

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ความสม
นัยของตัวแปรเพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สายการ
ปฏิบัติงาน จำนวนปีที่รับราชการกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจที่ปฏิบัติงานระดับอำเภอในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้
ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- 1.1 แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.2 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.4 บริบทของตำรวจและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจ
- 1.5 สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1 แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายมากมาย ซึ่งคำนี้ได้ถูกนำมาใช้และให้
ความหมายดังนี้

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2551) สรุปความหมายการสร้าง
เสริมสุขภาพว่า เป็นการสร้างเสริมให้บุคคล มีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคม มีการสนับสนุน
พฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่ไปร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่สมบูรณ์
อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์การอนามัยโลก (1997) สรุปความหมายการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการ
ที่ทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ
และสังคม

พิสมัย จันทรวิมล (2541) สรุปความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในกฎบัตร
ออกอตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ว่าการสร้างเสริม
สุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และพัฒนา
สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลต้อง
มีความสามารถในการตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเอง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อ
สนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่

เปลี่ยนแปลง โดยที่สุขภาพมีความหมายทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต เน้นที่ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกายและสังคม การสร้างเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบต่อองค์กรในด้านสุขภาพเท่านั้น หากรวมไปถึงความรับผิดชอบต่อบุคคลที่ต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่ความผาสุกโดยรวม

อำพล จินดาวัฒนะ (2546) ได้เรียบเรียงและเสนอบทความ ส่งเสริม-สร้างเสริมสุขภาพ กล่าวถึง Health Promotion ซึ่งภาษาไทยใช้คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น สื่อความหมายไปถึง “การสร้าง” คือ การทำขึ้นมาใหม่ และ “การเสริม” คือการทำให้เพิ่มขึ้นที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำ ในขณะที่มีบางส่วนใช้คำว่า “การส่งเสริม” ต่างจากคนอื่น ทำให้ในภายหลังมีการใช้คำว่า “สร้างเสริม” กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น

Green and Kreuter (1991) สรุปความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาร่วมกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติ ระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคล ย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนโดยรวม

สรุปความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพได้ว่า หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ เน้นการให้ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกายและสังคม เพราะการส่งเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบต่อองค์กรในด้านสุขภาพเท่านั้น หากรวมไปถึงความรับผิดชอบต่อบุคคลที่จะต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เพื่อการมีสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา

สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม สุขภาพที่ดีนำไปสู่ความเจริญด้านเศรษฐกิจ และช่วยประหยัดเงินที่ต้องใช้ในการรักษา (WHO, 1997) ตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา หลายประเทศที่กำลังพัฒนา ต่างประสบกับค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่เท่าเทียมกันของสถานสุขภาพของประชากรทั้งระหว่างประเทศ และระหว่างกลุ่มประชากร การประชุมองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521 ได้มีการประกาศหลักการ “อัลมา – อัดตา (Alma Alta)” ได้ให้ความสำคัญกับ “การสาธารณสุขมูลฐาน” มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง อันนำไปสู่การพึ่งตนเองในระยะยาว องค์การอนามัยโลกได้มีการผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยมีจุดเริ่มต้นของการกำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 มีการประชุมนานาชาติเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา การประชุมครั้งนี้ได้มีการประกาศ กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health

Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมและส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น บรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดในกฎบัตรออตตาวา มีดังนี้

1. ปัจเจกบุคคล ควรที่จะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งปรารถนาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเองและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม
2. เรื่องสุขภาพถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเพียงเท่านั้น
3. สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคมเช่นเดียวกับสมรรถนะต่าง ๆ ทางร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือจากการมีชีวิตอย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวม อันประกอบด้วย สภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ
4. การส่งเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากความคิดที่ว่า “อะไรสร้างหรือทำลายสุขภาพ” และ “การสร้างหรือทำลายสุขภาพเกิดขึ้นที่ไหน”

เมื่อแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเริ่มสุกงอมและขยายวงกว้างขึ้นนานาประเทศตระหนักถึงความสำคัญของแนวคิดดังกล่าว กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) สาระสำคัญของกฎบัตรออตตาวา จึงประกอบไปด้วยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา มี 3 ประการ ในส่วนของกลวิธีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพนั้น (Health Promotion Action) มี 5 ประการ ดังนี้

กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา มี 3 ประการ ดังนี้

1. Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสทางสังคม และสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ มีการกำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ
2. Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี กำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสที่จะเลือกทางเดินที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

3. Medicate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคมและสื่อมวลชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน กลวิธีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) มี 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) หน่วยงานภาครัฐและเอกชน จำเป็นจะต้องมีนโยบายสาธารณะที่จะต้องยอมรับและมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การคลัง การเงิน การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบด้านต่าง ๆ

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) มีความหมาย 2 ประการ คือ

2.1 การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับโลกให้มีความสมดุล ทั้งนี้เนื่องจากความสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดี

2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy Society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy School) เป็นต้น

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัสดุภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารได้รับโอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดี เพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตนเอง

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเมือง ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เน้น “สร้างนำซ่อม” อีกด้วย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะสามารถอธิบายโดยภาพรวมของคน ไม่ใช่พฤติกรรมเฉพาะหรือภาวะโรคใดโรคหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ทางการแพทย์ให้มีความสำคัญกับปัจจัยด้านชีวิตสังคม ทำให้มีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health – Promotion Model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) มีแนวคิดว่าคุณคนจะกระทำเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นมีคุณค่าและประโยชน์และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าการกระทำของบุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่มีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอก และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วย

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าเกิดจาก ทฤษฎี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) และทฤษฎีความ คาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) กล่าวคือ การที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องนั้น จนกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันได้ เป็นผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ปัจจัยด้านการ ปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และปัจจัยที่เป็นตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ปัจจัย ด้านสติปัญญา-การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย คือ การให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ สำหรับปัจจัยการปรับเปลี่ยนมีผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่าน ปัจจัยด้านสติปัญญา - การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านประชากร อิทธิพลระหว่าง บุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมและตัวชี้แนะการกระทำ กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ถูกนำมาใช้ใน งานวิจัยต่างๆ มากมาย และพบว่ามีบางปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุม สุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการกระทำที่ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

ต่อมาเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ปรับปรุงรูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ขึ้นมาใหม่ หลังจากมีการศึกษาวิจัยและทดสอบการใช้ทฤษฎีใหม่ ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและครอบครัว โดย มีการตัดตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความสำคัญต่อสุขภาพ (Importance of Health) การรับรู้การ ควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) และสิ่งชักนำให้เกิดการกระทำ ส่วนการให้คำ จำกัดความของคำว่าสุขภาพ (Definition of Health) สิ่งชักนำให้เกิดการกระทำ การรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) และลักษณะทางประชากรและทางชีววิทยา (Demographic and Biologic Characteristics) เข้าไปอยู่ในปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังได้เพิ่มตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ที่นึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-Related Effect) ทางเลือกที่สอดคล้องกับ ความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate to a Plan of Action) โดยปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบไป ด้วยดังนี้ 1) ประสบการณ์และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุแรงจูงใจ ความสามารถของตนเองในการกระทำกิจกรรม วัฒนธรรม เชื้อชาติการศึกษา เป็นต้น 2) ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ คือ การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์และ 3) ผลที่เกิดจากพฤติกรรม คือ พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ ความต้องการและความชอบ เพนเดอร์ (Pender, 1996) จึงได้กำหนดแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการ ออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ ด้านการจัดการกับความเครียด

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender, 2002) พบว่ามีทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ในต่างประเทศ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัดส่วนที่สูง คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลด้านสถานการณ์ และอิทธิพลด้านบุคคล ดังเช่น Suwannaroop ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้ลักษณะส่วนบุคคล อิทธิพลด้านบุคคล การรับรู้สถานะด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39 ส่วนโบลิโอ (Bolio, 1999 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในกลุ่มนักโทษชาย โดยใช้ตัวแปรด้านลักษณะส่วนบุคคล อิทธิพลด้านบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตน อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20 ในขณะที่นิคูลิช และบาร์ริทท์ (Nikulich & Barrett, 1997 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในกลุ่มหญิงชนบททั้งผิวขาวและผิวดำ โดยใช้ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้สถานะด้านสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22 ในชนผิวขาว และร้อยละ 33 ในชนผิวดำ นอกจากนี้ วาร์เรน (Warren, 1993 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในผู้ชายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้สถานะด้านสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38 และเพนเดอร์ (Wu & Pender, 2002) ศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นการทำนายที่สำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของวัยรุ่นใต้หวัน

สำหรับประเทศไทยมีการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender, et al., 2002) มาศึกษาในประชากรหลายกลุ่ม เช่น สุวคนธ์ ทองดอนขม (2541) ศึกษาในผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหาร พบว่า พฤติกรรมในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประภา ลี้มประสูติ และคณะ(2545) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปราณี ทองพิลา (2542) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.35 และจารุณี ลีธีระกุล (2541) ศึกษาการรับรู้ภาวะของสุขภาพ และอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้ร้อยละ 23.46

1.2 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาทฤษฎีและรูปแบบทางพฤติกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมบุคคล กลุ่มบุคคล ทฤษฎีหรือรูปแบบที่ใช้ได้รับความสนใจในการนำมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบัน เช่น รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนและทฤษฎีความสามารถของตนเอง เป็นต้น

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) สรุปความหมายพฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) สรุปความหมายคำว่า พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกมาทางกล้ามเนื้อ ความรู้สึกและความคิด เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2534; Twaddle, 1981) สรุปความหมายพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ เป็นต้น พฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม โดยมักมีอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลอื่น สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมีนักวิชาการทางด้านสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมศาสตร์ ให้แนวคิดของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนี้

แฮริสและกลูเต็น (Haris & Gluten, 1979 cited by Pender, 1987) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี เป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์นั้นๆ

สมจิต สุพรรณทัศน์ (2526) สรุปพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และพื้นฐานการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือปฏิกริยาใด ๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกหรือการกระทำ ในเรื่องสุขภาพ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2532) สรุปความหมายของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตเห็น (Over Behaviors) เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไม่สูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ แรงจูงใจ ความคาดหวัง ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ ครอบคลุมไปถึงภาวะอารมณ์ ความรู้สึกและลักษณะเฉพาะตนด้วย

พาแลง (Palank, 1991) สรุปพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well Being) ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่ดี การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) สรุปพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่ยกระดับภาวะสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996) สรุปพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Life Style and Health Habits) สามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการที่จะคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความสุข (Well-Being) ความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self-Actualization) เพราะเพนเดอร์ (Pender) เชื่อว่าการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันนำไปสู่ความเป็นปกติสุข ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม ที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง สนใจความรู้ด้านสุขภาพ ติดตามข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และรับบริการจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อจำเป็น การตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจสุขภาพประจำปีการพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ การเล่าอาการให้แก่แพทย์หรือพยาบาลทราบ เมื่อมีความผิดปกติทางสุขภาพ ก็รีบปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ (Pender, 1996)

2. กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical Activity) เน้นเรื่องการออกกำลังกาย อันเป็นการประเมินถึงวิธีการ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มสมรรถภาพทางกาย และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย (Pender, 1996) เพนเดอร์กล่าวว่า การออกกำลังกาย ควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรือมากกว่า วิธีการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) เพื่อเป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย ป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและเอ็น ใช้เวลาประมาณ 7-10 นาที จึงเข้าสู่การออกกำลังกายอย่างแท้จริง การออกกำลังกายแบบแอโรบิค จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การสูบฉีดโลหิตแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น การออกกำลังกายแบบนี้ ได้แก่ การเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน และการเต้นแอโรบิค เป็นต้น การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และมีการผ่อนคลาย (Cool Down) ใช้เวลา 5-10 นาที หลังการออกกำลังกายในช่วงท้ายอีกเล็กน้อย เพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ

จรินทร์ ธาณิรัตน์ (2529) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย (Physical Activities) เพื่อต้องการให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ช่วยให้กล้ามเนื้อได้ทำงานและเกิดความเจริญเติบโต ส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ปอด หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางการแพทย์ การออกกำลังกาย หมายถึง การใช้กิจกรรมทางร่างกายทั้งหลายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ จากอัตราปกติ 78 ครั้งต่อนาที เพิ่มขึ้นไปถึงประมาณ 150-160 ครั้งต่อนาที เน้นการทำงานของหัวใจเป็นหลัก

จรวยพร ธรณินินทร์ (2525) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ทำได้โดยการสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ การออกกำลังกายที่เพียงพอที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบในร่างกาย โดยการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละ 15-20 นาที

สรุปได้ว่าการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ควรปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลานานครั้งละประมาณ 15-20 นาที มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการประเมินรูปแบบการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รวมทั้งมีการดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ

ค้วน หนูขาว (2534) กล่าวว่า อาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อร่างกาย ร่างกายจะเติบโตมีสุขภาพแข็งแรงเมื่อได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน มีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ไม่มีวัตถุเจือปนหรือสารปนเปื้อนในอาหารที่อาจก่อให้เกิดอันตราย อาหารจึงเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแล้ว ยังทำให้อายุยืนยาวอีกด้วย

บรรลุ ศิริพาณิชย์ (2529) กล่าวว่า อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ที่มีอายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง จะต้องมีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วนทั้ง 3 มื้อ

สรุปได้ว่า อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกาย ทำให้เจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ การที่คนเราจะมีสุขภาพดีมีอายุยืนยาว จะต้องรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ รู้จักเลือกอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย

4. ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal Relations) เป็นการประเมินปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำตักเตือน คำปรึกษากำลังใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจ เห็นว่าตนเองมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สุขภาพ มากกว่าเพื่อน เนื่องจากมีความผูกพันใกล้ชิดกันมากที่สุด และจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นต่อไป บทบาทของครอบครัว คือ ช่วยลดความเครียด ถ่ายทอดวิธีการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนช่วยเหลือด้านต่างๆ แก่สมาชิกครอบครัว

Pender (1996) กล่าวว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ในด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเสพติด ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

Friedman (1986) กล่าวว่า การที่บุคคลในครอบครัวรักษาสุขภาพได้ดี มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเหมาะสม ย่อมเกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ดี มีการปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ

รุจา ภูไพบูลย์ (2537) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสุขศึกษาที่สำคัญของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมาก

สรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลมากที่สุดอย่างหนึ่ง ต่อการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดเป้าหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และเชื่อว่าเป้าหมายในชีวิตที่กำหนดไว้จะต้องเป็นจริง เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ เป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต มีการตั้งเป้าหมายจุดมุ่งหมายในชีวิต รวมถึงความรัก ความหวังและการให้อภัย

สรุปได้ว่า การตั้งเป้าหมายของชีวิต สิ่งที่มีความเป็นไปได้ มีความพึงพอใจในชีวิตและสิ่งแวดล้อม จะทำให้ประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำหรือการปฏิบัติ ที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ความเครียดเป็นตัวคุกคามสุขภาพจิตและความผาสุกทางร่างกาย มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง กลุ่มอาการของโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น การศึกษาทางจิตประสาทวิทยา-ภูมิคุ้มกัน จะก่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลของความเครียดต่อระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน เพราะเห็นได้ชัดว่าเป็นหัวใจสำคัญของสุขภาพเพนเตอร์ ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล ดังนี้

6.1 การลดความถี่หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Minimizing the Frequency of Stress-Induction Situation) เช่น การเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การหยุดสิ่งที่เกิดขึ้น และการบริหารเวลา การหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มากเกินไป เป็นการจัดการโดยใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา (Emotional-Focus Strategies) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 เพิ่มความต้านทานของร่างกาย (Increasing Resistance to Stress) เช่น การเพิ่มคุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มความกล้าในการแสดงออก พัฒนาวิธีการแก้ปัญหาและสร้างแหล่งประโยชน์ในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาแบบมุ่งที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem-Focus Strategies)

6.3 สร้างเงื่อนไขในการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่จะมากระตุ้นทางด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียด (Counter Conditioning to Avoid Physiology Arousal Resulting from Stress) เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เทคนิคการเสริมแรงทางบวก ได้แก่ การให้รางวัลชีวิต การแปรความเครียดให้เป็นพลัง การบำบัดด้วยกลิ่น วารีบำบัด อาหารคลายเครียด เป็นต้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมดังกล่าวสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย การพัฒนาจิตวิญญาณหรือสติปัญญา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการมีโภชนาการที่ดี พฤติกรรมเหล่านี้ หากปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ จะสามารถทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น เกิดสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อันนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นว่าสุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล กับ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ และวิถีทางดำเนินชีวิต จากรายงานการศึกษาของ Powell และคณะ พบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยและสูญเสียศักยภาพของชีวิตก่อนวัย 65 ปี ของประชากรในประเทศอเมริกา ที่สำคัญอันดับแรก คือ วิถีทางดำเนินชีวิต คือ ร้อยละ 54 สิ่งแวดล้อมร้อยละ 22 และพันธุกรรมเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น อย่างไรก็ตามปัจจัยทั้ง 3 อย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เช่น สิ่งแวดล้อมอาจมีอิทธิพลต่อวิถีทางดำเนินชีวิตด้วย ซึ่งผลการศึกษาในแต่ละประเทศอาจแตกต่างกัน

1.1 วิธีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีส่วนในการทำให้เกิดโรคต่าง ๆ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่เร่งด่วนการเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดทักษะที่จะอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลกัน มีส่วนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

1.2 อายุ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เด็กหรือผู้สูงอายุ เป็นวัยที่เปราะบาง ภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ ความสามารถในการเผชิญความเครียดต่างๆ มีจำกัด จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและมักจะไม่แข็งแรง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมตามวัย ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ทั้งร่างกายและความทรงจำลดลง

1.3 เพศ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เพศชายในแทบทุกประเทศจะมีอายุขัยเฉลี่ย เมื่อแรกเกิดสั้นกว่าผู้หญิง เช่น ในประเทศไทยปี 2539 ผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 71.1 ปี ผู้ชาย 66.6 ปี และ คาดว่าในปี 2544 ผู้หญิงจะเพิ่มเป็น 72.20 ปี และผู้ชายเป็น 67.91 ปี (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ชายโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้สุขภาพมากกว่าผู้หญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่าผู้หญิง

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพและด้าน สังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ น้ำ และระบบสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัยและขยะมูลฝอย สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรค พาหะนำโรค ยุง แมลง เป็นต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบการ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเมือง การศึกษา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม กฎหมาย ความ ยากจน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเสมอภาค อำนาจสตรี และทิศทางการพัฒนาประเทศ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีผลต่อภาวะสุขภาพ ของประชาชนเช่นกัน ระบบบริการสุขภาพจะต้องครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนโดยส่วนใหญ่ของประเทศ ไม่ใช่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ เป็นระบบที่มีความหลากหลาย คือ ผสมผสานระหว่าง การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้ชีวิต การใช้สมาธิ ฝึกโยคะ หรือรำมวยจีน เป็นต้น และประการ สุดท้าย ระบบบริการสุขภาพจะต้องเน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพให้มาก เพราะโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนใหญ่ เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งอุบัติเหตุ ซึ่งสามารถป้องกันได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพดังกล่าว จะเห็นว่า การ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพนั้น จะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ หลายฝ่าย ทั้งของรัฐและองค์กรเอกชน แต่บุคคลที่สำคัญที่สุด คือ ตัวประชาชนเอง จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) แต่ละบุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งเป็นผลจากการกระทำที่ ต่อเนื่องในอดีต ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior Related Behavior)

พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่คล้าย ๆ กัน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อม เป็นผลที่เกิดขึ้นในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือจาก การกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการ กระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) แบ่งได้ 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้าน ชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ภาวะทางการแพทย์พื้นฐาน ความสามารถในการทำงาน แบบต่อเนื่อง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว 2) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ คำจำกัดความของสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และฐานะเศรษฐกิจในสังคม

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior Specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นปัจจัยที่จะนำไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) บุคคลมักคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ พฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ของการกระทำมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกดีในตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม การรับรู้ประโยชน์ภายนอก เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้เริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลโดยตรงในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และโดยอ้อมจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน แต่จะมีอิทธิพลมากขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barriers to Action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจ และการปฏิบัติของบุคคล การรับรู้อุปสรรคกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะเมื่อขาดความพร้อมในการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและการรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีผลโดยตรงในการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมและโดยอ้อม คือ ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม คือ ถ้ามีความรู้สึกด้านบวก จะรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีผลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม คือ บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลสร้างเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง

2.4 อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Activity-Related Affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม ความรู้สึกมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำ ความรู้สึกด้านบวกทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ความรู้สึกด้านลบ ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal Influences) เป็นปัจจัยอิทธิพลของบุคคลอื่น บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตามตัวแบบ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences) เป็นปัจจัยจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ มีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากรู้สึกว่าสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (Behavior Outcome) ประกอบด้วย

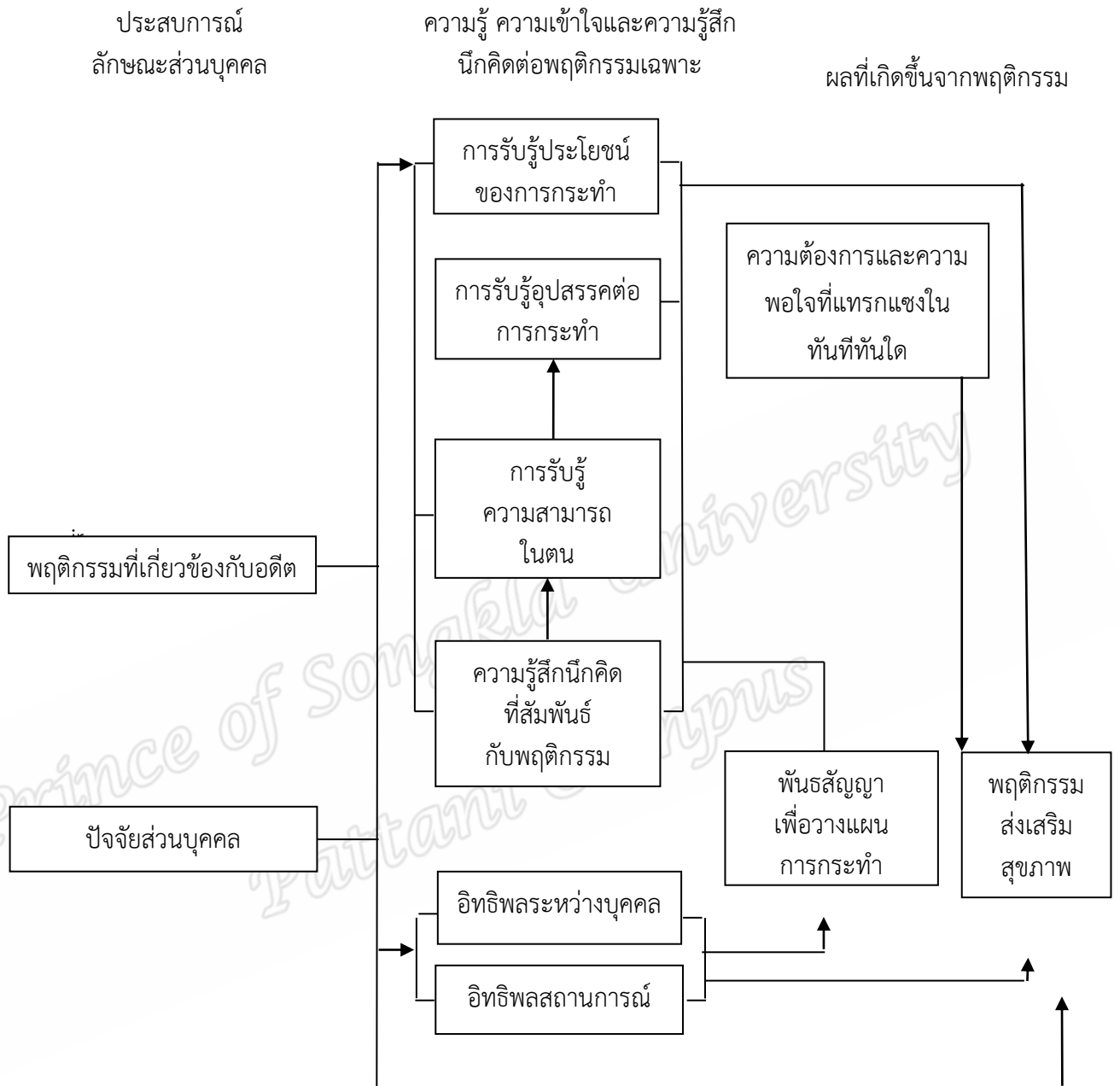
3.1 ข้อผูกมัดต่อแบบแผนการกระทำ (Commitment to a Plan of Action) เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิดตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกันกับบุคคลอื่นหรือเพียงลำพัง และกำหนดวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จ

3.2 ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นปัจจัยซึ่งเป็นทางเลือก โดยไม่คาดคิดมาก่อนเป็นผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามที่ตั้งใจไว้

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อาหารและโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

จากปัจจัยทั้งด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ด้านความคิดและความรู้สึกล้วนต่อพฤติกรรมเฉพาะ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแบบจำลองที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังภาพประกอบที่ 2

Prince of Songkhla University
Pattani Campus



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 (Pender, 1996, p. 67): Revised Health Promotion Model.

จากภาพประกอบ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสองที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ คือ ประสพการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทางอ้อมจะผ่านปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพกิจกรรมทางกาย อาหารและโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

1.4 บริบทของตำรวจและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจ

ตำรวจ หรือข้าราชการตำรวจ หรือที่เรียกว่า “ผู้พิทักษ์สันติราษฎร์” บางคนอาจจะมองว่าอาชีพตำรวจนั้นเป็นอาชีพที่ได้ใส่เครื่องแบบ เท่ห์ สมาร์ท ได้จับโจรผู้กระทำความผิด หรือบางคนอาจจะมองว่าเป็นอาชีพที่เป็นข้าราชการ มีความมั่นคงสูง นั้นเป็นเพียงมุมมองด้านหนึ่ง ซึ่งไม่รอบด้าน เพราะการจะก้าวเข้ามาสู่การเป็น “ผู้พิทักษ์สันติราษฎร์” เพราะจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง อันดับแรก ต้องมีใจรักในความเป็นตำรวจ ตำรวจต้องพบปะกับประชาชน ต้องจับกุมผู้กระทำความผิด เช่น ความผิดตามกฎหมายจราจร อาจจะทำให้ประชาชนไม่พอใจ พากันด่าตำรวจเป็นจำนวนมาก อย่างนี้ถ้าไม่มีใจรักแล้ว อาจจะทำให้อยู่อย่างลำบาก

ความหมายของตำรวจ ตามพระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2547 “ข้าราชการตำรวจ” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับการบรรจุและแต่งตั้งตามพระราชบัญญัติ โดยได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณหมวดเงินเดือนในสำนักงานตำรวจแห่งชาติและ ให้หมายความรวมถึงข้าราชการในสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งสำนักงานตำรวจแห่งชาติแต่งตั้งหรือสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการตำรวจ โดยได้รับเงินเดือนจากส่วนราชการรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐด้วยอำนาจหน้าที่ของตำรวจ พระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ มาตรา 6 บัญญัติไว้ว่า

สำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นส่วนราชการมีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ใต้บังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรีและมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 1) รักษาความปลอดภัยสำหรับองค์พระมหากษัตริย์ พระราชินี พระรัชทายาท ผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ พระบรมวงศานุวงศ์ผู้แทนพระองค์และพระราชอาคันตุกะ
- 2) ดูแลควบคุมและกำกับกำกับการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจ ปฏิบัติการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
- 3) ป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดทางอาญา
- 4) รักษาความสงบเรียบร้อยความปลอดภัยของประชาชนและความมั่นคงของราชอาณาจักร
- 5) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของข้าราชการตำรวจหรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 6) ช่วยเหลือพัฒนาประเทศตามที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย
- 7) ปฏิบัติการอื่นใดเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ตาม 1) 2) 3) 4) หรือ 5) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หน้าที่หลักคือให้บริการประชาชนใช้เทคโนโลยีในการจับกุมผู้กระทำความผิด

ตำรวจเป็นข้าราชการหน่วยงานหนึ่งซึ่งมีอำนาจตาม 6 ข้อที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ แต่ก่อนจะเข้ามาเป็นตำรวจ ตำรวจไทยนั้น มีจำนวนมากกว่า 2 แสนนาย ซึ่งแบ่งออกเป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน และข้าราชการตำรวจชั้นสัญญาบัตร มีการกำหนดยศ และตำแหน่งที่ต่างกัน

การที่ตำรวจจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง เพราะสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญมีผลต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติงาน เพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่าว่าการที่บุคคลจะลงมือกระทำการกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่าง

ต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยหลัก ด้านประสบการณ์ และลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยที่เป็นพฤติกรรมดั้งเดิมเคยปฏิบัติมาก่อนและปัจจัยส่วนบุคคล ด้านชีวภาพ จิตวิทยา สังคมวัฒนธรรม และปัจจัยหลักด้านการรับรู้หรือความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล ส่วนผลลัพธ์ทางพฤติกรรมเป็นการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะกระทำ พฤติกรรมเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ เป็นความต้องการ ความพึงพอใจ และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของบุคคลในทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม และนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่วางแผนไว้ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจครั้งนี้ จึงทำการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อาหารและโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ภูมิฐานะ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สายการปฏิบัติงาน จำนวนปีที่รับราชการ ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และอิทธิพลด้านสถานการณ์

1.5 สถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ของประเทศไทย

สถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ของประเทศไทย หรือ ไฟใต้ เป็นความขัดแย้งที่กำลังดำเนินอยู่ ความขัดแย้งเริ่มเกิดขึ้นในปี 2491 เป็นการก่อการแยกออกทางเชื้อชาติและศาสนาในภูมิภาคปัตตานีมาหลาย ความไม่สงบดังกล่าวเริ่มบานปลายขึ้นหลัง พ.ศ. 2547 อดีตรัฐสุลต่านปัตตานี ซึ่งมีสามจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ตลอดจนจนบางส่วนของจังหวัดสงขลาที่อยู่ใกล้เคียง และส่วนตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศมาเลเซียถูกรายชื่อนามจักรรัตนโกสินทร์ ถูกไทยปกครองนับแต่ปี 2328 ยกเว้นรัฐกะลันตัน แม้เกิดความรุนแรงแยกตัวออกระดับต่ำในภูมิภาคมาหลายทศวรรษแล้ว แต่การรณรงค์บานปลายหลังปี 2544 และมีการเกิดซ้ำในปี 2547 ซึ่งบางครั้งก็เกิดขึ้นในจังหวัดที่ใกล้เคียง

ในปี 2548 สมัยนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร ได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อรับมือกับสถานการณ์ความไม่สงบ แต่การก่อการร้ายยังบานปลาย ในเดือนกันยายน 2549 คณะทหารผู้ยึดอำนาจการปกครองรัฐประหาร มีการเปลี่ยนนโยบายใหญ่โดยการรณรงค์เพื่อชนะใจของผู้ออกการร้ายแม้มีความคืบหน้าเล็กน้อยในการจัดการกับความรุนแรง แต่คณะผู้ยึดอำนาจการปกครองประกาศว่าความมั่นคงกำลังจะดีขึ้นและสันติภาพจะคืนสู่ภูมิภาคภายในปี 2551 ทว่าในเดือนมีนาคม

2551 ยอดผู้เสียชีวิตเกิน 3,000 คน ในรัฐบาลนายกอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ นายกษิต ภิรมย์ กล่าวว่า “เขามั่นใจว่าจะนำสันติภาพสู่ภูมิภาคภายใน พ.ศ. 2553” แต่เมื่อถึงปลายปีนั้น ความรุนแรงได้มีเพิ่มมากขึ้น ตรงกันข้ามกับการมองโลกในแง่ดีของรัฐบาลท้ายที่สุด ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 รัฐบาลจึงยอมรับว่าสถานการณ์ได้เพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถแก้ไขได้ ภายในเวลาไม่กี่เดือน ผู้นำท้องถิ่นเรียกร้องอัตราติดระดับหนึ่งแก่ภูมิภาคปัตตานีจากประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและขบวนการผู้ก่อการร้ายแยกตัวออกบางส่วนเรียกร้องให้มีการเจรจาสันติภาพ ทว่ากลุ่มเหล่านี้ส่วนใหญ่ถูกเบี่ยงเบนความสนใจโดยกลุ่มขบวนการแนวร่วมปฏิวัติแห่งชาติติมลาญปัตตานี-โคออร์ดิเนต (BRN-C) ซึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังเป็นหัวหอกการก่อการร้าย กลุ่มนี้ไม่เห็นด้วยกับการเจรจาและคัดค้านการพูดคุยกับกลุ่มก่อการร้ายอื่น BRN-C มีเป้าหมายทันทีเพื่อทำให้ภาคใต้ของประเทศไทยปกครองไม่ได้และประสบความสำเร็จเป็นส่วนใหญ่

ลักษณะของสถานการณ์

กลุ่มผู้ก่อความไม่สงบเริ่มต้นสร้างสถานการณ์ความไม่สงบขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2544 เอกลักษณ์ของผู้ก่อการร้ายที่ต้องการผลักดันให้เกิดความขัดแย้งขึ้นนั้นยังคงคลุมเครือเสียเป็นส่วนใหญ่ ผู้เชี่ยวชาญในระดับท้องถิ่นและภูมิภาคได้แสดงความคิดเห็นว่า สถานการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกลุ่มแบ่งแยกดินแดนดั้งเดิมในภูมิภาค อย่างเช่น พุโล ปีอาร์เอ็น และจีเอ็มไอพี และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปีอาร์เอ็น โคออดิเนต (อันเป็นสาขาหนึ่งของปีอาร์เอ็น) และกลุ่มติดอาวุธที่ถูกกล่าวหาว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับปีอาร์เอ็น คือ รันดา คัมปูรัน คีซิล ส่วนคนอื่นเสนอแนะว่าความรุนแรงดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้อิทธิพลของกลุ่มอิสลามต่างชาติ อาทิ อัลกออิดะห์และญะมาอะห์ อิสลามียะห์ แต่ด้วยวิธีการทำงานของกองโจรในภาคใต้ ซึ่งโจมตีคลังอาวุธทหารและโรงเรียน ไม่เหมือนกับวิธีการปฏิบัติของกลุ่มอื่นซึ่งโจมตีเป้าหมายชาติตะวันตก มุมมองที่ว่ากองโจรในภูมิภาคมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างชาตินั้นจึงไม่น่าจะใช่ รัฐบาลมองว่าการสร้างสถานการณ์ดังกล่าวเป็นฝีมือของโจร และอันที่จริงแล้ว ผู้สังเกตการณ์ภายนอกจำนวนมากก็เชื่อว่า กลุ่มท้องถิ่น คู่แข่งทางธุรกิจ หรืออาชญากรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 หลังจากตำรวจเสียชีวิตไป 14 นาย ในการโจมตีหลายครั้ง ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลานานเจ็ดเดือน อดีตนายกรัฐมนตรีนักษิณ ชินวัตร ได้ปฏิเสธถึงบทบาทของศาสนาในการโจมตีดังกล่าว เพราะตำรวจที่เสียชีวิตไปหลายคนนั้นเป็นมุสลิมด้วย ในปี พ.ศ. 2547 เขาได้เปลี่ยนท่าที และจัดว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสงครามต่อต้านการก่อการร้ายในประเทศ มีการประกาศกฎอัยการศึกในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสในเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร (พ.ศ. 2544-2548) มีสมาชิกรัฐสภาเป็นมุสลิมหลายสิบคน สภาจังหวัดในจังหวัดชายแดนมีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นมุสลิม และเทศบาลหลายแห่งในภาคใต้มีนายกเทศมนตรีเป็นมุสลิม มุสลิมเริ่มมีสิทธิ์มีเสียงในทางการเมืองอย่างเปิดเผยมากขึ้นและได้รับเสรีภาพในการนับถือศาสนามากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐบาลทักษิณยุบศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ และแทนที่ด้วยกำลังตำรวจที่มีเรื่องฉาวโฉ่ในด้านการคอร์รัปชัน ซึ่งได้เริ่มการปราบปรามอย่างกว้างขวางในทันที การปรึกษาหารือกับผู้นำชุมชนท้องถิ่นก็ได้ถูกยกเลิกไปด้วย ความไม่พอใจต่อการละเมิดดังกล่าวได้นำไปสู่ความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2547 และ 2548

หลังจากรัฐประหารในปี พ.ศ. 2549 ทำให้ทัศนคติที่เปลี่ยนไปจากตำแหน่ง รัฐบาลไทยได้มีท่าทีปรองดองกับสถานการณ์มากขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการใช้อำนาจเกินควรและเริ่มต้นเจรจากับกลุ่มแบ่งแยกดินแดน อย่างไรก็ตาม สถานการณ์กลับทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ข้อเท็จจริงดังกล่าวน่าจะเป็นการสนับสนุนการยืนยันที่ว่า มีกลุ่มหลายกลุ่มมีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างสถานการณ์ และมีกลุ่มจำนวนน้อยที่สงบลง หลังจากการเปลี่ยนยุทธศาสตร์ของรัฐบาล ก่อนหน้านั้น ในปี พ.ศ. 2539 ได้เกิดเหตุการณ์รุนแรงทั้งหมด 42 ครั้ง และเพิ่มเป็น 83 ครั้งในปี พ.ศ. 2540 และ 139 ครั้งในปี พ.ศ. 2541 ส่วนในปี พ.ศ. 2545 เกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น 82 ครั้ง และ 84 ครั้งในปี พ.ศ. 2546

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

มีการอ้างว่าความยากจนและปัญหาเศรษฐกิจและเป็นปัจจัยหนึ่งเบื้องหลังการก่อการร้าย เพราะจังหวัดชายแดนใต้ มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดเมื่อเทียบกับจังหวัดภาคใต้ด้วยกัน แม้ว่าสมรรถนะของเศรษฐกิจชายแดนภาคใต้พัฒนาขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงทศวรรษหลัง ๆ ระหว่างปี 2526 ถึง 2546 รายได้ต่อหัวของจังหวัดปัตตานีเพิ่มขึ้นจาก 9,340 บาท เป็น 57,621 บาท ขณะที่รายได้ต่อหัวของจังหวัดยะลาและนราธิวาสก็เพิ่มขึ้นจาก 14,987 บาท เป็น 52,737 บาท และจาก 10,340 บาท เป็น 38,553 บาท ตามลำดับ ถึงอย่างนั้นการขาดประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรเพื่อพัฒนาท้องถิ่นเป็นปัจจัยหนึ่งของความไม่สงบ เอกชนมักไม่มีส่วนร่วมในการลงทุน เพราะพื้นที่อยู่ภายใต้หน่วยงานความมั่นคงของรัฐ คณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ รายงานว่าโครงสร้างการพัฒนาเศรษฐกิจของภาคใต้มีปัญหา เพราะประชากรยากจนสูง และมีการแย่งชิงทรัพยากร นักวิเคราะห์ทางสังคมกลับมองว่า ความยากจนมิใช่ปัญหาทั้งหมด แต่เป็นการไม่ได้รับความยุติธรรมมากกว่า และการแก้ปัญหาความรุนแรง รัฐควรแก้ปัญหาแรงจูงใจทางการเมือง

ปัจจัยทางการศึกษา

ในระบบโรงเรียนปอเนาะ (Pondok) ของไทย พบว่ามีบางโรงเรียนที่มีเป้าหมายการแบ่งแยกดินแดนหรือการทำสงครามศักดิ์สิทธิ์ เพื่อตอบโต้รัฐบาลไทยชาวมุสลิมมาเลยในพื้นที่เชื่อว่าการกดขี่ข่มเหงพวกเขาอย่างชัดเจน ระบบโรงเรียนดังกล่าวถูกกลุ่มแบ่งแยกดินแดนแทรกซึมแล้วเผยแพร่ลัทธิอุดมการณ์ ซึ่งหน่วยข่าวกรองกองทัพระบุว่า โรงเรียนสอนศาสนากลายเป็นแหล่งบ่มเพาะสมาชิกใหม่ของกลุ่มต่าง ๆ และหัวหน้ากลุ่มแบ่งแยกดินแดนนั้นก็สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนปอเนาะ (สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2558)

สรุปสถิติเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ประจำปี 2557

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี (2558) ได้รวบรวมสถิติเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารของเหตุการณ์ความรุนแรงใน

พื้นที่นำมาสังเคราะห์และจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลเพื่อเป็นฐานในการอธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงอย่างเป็นวิชาการ โดยมีการเผยแพร่ข้อมูลและบทวิเคราะห์อยู่เป็นระยะ ในขณะเดียวกันมีผู้ใช้งานข้อมูลดังกล่าวจากหลายแคว้นอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้ การประมวลผลข้อมูลเป็นสถิติในหลายมิติ อาทิเช่น สถิติจำนวนของเหตุการณ์และผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต องค์ประกอบของเหตุการณ์อย่างวันเวลา พื้นที่ รูปแบบ ผู้กระทำการ เหยื่อหรือเป้าหมายในการก่อเหตุ เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอย่างสื่อมวลชนและได้รับความอนุเคราะห์จากฐานข้อมูลของหน่วยงานราชการหลายแห่ง ได้แก่ ส่วนปฏิบัติการและรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ศูนย์ปฏิบัติการร่วม กองอำนาจการรักษาความมั่นคงภายในภาค 4 ส่วนหน้า (กอ.รมน.ภาค 4 สน.) งานการข่าวศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า (ศปก.ตร.สน.) และศูนย์ประสานงานเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ จังหวัดยะลา อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้วงเวลาที่ผ่านมา ประกอบกับสถานการณ์โดยภาพรวมเริ่มมีทิศทางที่เปลี่ยนไป ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้จึงได้พยายามพัฒนาฐานข้อมูลดังกล่าวให้เป็น “ฐานข้อมูลเหตุการณ์ชายแดนใต้” เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือในทางวิชาการมากยิ่งขึ้น ทั้งยังเตรียมความพร้อมสำหรับการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสถานะสันติภาพของกระบวนการสันติภาพ ในขณะเดียวกันก็พัฒนาข้อต่อหรือจุดเชื่อมต่อสำหรับการประสานฐานข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐและจากองค์กรนอกภาครัฐทั้งในและต่างประเทศ

สำหรับรายงานสรุปสถิติเหตุการณ์ความไม่สงบยังคงยึดเอาวิธีวิทยาและแนวทางการรวบรวมข้อมูลในแบบเดิมเป็นด้านหลัก โดยจะครอบคลุมรายละเอียดของเหตุการณ์ความไม่สงบในห้วงปี 2557 (จาก 1 มกราคม – 24 ธันวาคม) และเปรียบเทียบในรอบ 11 ปี ของความรุนแรงที่ปะทุขึ้นในปี 2547 เป็นต้นมา ข้อสังเกตที่น่าสนใจก็คือจำนวนเหตุการณ์ในปีนี้มีจำนวนน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติตลอด 11 ปีที่ผ่านมา

ภาพรวมเหตุการณ์

ในปี 2557 มีจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบทั้งสิ้น 793 เหตุการณ์ เฉลี่ยเดือนละ 66 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 330 คน เฉลี่ยเดือนละ 28 คน และบาดเจ็บทั้งสิ้น 663 คน เฉลี่ยเดือนละ 55 คน เดือนที่เกิดเหตุสูงสุด : พฤษภาคม จำนวน 128 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 26 คน และได้รับบาดเจ็บ 135 คน เดือนที่เกิดเหตุต่ำสุด : ธันวาคม จำนวน 44 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 7 คน และได้รับบาดเจ็บ 16 คน

ตารางที่ 1 ภาพรวมเหตุการณ์ปี 2557

เดือนที่เกิดเหตุ	จำนวน เหตุการณ์	เสียชีวิต			รวม เสียชีวิต	บาดเจ็บ			รวม บาดเจ็บ	รวมเสียชีวิตและ บาดเจ็บ
		ไม่ระบุ	พุทธ	มุสลิม		ไม่ระบุ	พุทธ	มุสลิม		
มกราคม	68	0	20	19	39	0	22	23	45	191
กุมภาพันธ์	74	0	24	24	48	0	39	18	57	227
มีนาคม	60	2	16	17	35	0	20	18	38	168
เมษายน	31	0	12	11	23	0	35	30	65	142
พฤษภาคม	128	3	8	15	26	1	76	58	135	315
มิถุนายน	74	0	15	19	34	0	36	15	51	193
กรกฎาคม	61	0	13	17	30	2	78	34	114	235
สิงหาคม	66	0	9	9	18	0	29	11	40	142
กันยายน	58	0	10	13	23	0	19	20	39	143
ตุลาคม	68	1	4	13	18	0	15	12	27	131
พฤศจิกายน	61	0	15	14	29	0	27	9	36	155
ธันวาคม	44	0	2	5	7	0	8	8	16	74
รวม	793	6	148	176	330	3	404	256	663	993

สถิติเหตุการณ์ความไม่สงบสะสมตั้งแต่ปี 2547 - 2557 จำแนกเป็นรายปี

ภาพที่ 3 สถิติเหตุการณ์ความไม่สงบสะสมตั้งแต่ปี 2547 - 2557 จำแนกเป็นรายปี

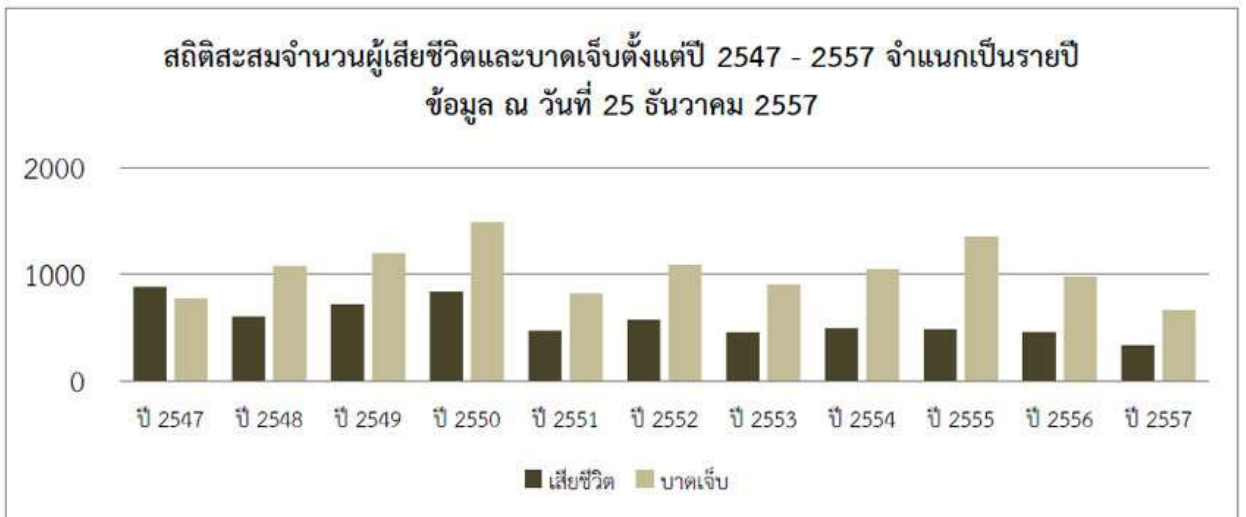


ที่มา : ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch)

สถิติสะสมจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสะสมตั้งแต่ปี 2547 - 2557 จำแนกเป็นรายปี

พบว่ามียุเสียชีวิตทั้งสิ้น 6,286 ราย เฉลี่ยมียุเสียชีวิตปีละ 571 รายและมีผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งสิ้น 1,366 ราย เฉลี่ยปีละ 1,033 ราย

ภาพที่ 4 สถิติสะสมจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสะสมตั้งแต่ปี 2547 - 2557 จำแนกเป็นรายปี



ที่มา : ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch)

สถิติปี 2557 จำแนกตามกลุ่มประเภทของเหตุการณ์

ตารางที่ 2 สถิติปี 2557 จำแนกตามกลุ่มประเภทของเหตุการณ์

ประเภทเหตุการณ์	จำนวนเหตุการณ์	เสียชีวิต	บาดเจ็บ
ยิง	364	261	232
ระเบิด	246	47	417
วางเพลิง	45	-	-
ก่อวินาศกรรม	87	-	-
ประเภทเหตุการณ์อื่น ๆ	51	22	14
รวม	793	330	663

พื้นที่การก่อเหตุ : ระดับจังหวัด

ตารางที่ 3 พื้นที่การก่อเหตุ : ระดับจังหวัด

จังหวัด	จำนวน เหตุการณ์	เฉลี่ยเดือน ละ (เหตุการณ์)	เสียชีวิต	บาดเจ็บ
ปัตตานี	291	24.25	152	299
นราธิวาส	272	22.66	87	160
ยะลา	200	16.66	82	166
สงขลา	30	2.5	9	38

10 อำเภอที่มีเหตุการณ์สูงสุด

ตารางที่ 4 10 อำเภอที่มีเหตุการณ์สูงสุด

อันดับ	อำเภอ	จังหวัด	เหตุการณ์	เสียชีวิต	บาดเจ็บ
1	บันนังสตา	ยะลา	54	17	30
2	ระแงะ	นราธิวาส	44	18	29
3	รือเสาะ	นราธิวาส	44	20	27
4	เมืองยะลา	ยะลา	42	9	50
5	เมืองปัตตานี	ปัตตานี	41	15	85
6	สายบุรี	ปัตตานี	40	23	38
7	หนองจิก	ปัตตานี	36	16	17
8	รามัน	ยะลา	32	12	7
9	สุไหงปาดี	นราธิวาส	30	3	19
10	ทุ่งยางแดง	ปัตตานี	29	13	54

สถิติเหยื่อที่เสียชีวิตจำแนกตามภูมิภาค : รายเดือน ปี 2557

ตารางที่ 5 สถิติเหยื่อที่เสียชีวิตจำแนกตามภูมิภาค : รายเดือน ปี 2557

ภูมิภาค	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
ราษฎร	15	22	16	11	14	20	17	6	11	7	17	6	162
ตำรวจ/ตชด./นปพ.	5	4	3	4	1	3	3	2	1	2	0	0	28
ทหาร	10	10	2	1	2	4	3	7	0	1	0	0	40
ชรบ./อส./อปพร.	2	1	1	0	0	5	1	0	1	0	0	0	11
ครู/บุคลากรทางการศึกษา	1	0	2	0	2	0	0	1	1	0	2	0	9
นักเรียนนักศึกษา	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	5
อบต./อบจ.	0	1	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	6
กำนัน/ผญบ./ผช.ผญบ.	3	2	3	2	1	2	0	1	2	1	3	0	20
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	2	0	3	1	0	0	0	3	0	1	0	10
ลูกจ้างของรัฐ	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	6
ลูกจ้างของเอกชน	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
พระสงฆ์/สามเณร	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ผู้นำศาสนาอิสลาม	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ต่างด้าว	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	6
อื่น ๆ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
เยาวชนไม่เกิน 15 ปี	0	4	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	10
คนร้าย	0	0	2	0	0	0	3	0	1	1	2	1	10
รวม	39	48	35	23	26	34	30	18	23	18	29	7	330

สถิติจำนวนเหยื่อที่เสียชีวิตจำแนกตามภูมิภาค : จังหวัด ปี 2557

ตารางที่ 6 สถิติเหยื่อที่เสียชีวิตจำแนกตามภูมิภาค : จังหวัด ปี 2557

จังหวัด	นราธิวาส	ปัตตานี	ยะลา	สงขลา	รวม
ราษฎร	46	66	42	8	162
ตำรวจ/ตชด./นปพ.	5	14	9	0	28
ทหาร	11	14	15	0	40
ชรบ./อส./อปพร.	3	6	2	0	11
ครู/บุคลากรทางการศึกษา	1	6	1	1	9
นักเรียนนักศึกษา	1	2	2	0	5
อบต./อบจ.	1	4	1	0	6
กำนัน/ผญบ./ผช.ผญบ.	5	11	4	0	20
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	8	1	0	10

ตารางที่ 6 (ต่อ)

จังหวัด	นราธิวาส	ปัตตานี	ยะลา	สงขลา	รวม
ลูกจ้างของรัฐ	1	5	0	0	6
ลูกจ้างของเอกชน	0	3	0	0	3
พระสงฆ์/สามเณร	0	2	0	0	2
ผู้นำศาสนาอิสลาม	1	0	0	0	1
ต่างด้าว	1	3	2	0	6
อื่น ๆ	1	0	0	0	1
เยาวชนไม่เกิน 15 ปี	5	3	2	0	10
คนร้าย	4	5	1	0	10
รวม	87	152	82	9	330

สถิติเหยื่อที่บาดเจ็บจำแนกตามภูมิภาค : รายเดือน ปี 2557

ตารางที่ 7 สถิติเหยื่อที่บาดเจ็บจำแนกตามภูมิภาค : รายเดือน ปี 2557

เดือนที่เกิดเหตุ	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
ราษฎร	11	18	20	49	82	16	62	10	21	13	17	7	326
ตำรวจ/ตชด./นปพ.	5	11	7	10	4	3	14	8	4	0	2	2	70
ทหาร	24	19	7	2	25	22	13	19	2	9	7	3	152
ชรบ./อส./อปพร.	2	2	1	0	9	7	13	0	6	0	4	2	46
ครู/บุคลากรทางการศึกษา	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
นักเรียนนักศึกษา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
อบต./อบจ.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
กำนัน/ผญบ./ผช.ผญบ.	2	2	1	0	0	2	1	0	0	3	2	3	16
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0	0	0	2	1	2	0	2	0	1	0	9
ลูกจ้างของรัฐ	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	4
ลูกจ้างของเอกชน	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
พระสงฆ์/สามเณร	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ผู้นำศาสนาอิสลาม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ต่างด้าว	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
อื่น ๆ	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	4
เยาวชนไม่เกิน 15 ปี	0	3	1	4	11	0	6	1	1	1	2	0	30
คนร้าย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม	45	57	38	66	135	51	114	40	39	27	36	17	665

สถิติจำนวนเหยื่อที่บาดเจ็บจําแนกตามภูมิภาค : จังหวัด ปี 2557

ตารางที่ 8 สถิติจำนวนเหยื่อที่บาดเจ็บจําแนกตามภูมิภาค : จังหวัด ปี 2557

จังหวัด	นราธิวาส	ปัตตานี	ยะลา	สงขลา	รวม
ราษฎร	55	132	107	32	326
ตำรวจ/ตชด./นปพ.	17	43	5	5	70
ทหาร	61	57	34	0	152
ชรบ./อส./อปพร.	18	21	7	0	46
ครู/บุคลากรทางการศึกษา	0	2	0	0	2
นักเรียนนักศึกษา	0	1	0	0	1
อบต./อบจ.	0	0	0	0	0
กํานัน/ผญบ./ผช.ผญบ.	4	8	4	0	16
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	9	0	0	9
ลูกจ้างของรัฐ	2	2	0	0	4
ลูกจ้างของเอกชน	0	2	0	0	2
พระสงฆ์/สามเณร	0	0	0	0	0
ผู้นำศาสนาอิสลาม	0	0	0	0	0
ต่างด้าว	1	0	2	0	3
อื่น ๆ	2	2	0	0	4
เยาวชนไม่เกิน 15 ปี	3	19	7	1	30
คนร้าย	0	0	0	0	0
รวม	163	298	166	38	665

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ พบว่า

ปริญทร์ ศรีศรีลักษณ์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 210 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับดี ($\bar{X} = 2.76$, S.D.= 0.24) ปัจจัยดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.331$, $r=0.495$, $r=0.473$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สามารถร่วมทำนายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 38.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R^2=.380$)

เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ (2556) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 350 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.9 มีอายุในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 90 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ประมาณหนึ่งในสามมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปริญญาตรีในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกือบครึ่ง ร้อยละ 44.6 มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.8 ได้รับข้อมูลขณะตั้งครรภ์ โดยแหล่งความรู้มาจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 69.8 หนังสือตำรา ร้อยละ 67.2 บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 60.9 และเอกสารความรู้/แผ่นประกาศจากโรงพยาบาลร้อยละ 56.0 โดยชนิดของความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โภชนาการ การทำงานและการออกกำลังกาย อาการผิดปกติและการแก้ไข คิดเป็นร้อยละ 88.5, 76.4, 62.6 และ 59.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.45) มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีทุกด้านเช่นกัน ($\bar{X}=3.80$, S.D.=0.39) การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วุฒิการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุไม่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เนตรดาว จิตโสภากุล (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ และการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้สะดวกสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40

สุชาดา ชัยวรรณ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านเกียงพา ตำบลตำผามอก อำเภอลอง จังหวัดแพร่ จำนวน 260 คน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีเจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี และรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคคลทางสังคมในเรื่องการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ

ประชาชน พบว่า อยู่ในระดับมากเช่นกัน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ทางด้าน ปัจจัยส่วนบุคคลมีเพียงระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรปัจจัยนำด้านเจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริมการรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคคล ทางสังคม และปัจจัยเอื้อต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านกิ่งฟ้า ตำบล ต้าผามอก อำเภอลอง จังหวัดแพร่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ธวัช วิเชียรประภา และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 384 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อายุ การได้รับการ อบรมเพิ่มเติม การเข้าร่วมประชุมและการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ ($r = .271, .203, .122, .189, .125$ และ $.128$ ตามลำดับ) โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การได้รับการอบรมเพิ่มเติม และอายุ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรีได้ร้อยละ 15.2 ($R^2 = .152, p < .001$)

อมร พิภูลงาม (2555) ศึกษาความเครียดและคุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการ ทหาร และตำรวจใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพ สมรส รายได้ และตำแหน่งหน้าที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของทหาร และตำรวจใน พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, 0.44$ และ 0.35 ตามลำดับ) และ ปัจจัยด้านอายุ รายได้ และประสบการณ์ในการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตใน การทำงานของทหาร และตำรวจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23, 0.42$ และ 0.37 ตามลำดับ)

เพลินพิศ เชื้ออ่อน, สุรางค์ เมรานนท์ และสุทธิ ชัตติยะ (2554) ศึกษาพฤติกรรม สุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 380 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ ปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ 6 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านอาหารและโภชนาการ 2) ด้านอนามัยส่วนบุคคล 3) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) ด้านสุขภาพจิต 5) ด้านการออกกำลังกาย 6) ด้านอุบัติเหตุ ตามลำดับ และพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร

วรรณวิมล เมฆวิมล (2554) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 234 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพกายของบุคลากร ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเหมาะสม นานๆ จะมีอาการ ปวดหลังหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อมีอาการปวด ปลอ่ยให้หายเอง ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี โรค ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคกระเพาะอาหาร รองลงมา ภูมิแพ้ ไมเกรน ข้อหรือกล้ามเนื้อ อักเสบ ความดันโลหิตสูง โคลเลสเตอรอลหรือไขมันในเส้นเลือดสูง ตามลำดับ ส่วนใหญ่ติดตามอาการ

เจ็บป่วยโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไปพบแพทย์ ระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษาแพทย์ การตรวจดูอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างจะมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง

สุรรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2553) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จำนวน 420 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ คณะ ชั้นปี ความรู้ เจตคติ ค่านิยม และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ของบิดา-มารดา รายได้รวมของครอบครัว การมีและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การรับรู้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ศาสนา เพศ คณะ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เจตคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับการศึกษาของบิดา-มารดา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานีได้ร้อยละ 35.95

อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แยม (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถร่วมทำนายกับพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 23.3 และในปัจจัยเหล่านี้ พบว่า มี 4 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่างๆ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และเพศ

ดวงรัตน์ และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย จำนวน 82 นาย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r=.695$ และ $r=.514$, $p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r=-.349$ $p < .01$) การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ประโยชน์และการ

รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายนายการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 50.8 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

จรรยารัตน์ รอดเนียม และคณะ (2553) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 152 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ทั้งก่อนและหลังเรียน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังเรียนอยู่ในระดับน้อย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเรียนสูงกว่าหลังเรียนทุกด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ (2553) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาส จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุและอาการของโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เนื่องจากเคยมีบุคคลในครอบครัว เพื่อนญาติ เป็นโรคเบาหวาน แต่เมื่อได้รับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค คณะผู้วิจัย ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 พฤติกรรมตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ที่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งตัวผู้ป่วยเองและสภาพแวดล้อม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายประจำเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ พฤติกรรมการพักผ่อน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ป่วยบางคนมีภาวะเครียด พฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาส ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาส ครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาและภายใต้กรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่ามี 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1 ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมี 4 องค์ประกอบย่อย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม 2 อิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง 3 อิทธิพลจากสถานการณ์ 4 ความจำเป็นและทางเลือกอื่น ซึ่ง 4 องค์ประกอบนี้สอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาส โดยการประเมินคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย คะแนนพฤติกรรม คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย คะแนนพฤติกรรมการพักผ่อน คะแนนพฤติกรรมคลายเครียด และคะแนนพฤติกรรมรักษาอย่างต่อเนื่อง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังร่วมโครงการวิจัย พบว่า คะแนนรวม

พฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างกึ่งการทำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนทำกิจกรรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นาฏอนงค์ ฉลวยศรี และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 377 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ด้านสถานที่และด้านเวลา ปัจจัยเสริม ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มี 5 ตัว เรียงลำดับตามความสำคัญ ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ด้านสถานที่และด้านเวลา ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย เพศ สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 42.00

สมสมัย สุธีรคันต์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลวิทยาลัยของรัฐ จำนวน 350 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.62 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมในอดีต อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .68, .56, .45, .35, p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรค การมีบุคคลที่เป็นภาระและรายได้รวมของครอบครัวไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .18, -.15, -.12, p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมในอดีต อิทธิพลระหว่างบุคคล การปฏิบัติงานเข้า บ่าย ดึก และสถานภาพสมรส สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้ร้อยละ 55.8 ($R^2 = .558$)

นวพรรณ จินนแพทย์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 77.5 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมในมิตีย่อยของการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 82.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.3 ส่วนพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.8 ไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีความเครียดแต่นานๆ ครั้ง และพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 93.5 ตรวจสุขภาพ ตัวแปรอายุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนดัชนีมวลกาย การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

รสรินทร์ แก้วตา (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายในระดับต่ำ ร้อยละ 64 ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) โดยที่ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายมากที่สุด

วชรกานต์ นุ่นเกลี้ยง (2552) ศึกษาขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการในจังหวัดปัตตานี ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 389 คน ผลการวิจัยพบว่าขวัญและกำลังใจของข้าราชการในจังหวัดปัตตานีอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สายอาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และภูมิลำเนา ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ส่วนศาสนา และภาษาไม่ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการ แนวทางเสริมสร้างต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานขององค์การทหาร ด้านสวัสดิการทางการเงิน องค์กรตำรวจ ด้านสวัสดิการทางการเงิน องค์กรครู ด้านสิทธิพิเศษอื่น ๆ และองค์กรข้าราชการทั่วไป ด้านสิทธิพิเศษอื่น ๆ ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ส่วนแนวทางเสริมสร้างขวัญและกำลังใจขององค์กรแพทย์/พยาบาล ไม่ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการ นโยบายภาครัฐเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ด้านนโยบายการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์ความไม่สงบ และด้านนโยบายการพัฒนาพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการในจังหวัดปัตตานี

ดารินทร์ ฤาชัย (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 652 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดังกล่าว และตัวแปรทั้ง 8 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2=0.35$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 26.2

($R^2=0.262$) รองลงมา คือ กลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ คือ ร้อยละ 14 ($R^2=0.140$) และกลุ่มตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ร้อยละ 2 ($R^2=0.020$) ตามลำดับ

อาทร อุดติ และคณะ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล จำนวน 360 คน ผลการวิจัยพบว่า จากผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคม ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับฝึกอบรมด้านสาธารณสุข และการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่ อสม. ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามบทบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของ อสม. และพบว่าปัจจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามบทบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของ อสม. ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม รองลงมา ได้แก่ เพศ สถานภาพทางสังคม การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่ อสม. และสถานภาพสมรส โดยปัจจัยทั้งห้าสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามบทบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของ อสม. ได้ร้อยละ 18.1

อรทัย อินทร์แก้ว (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา จำนวน 228 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์และระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า มีระดับการรับรู้โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียดและพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล คุณลักษณะ และประสบการณ์ของบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การประกอบอาชีพเกษตรกรรม และการเป็นอาสาสมัครเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชนสามารถพยากรณ์หรือร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ร้อยละ 39.5 จากการศึกษาสมการพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพยากรณ์หรือร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียดและการพัฒนาจิตวิญญาณ ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายรองลงไปได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจึงควรมุ่งเน้นการเสริมพลัง พัฒนาฐานการเรียนรู้ องค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรวบรวมปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการได้รับสิทธิการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย สิทธิในการเลือกบริการ การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชนและการสร้างค่านิยมให้ทุกคนสนใจและดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 435 คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 (SD.=0.57), 2.73 (SD. =0.88) และ 3.11 (SD. =0.57) ตามลำดับ ยกเว้นด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.17 (SD. =0.46) นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยที่ถูกคัดสรร และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติได้ร้อยละ 63.30

วรพร จายนีโยธิน (2548) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูเอกชน ระดับมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 375 คน ผลการวิจัยพบว่า ครูเอกชนระดับชั้นมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการไม่เสพสิ่งเสพติด ด้านการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก และครูเอกชนระดับชั้นมัธยมศึกษาที่มีสถานภาพประชากรแตกต่างกัน คือ ระดับชั้นที่สอน ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กมลชนก ทองเอียด (2548) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยบางประการ ในผู้ถูกควบคุมชาย ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนภาคใต้ จำนวน 166 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใน ด้านออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดี ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อนในระดับดี มีความรู้สึกรู้ค่าในตนเองสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก

ตรีพร ชุมศรี (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ จำนวน 259 คน ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = .39) การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .58, .64$ และ $.55$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.30$) 3. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่

สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ได้ร้อยละ 47.0 ($R^2 = .47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อดิญาณ์ ศรเกษตรริน และคณะ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 1,200 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 79.02 ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีพฤติกรรมระดับมาก ได้แก่ การรับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและบรรจุในภาชนะที่สะอาด ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีพฤติกรรมในระดับมาก ได้แก่ มีเวลาในการพักผ่อนเพียงพอ นอนหลับสนิทอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ไม่ใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ การแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก คือ การยิ้มแย้มกับเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ การชื่นชมกับความสำเร็จของเพื่อนบ้าน การพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ สวมหมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัย ข้ามถนนโดยทางม้าลาย เรื่องการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสัมพันธ์และการทำนายระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ต่ออุปสรรค ในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่ำ โดยสรุปพบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคม ประชาชน ในเรื่องอายุ คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ในเรื่องค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ด้านบริการสุขภาพในเรื่องคุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้และสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ได้ร้อยละ 32.90 ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง เพศหญิงและชาย ไม่มีความเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลทั้งเพศชายและหญิง มีความสามารถในการรับรู้ข่าวสารมากขึ้นในทุกแง่มุมประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นผลทำให้พฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ไม่ต้องซื้ออุปกรณ์ที่มีราคาแพง โดยสามารถไปพักผ่อนในสถานที่ใกล้เคียง เช่น สวนสาธารณะ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้รับสิทธิและสวัสดิการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการจัดการกับความเครียดสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การนั่งสมาธิ และการทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น

ทศพร พรหมวา (2547) ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 250 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือการรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและช่วงเวลาปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 56

วารินทร์ ปุยทอง (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 377 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่งอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความชัดเจนของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 26.90 ตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด คือ ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้ร้อยละ 18.20

ภัทรจิต นิลราช (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลา จำนวน 330 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก ด้านการพัฒนาทาง

จิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคลของการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลด้านสถานการณ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 45.2 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลด้านสถานการณ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พงศ์เทพ เกตุไสว (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 155 คน ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดปทุมธานี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดปทุมธานี ที่มีเพศ เจตคติ และค่านิยม เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจาก บุคคลต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายได้ต่อเดือน การรับรู้นโยบาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ต่างกัน มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ เพศ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดปทุมธานี ได้ร้อยละ 47.90

มยุรี นีรัตธราดร (2539) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 240 คน ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.413, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.376, p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และรายได้สามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ร้อยละ 34.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมาก รับรู้ว่ามีอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพน้อย และมีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูง

ประสพชัย พสุนนท์ และ เกตุวดี สมบูรณ์ทวี (2557) ศึกษาการวิเคราะห์ความสมนัยของกิจกรรมยามว่างกับผลการเรียนเฉลี่ยสะสม ชั้นปี และสาขาวิชาของนักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมยามว่างของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนเฉลี่ยสะสมที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กิจกรรมยามว่างมีความสัมพันธ์ กับชั้นปีการศึกษาของนักศึกษาที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และสามารถ

จัดกลุ่ม 3 กลุ่มประกอบด้วยกลุ่มของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมวิชาการ กลุ่มของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมกีฬาและกลุ่มของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมนันทนาการสโมสรมักศึกษาและความรับผิดชอบต่อสังคม และกิจกรรมยามว่างมีความสัมพันธ์กับสาขาวิชาของนักศึกษาที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และสามารถจัดกลุ่ม 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาชุมชนมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคมกลุ่ม นักศึกษาสาขาวิชาการจัดการธุรกิจทั่วไป การจัดการการท่องเที่ยว การจัดการการโรงแรมและการจัดการธุรกิจและภาษาอังกฤษ มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมนันทนาการวิชาการและสโมสรมักศึกษา และกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาการตลาดและรัฐประศาสนศาสตร์มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมกีฬา

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สรุปได้ว่าในเรื่องของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ศึกษาประยุกต์ตามแนวคิดของ Pender (1996) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งพบว่าถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติหรือทำกิจกรรมต่างๆ ตามแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคคลต่างๆ แต่ก็ยังไม่เคยมีรายงานการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างชัดเจน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจที่ปฏิบัติงานระดับอำเภอในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การค้นหากลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป และผู้วิจัยเขียนกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ดังนี้

ตารางที่ 9 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์/มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ

ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อผู้วิจัย																รวม	คิดเป็น %
	ดวงรัตน์ , 2554	วารวิมล, 2543	จรัมรัตน์, 2553	เพ็ญศรี, 2553	ทวีศักดิ์, 2549	วชรกานต์,2552	นาฏอนงค์,2552	อรัญญา, 2550	สุชาดา, 2556	สุรรัตน์ ,2554	อรุณรัตน์ ,2553	สมสมัย , 2552	กมลชนก, 2547	ธวัช,2555	อมร, 2557	ปริญทร์, 2557		
เพศ	✓	✓*	✓	✓	✓		✓*	✓	✓	✓	✓*	✓		✓	✓	✓	14	87.5
อายุ	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓*	✓*	✓	15	93.7
อาชีพ		✓				✓*		✓*						✓			4	25
ภาษา						✓											1	6.2
ศาสนา			✓		✓	✓	✓			✓				✓			6	25
ค่าใช้จ่าย					✓												1	6.2
ภูมิลำเนา						✓*											1	6.2
ที่พักอาศัย	✓				✓						✓						3	18.7
ชั้นปีที่ศึกษา					✓					✓*	✓						3	18.7
ขณะที่ศึกษา					✓					✓*	✓						3	18.7
ดัชนีมวลกาย	✓	✓*										✓				✓	4	25
ระดับการศึกษา	✓	✓						✓	✓*	✓*		✓	✓	✓	✓	✓	10	62.5

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อผู้วิจัย																รวม	คิดเป็น %
	ดวงรัตน์ , 2554	วรวิมล, 2543	จรัมรัตน์, 2553	เพ็ญศรี, 2553	ทวีศักดิ์, 2549	วชรกานต์,2552	นาฏอนงค์,2552	อรทัย ,2550	สุซาดา, 2556	สุรรัตน์ ,2554	อรุณรัตน์ ,2553	สมสมัย , 2552	กมลชนก, 2547	ธวัช,2555	อมร, 2557	ปรีนทร์, 2557		
ฐานความผิด													✓				1	6.2
ความเครียด	✓																1	6.2
สิทธิพิเศษอื่นๆ						✓*											1	6.2
นโยบายต่าง ๆ						✓*											1	6.2
รายได้ต่อเดือน	✓	✓	✓	✓		✓*	✓*		✓	✓*	✓	✓		✓	✓*		12	75
สถานภาพสมรส	✓	✓								✓*		✓*				✓	5	31.2
สายการปฏิบัติงาน		✓						✓									2	
ชั่วโมงการทำงาน		✓															1	6.2
การมีโรคประจำตัว			✓	✓								✓				✓	4	25
จำนวนปีที่รับราชการ	✓						✓										2	12.5
แหล่งบริการสุขภาพ										✓*							1	6.2
การรับรู้ภาวะสุขภาพ											✓*						1	6.2
เวลาในการเดินทางไปทำงาน												✓					1	6.2

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อผู้วิจัย															รวม	คิดเป็น %	
	ดวงรัตน์ , 2554	วรวิมล, 2543	จุมรัตน์, 2553	เพ็ญศรี, 2553	ทวิศักดิ์, 2549	วชรกานต์,2552	นาฏอนงค์,2552	อรทัย ,2550	สุชาดา, 2556	สุธีรัตน์ ,2554	อรุณรัตน์ ,2553	สมสมัย , 2552	กมลชนก, 2547	ธวัช,2555	อมร, 2557			ปรีนทร์, 2557
ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ										✓*							1	6.2
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ									✓*	✓*			✓*				3	18.7
จำนวนครั้งของการเยี่ยม													✓				1	6.2
อิทธิพลด้านสถานการณ์				✓*	✓			✓			✓*	✓*					5	31.2
ความพอเพียงของรายได้	✓																1	6.2
ระยะเวลาที่อยู่ในศูนย์ฝึก													✓				1	6.2
การตรวจสุขภาพประจำปี		✓*															1	6.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	✓													✓	✓*		3	18.7
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง													✓*				1	6.2
ยศ/ตำแหน่งข้าราชการทางตำรวจ	✓											✓*			✓*		3	18.7
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	✓*		✓*		✓*			✓*				✓*		✓*		✓*	7	43.7
การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ										✓*							1	6.2

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อผู้วิจัย																รวม	คิดเป็น %
	ดวงรัตน์ , 2554	วรวิมล, 2543	จุมรัตน์, 2553	เพ็ญศรี, 2553	ทวิศักดิ์, 2549	วชรกานต์,2552	นาฏอนงค์,2552	อรทัย ,2550	สุชาดา, 2556	สุธีรัตน์ ,2554	อรุณรัตน์ ,2553	สมสมัย , 2552	กมลชนก, 2547	ธวัช,2555	อมร, 2557	ปรีนทร์, 2557		
การรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคคลทางสังคม									✓*								1	6.2
การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ									✓*	✓*							2	12.5
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย														✓*			1	6.2
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ	✓*		✓*		✓						✓*	✓*					5	31.2
อิทธิพลด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					✓*					✓*	✓*	✓*	✓*				5	31.2
เจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ									✓*	✓*	✓*						3	18.7
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ	✓*		✓*		✓			✓*				✓*				✓*	6	37.5
ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ							✓		✓*	✓*				✓*			4	25

✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว

✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย