและร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมได้ร้อยละ 8.8 (Adjusted  $R^2 = .088$ ) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและร่วมพยากรณ์คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบดังนี้ (1) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มี 3 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความเครียด โดยร่วมพยากรณ์ได้ร้อยละ 4.6 (Adjusted  $R^2 = .046$ ) (2)

ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย มี 2 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษา และการมีการเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว โดยรวมพยากรณ์ได้ร้อยละ 4.4 (Adjusted  $R^2 = .044$ ) (3) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ มี 2 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาและระดับความเครียดโดยรวมพยากรณ์ได้ร้อยละ 4.4 (Adjusted  $R^2 = .044$ ) (4) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มี 5 ปัจจัย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และระดับความเครียด โดยรวมพยากรณ์ได้ร้อยละ 1.8 (Adjusted  $R^2 = .108$ ) (5) ด้านการจัดการความเครียด มี 3 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา และการมีความเจ็บป่วยประจำตัว โดยรวมพยากรณ์ได้ร้อยละ 8.5 (Adjusted  $R^2 = .085$ ) และ (6) ด้านโภชนาการ มี 3 ปัจจัย คือ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยรวมพยากรณ์ได้ร้อยละ 5.8 (Adjusted  $R^2 = .058$ ) ตามลำดับ ยกเว้นปัจจัย รายได้และอาชีพ ไม่มีอิทธิพลร่วมพยากรณ์ต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างนัยสำคัญ

อภิรักษ์ ศรชัย และคณะ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี” กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 396 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < .05) ปัจจัยนำ พบว่าความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ และ เจตคติต่อสุขบัญญัติแห่งชาติมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .35 และ .27 ตามลำดับ ปัจจัยอื่น ๆ พบว่าการได้รับการบริการสุขภาพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ และการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .37, .38$  และ  $.42$ ) ปัจจัยเสริม พบว่าการได้รับการเอาใจใส่ให้คำแนะนำ จากครอบครัว จากเพื่อน และจากครูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .40, .30$  และ  $.38$ )

ปริญทร์ ศรีศลักษณ์ (2557) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล เครือข่ายภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข” กลุ่มตัวอย่าง คืออาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในวิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง ในเครือข่ายภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 210 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.76, S.D. = .24$ ) ดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .331; r = .495; r = .473$ ) ส่วนปัจจัยด้านเพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมพยากรณ์ความแปรผันของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 38.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ( $R^2 = .38$ )

อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม (2557) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่” กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ปีการศึกษา 2552 จำนวน 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาโดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพบ พบว่า ตัวแปรด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 23.3 และในปัจจัยเหล่านี้พบว่า มี 5 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และเพศ

เนตรดาว จิตโสภาค (2557) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก” กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 100 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ผ่านสื่อและการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้สะดวกสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 40

ทิพย์กมล อิสลาม (2557) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา” ดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจากแต่ละหมู่บ้านที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา จากการสำรวจในเดือนกรกฎาคม 2555 จำนวน 302 คน โดยใช้ตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์อยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง เฉพาะองค์ประกอบด้านการออกกำลังกาย มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.97$ , S.D. = .80) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตน มีอิทธิพลทางตรงในทางบวก โรคประจำตัวเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตน และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพล

ทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รายได้ อายุ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลจากสถานการณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยเพศไม่มีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา

วัชรินทร์ เงินทอง เทียนชัย ทองวินิชศิลป์ และกิ่งเพชร เงินทอง (2557) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดสุโขทัย” กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย จำนวน 403 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย คือ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และเจตคติการออกกำลังกาย โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายรองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย สามารถอธิบายได้ร้อยละ 8.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ทวีศักดิ์ กสิผล, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน (2555) ได้ศึกษา “ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ” ศก กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 435 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยที่ถูกคัดสรร และสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติได้ร้อยละ 63.30

นนทรี สัจจาธรรม และณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน (2555) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุขของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี” กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวน 263 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุและตำแหน่งงานงาน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P\text{-value} < .001$  อายุ และอายุงาน พบความสัมพันธ์กับปัจจัย เอื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P\text{-value} < .01$  ภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติ

ธวัช วิเชียรประภา และคณะ (2555) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี” กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดจันทบุรี จำนวน 384 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อายุ การได้รับการอบรมเพิ่มเติม การเข้าร่วมประชุม และการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ ( $r = .271, .203,$

.122, .189, .125 และ .128 ตามลำดับ) โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การได้รับการอบรมเพิ่มเติม และอายุ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรีได้ร้อยละ 15.2 ( $R^2 = .152$ ,  $p < .001$ )

อุมาพร ปุญญโสพรรณ ผจงศิลป์ เพ็งมาก และจุฑามาศ ทองดำสิง (2554) ได้ศึกษา “การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี” กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีที่พักอาศัยอยู่ในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 85 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาและเพศชายสามารถพยากรณ์ร้อยละ 3.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถแห่งตน สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 11.4

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย” กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจจำนวน 82 นาย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จากสถานีตำรวจนครบาล 2 แห่งในเขตบางกอกน้อย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .695$  และ  $r = .514$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.349$ ,  $p < .01$ ) การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์ (2553) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา” กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ 100 รูป โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $P$ -value = .019) ปัจจัยด้านโรค มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = .038) และปัจจัยด้านอายุมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = .05) ส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และพฤติกรรมด้านการรับมิตชอบต่อสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านประเพณีที่ ตั้งของวัด



อายุ จำนวนพรรษา นิกาย สถานะทางสงฆ์ การศึกษาทางโลก การศึกษาทางสงฆ์ และโรคไม่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = .089 - .843)

สุกิจ โตสงค์ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูจังหวัดมุกดาหารที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2553” กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการครูในจังหวัดมุกดาหารที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2553 กับศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวน 353 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูจังหวัดมุกดาหาร มีพฤติกรรมไม่ดี มากกว่าพฤติกรรมดี (ร้อยละ 84.14) ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ธรรมพร บัวเพชร (2552) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช” กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 362 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย พบว่า การบริหารจัดการชมรม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และเพศหญิง สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 24.30 ( $p < .05$ ) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

สมสมัย สุธีรตานต์ และวัชรีย์ จงไพบูรณ์ (2552) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ” กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมาแล้ว 1 ปี จำนวน 380 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.62 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.68 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $r = .68, p < .01$ ) พฤติกรรมในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .56, p < .01$ ) อิทธิพลระหว่างบุคคล ( $r = .45, p < .01$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .40, p < .01$ ) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ( $r = .35, p < .01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.18, p < .01$ ) มีบุคคลที่เป็นภาระต้องดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันจำนวน 1 คน ( $r = -.15, p < .01$ ) และรายได้รวมของพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ( $r = -.12, p < .01$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานพยาบาล



ประจําการอยู่เวรเช้า ป้าย ดึก และการมีสถานภาพโสดสามารถร่วมพยากรณ์ความแปรผันของ  
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 55.80 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์  
เท่ากับ .2351

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์ตัวแปรจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรที่ศึกษา	สงวนทิพย์ (2559)	พานทิพย์ (2558)	อภิรักษ์ (2557)	ปริญทร์ (2557)	อรุณรัตน์ (2557)	เนตรดาว (2557)	ทิพย์กมล (2557)	วัชรินทร์ (2557)	ทวีศักดิ์ (2555)	นนทรี (2555)	ธวัช (2555)	ดวงรัตน์ (2554)	อุมพร (2554)	ปิ่นฉัตร (2553)	สุกิจ (2553)	ธรรมพร (2552)	สมสมัย (2552)	รวมตัวแปรที่ศึกษา	รวมตัวแปรที่ sig	ร้อยละตัวแปรที่ sig ต่อตัวแปรที่ศึกษา
1. เพศ	√	√*	√*	√	√*	√	√	√	√	√	√	√			√*	√*	√	15	5	33.33
2. อายุ	√	√*		√	√	√	√*	√	√	√*	√**	√	√	√*	√		√	15	5	33.33
3. น้ำหนัก	√												√		√			3	-	-
4. ส่วนสูง	√												√		√			3	-	-
5. ระดับการศึกษา	√	√*				√*				√	√	√	√		√	√	√	10	2	20
6. รายได้ของบิดามารดา	√																	1	0	0
7. อาชีพ		√						√					√					3	-	-
8. รายได้		√			√		√*	√				√	√		√		√*	8	2	25
9. โรคประจำตัว		√		√		√	√*				√			√*	√		√	8	2	25
10. ระดับความเครียด		√																1	-	-
11. ดัชนีมวลกาย				√*								√	√				√	4	1	25
12. คณะที่ศึกษา					√				√									2	-	-
13. ที่พักอาศัย					√				√									2	-	-
14. ชั้นปี					√				√									2	-	-

ตาราง √ = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว

√\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

√\*\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ตัวแปรที่ศึกษา	สรวงทิพย์ (2559)	พานทิพย์ (2558)	อภิรักษ์ (2557)	ปรีนทร์ (2557)	อรุณรัตน์ (2557)	เนตรดาว (2557)	ทิพย์กมล (2557)	วัชรินทร์ (2557)	ทวิศักดิ์ (2555)	นนทรี (2555)	ธวัช (2555)	ดวงรัตน์ (2554)	อุมาพร (2554)	ปณณธร (2553)	สุกิจ (2553)	ธรรมพร (2552)	สมสมัย (2552)	รวมตัวแปรที่ศึกษา	รวมตัวแปรที่ sig	ร้อยละตัวแปรที่ sig
15. สถานภาพสมรส						√				√	√	√	√		√	√*		7	1	14.28
16. ความพอเพียงของรายจ่าย						√*						√			√			3	1	33.3
17. ประเภทการออกกำลังกาย								√										1	-	-
18. สถานที่ออกกำลังกาย								√										1	-	-
19. ผู้นำการออกกำลังกาย								√										1	-	-
20. ศาสนา									√									1	-	-
21. ค่าใช้จ่าย									√									1	-	-
22. อายุการทำงาน										√	√					√		3	-	-
23. ตำแหน่งงาน										√								1	-	-
24. วิชาที่สอน										√								1	-	-
25. จำนวนปีที่รับราชการ												√						1	-	-
26. ตำแหน่งงาน												√					√*	2	1	50

√ = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว

√\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

√\*\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ตารางที่ .....

ตัวแปรที่ศึกษา	สรวยทิพย์ (2559)	พานทิพย์ (2558)	อภิรักษ์ (2557)	ปริญทร์ (2557)	อรุณรัตน์ (2557)	เนตรดาว (2557)	ทิพย์กมล (2557)	วัชรินทร์ (2557)	ทวีศักดิ์ (2555)	นนทรี (2555)	ธวัช (2555)	ดวงรัตน์ (2554)	อุมาพร (2554)	ปณณธร (2553)	สุกิจ (2553)	ธรรมพร (2552)	สมสมัย (2552)	รวมตัวแปรที่ศึกษา	รวมตัวแปรที่ sig	ร้อยละตัวแปรที่ sig
27. ที่อยู่อาศัย												√						1	-	=
28. ความเครียดจากการทำงาน												√						1	-	-
29. ความเครียดจากครอบครัว												√						1	-	-
30. การหยุดงาน												√						1	-	-
31. กาบรีโกลคสุรา/บุหรี												√						1	-	-
32. การออกกำลังกาย												√						1	-	-
33. เส้นรอบเอว												√		√				2	-	-
34. ค่าความดันโลหิต												√	√		√			3	-	-
37. ค่าคอเลสเทอรอล												√						1	-	-
35. ระดับน้ำตาลในเลือด												√						1	-	-
36. การเจ็บป่วย												√						1	-	-
37. การใช้จ่าย												√						1	-	-
38. ประวัติความเจ็บป่วยคนในครอบครัว													√					1	-	-
39. การอบรมเพิ่มเติม											√**							1	1	100

√ = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ √\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

√\*\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ตัวแปรที่ศึกษา ชื่อผู้ทำการวิจัย	สรวงทิพย์ (2559)	พานทิพย์ (2558)	อภิรักษ์ (2557)	ปริญทร์ (2557)	อรุณรัตน์ (2557)	เนตรดาว (2557)	ทิพย์กมล (2557)	วัชรินทร์ (2557)	ทวีศักดิ์ (2555)	นนทรี (2555)	ธวัช (2555)	ดวงรัตน์ (2554)	อุมาพร (2554)	ปณณธร (2553)	สุกิจ (2553)	ธรรมพร (2552)	สมสมัย (2552)	รวมตัวแปรที่ศึกษา	รวมตัวแปรที่ sig	ร้อยละตัวแปรที่ sig
40. การเข้าร่วมประชุม											√**							1	1	100
41. การศึกษาดูงาน											√							1	-	-
42. การรับรู้ประโยชน์	√*				√	√			√*	√		√*				√*	√*	8	5	40
43. การรับรู้อุปสรรค	√			√*			√*		√			√*					√*	6	4	66.67
44. การรู้ความสามารถ	√			√*			√*		√*		√**	√*					√*	7	6	85.71
45. การได้รับข้อมูลข่าวสาร	√		√		√*	√*,*			√				√					6	2	33.33
46. การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น	√*				√*													2	2	100
47. เจตคติ			√			√		√*										3	1	33.33
48. ความรู้			√			√**		√*										3	2	66.67
49. การได้รับบริการสุขภาพ			√			√												2	-	-
50. การรับรู้สภาวะสุขภาพ					√*	√	√*		√									4	2	50
51. แรงสนับสนุนทางสังคม						√**												1	1	100
52. อิทธิพลระหว่างบุคคล							√*		√*								√*	3	3	100
53. อิทธิพลจากสถานการณ์							√*										√*	2	2	100

√ = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ √\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

√\*\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อผู้ทำการวิจัย														รวมตัวแปรที่ศึกษา	รวมตัวแปรที่ sig	ร้อยละตัวแปรที่ sig			
	สรวงทิพย์ (2559)	พานทิพย์ (2558)	อภิรักษ์ (2557)	ปรีนทร์ (2557)	อรุณรัตน์ (2557)	เนตรดาว (2557)	ทิพย์กมล (2557)	วัชรินทร์ (2557)	ทวีศักดิ์ (2555)	นนทรี (2555)	ธวัช (2555)	ดวงรัตน์ (2554)	อุมาพร (2554)	ปณณธร (2553)				สุกิจ (2553)	ธรรมพร (2552)	สมสมัย (2552)
54. การสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัย							√											1	-	-
55. การรับรู้โอกาสเสี่ยง										√	√**							2	1	50
56. การรับรู้ความรุนแรง										√								1	-	-
57. การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร										√								1	-	-
58. สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ										√								1	-	-
59. การสนับสนุนจากหน่วยงาน										√								1	-	-
60. ทักษะคนดี											√							1	-	-
61. แรงจูงใจในการทำงาน											√**							1	1	100
62. การบริหารจัดการชมรม															√*			1	1	100
63. จำนวนพรรษา														√				1	-	-
64. การศึกษาทางไกล/ การศึกษาทางสงฆ์															√			1	-	-
65. นิกาย															√			1	-	-
66. สถานะทางคณะสงฆ์															√			1	-	-
67. การรักษาเมื่อเจ็บป่วย															√			1	-	-

√ = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว

√\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

√\*\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01



ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อผู้ทำการวิจัย																			
	สรวงทิพย์ (2559)	พานทิพย์ (2558)	อภิรักษ์ (2557)	ปรีนทร์ (2557)	อรุณรัตน์ (2557)	เนตรดาว (2557)	ทิพย์กมล (2557)	วัชรินทร์ (2557)	ทวีศักดิ์ (2555)	นนทรี (2555)	ธวัช (2555)	ดวงรัตน์ (2554)	อุมาพร (2554)	ปณณธร (2553)	สุกิจ (2553)	ธรรมพร (2552)	สมสมัย (2552)	รวมตัวแปรที่ศึกษา	รวมตัวแปรที่ sig	ร้อยละตัวแปรที่ sig
68. จำนวนบุคคลที่เป็นภาระต้องดูแล																	√*	1	1	100
69. ระยะเวลาที่เดินทางมาทำงาน																	√	1	-	-
70. พฤติกรรมในอดีต																	√*	1	1	100

√ = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว

√\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

√\*\* = มีผู้ศึกษาตัวแปรดังกล่าว และมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายได้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

สรุป จากการที่ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พบว่า มีผู้ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่แตกต่างกันออกไป พบว่า มีผู้วิจัยบางท่านที่ศึกษาโดยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ และไม่ได้ดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ แต่มีตัวแปรที่นิยามศัพท์ได้ใกล้เคียงกัน ซึ่งพบว่า มีบางตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น อายุ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา คือ บุคลากรครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดปัตตานี ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีตัวแปรบางตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เพศ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ศาสนา การรับรู้อุปสรรค อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ จึงนำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย

Prince of Songkla University  
Pattani Campus