

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
กึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร
The Predictive Factors of Health Promotion Behaviors
among a Population Living in the Urban Community of
Metropolitan Bangkok

พานทิพย์ แสงประเสริฐ*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

จารุวรรณ วิโรจน์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

Pantip Sangprasert*

Faculty of Nursing, Thammasat University, Thammasat University,
Rangsit Centre, Khlong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani 12120

Jaruvan Wiroj

Faculty of Public Health, Mahasarakham University,
Kham Riang, Kantharawichai, Maha Sarakham 44150

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจตัดขวางนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานต่อการทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่พบได้โดยสะดวกและยินดีตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร คือ จังหวัดปทุมธานี สุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 4 เดือน ได้จำนวนทั้งหมด 724 ท่าน ใช้แบบสอบถามโดยตอบด้วยตนเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวกทั้งหมด 6 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความสัมพันธ์และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม คือ อายุ ระดับการศึกษา และการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปัจจัยทั้งสามมีอิทธิพลและร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมได้ร้อยละ 8.8 (adjusted $R^2 = 0.088$) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบดังนี้ (1) ด้าน

*ผู้รับผิดชอบบทความ : pantips162@gmail.com

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี 3 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความเครียด โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 4.6 (adjusted $R^2 = 0.046$) (2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย มี 2 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษา และการมีการเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 4.4 (adjusted $R^2 = 0.044$) (3) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ มี 2 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาและระดับความเครียดโดยรวมทำนายได้ร้อยละ 4.4 (adjusted $R^2 = 0.044$) (4) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มี 5 ปัจจัย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และระดับความเครียด โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 10.8 (adjusted $R^2 = 0.108$) (5) ด้านการจัดการความเครียด มี 3 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา และการมีความเจ็บป่วยประจำตัว โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 8.5 (adjusted $R^2 = 0.085$) และ (6) ด้านโภชนาการ มี 3 ปัจจัย คือ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 5.8 (adjusted $R^2 = 0.058$) ตามลำดับ ยกเว้นปัจจัยรายได้และอาชีพ ไม่มีอิทธิพลร่วมทำนายต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างนัยสำคัญ สรุปและข้อเสนอแนะ พยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพนำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะสร้างความตระหนักต่อการรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยกลวิธีสุศึกษานั้นควรให้เหมาะสมกับช่วงอายุ ระดับการศึกษา และภาวะความเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ; ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท; ปริมณฑลกรุงเทพมหานคร

Abstract

The objectives of this descriptive cross-sectional survey design research were to determine the correlation and find out the factors influencing of health promotion behaviors. Seven hundred twenty-four convenient samples were recruited from general population aged over 15 years, who are living in a urban community of metropolitan Bangkok: Pathum Thani province. The periods of this study were four-months. The research instrument was comprised of the self-completed questionnaires, which contained two parts. The first part asked about demographic data. The second part was the health promotion behaviors. Data were analyzed using a correlation and stepwise multiple regression. Results of the study showed a positive statistically significant correlation between aged, educational level and having a chronic illness factors with total scores of health promotion behaviors ($p < 0.01$ and $p < 0.05$). Also, these three factors were the predictors as they all accounted for 8.8 percent of total health promotion behaviors. In addition that factors were the predictors to scores each of health promotion behaviors: (1) personal relationship; aged, educational level and stress level (adjusted $R^2 = 0.046$), (2) Physical activity or exercise; educational level and having a chronic illness (adjusted $R^2 = 0.044$), (3) Spiritual or mental intelligence; educational level and stress level (adjusted $R^2 = 0.044$), (4) Responsibility for health; gender, aged, educational level, having a chronic illness and stress level (adjusted $R^2 = 0.108$), (5) Stress management; aged, educational level and having a chronic

illness (adjusted $R^2 = 0.085$), and (6) Nutrition for healthy; gender, aged and educational level (adjusted $R^2 = 0.058$) respectively. Beside income and occupational factors not showed statistically significant difference prediction with scores of health promotion behaviors at $p < 0.05$. It was suggested the community health nurses and health team should to health educated awareness for preventing and promoting health, the issue was appropriated with aged educational level and conditioning chronic illness in the further study.

Keywords: health promotion behavior; urban community; metropolitan Bangkok

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาในการวิจัย

ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเทคโนโลยี การเมือง และเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนและสังคมอย่างมากที่ต้องแข่งขันในการดำรงชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ และเอื้ออาทรต่อกันลดลง เกิดความเครียด ร่วมกับการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงเพิ่มมากขึ้น เช่น การบริโภคไม่ถูกหลัก ไขมันอิ่มตัวสูง โซเดียมและน้ำตาลสูงเกินไป อาหารปิ้งย่างรมควัน ขาดการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมจัดการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม การดำเนินชีวิตด้วยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นเหตุส่งเสริมการเกิดโรคเรื้อรังสำคัญ 4 อันดับแรก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายสำคัญของประเทศ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต [1,2]

เพนเดอร์ (Pender, 2006) [3] เชื่อว่าการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม พฤติกรรมที่กล่าวถึง 6 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย การพัฒนาจิตวิญญาณหรือสติปัญญา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการมีโภชนาการที่ดี ซึ่งพฤติกรรม

เหล่านี้หากปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ จะสามารถทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น และช่วยชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมได้ มีรายงานการวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ผลของการออกกำลังกายในคนป่วยสองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 10 และ 5 มม.ปรอท และสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวได้ 7 และ 6 มม.ปรอท ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นชัดเจนของการลดลงในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ และผลอื่นที่ได้ตามมา ได้แก่ อัตราการได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 11.8 % อัตราการเต้นหัวใจลดลง 6.8 % และดัชนีมวลกายลดลง 1.2 % และยังช่วยเพิ่มระดับไขมันที่มีประโยชน์ (high density lipid, HDL) ลดระดับไขมันที่ให้โทษ (low density lipid, LDL) ซึ่งเป็นการช่วยลดอัตราการเกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด [4] และการสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจด้วยกระบวนการทำไบโอฟีดแบคต่อการลดความเครียด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ภาวะสุขภาพและระดับความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) [5]

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่ง

ชนบท [6] จากลักษณะระยะทางห่างจากอำเภอคลองหลวงประมาณ 3 กิโลเมตร มีถนนมอเตอร์เวย์ผ่านประกอบอาชีพหลากหลาย ทั้งกลุ่มเกษตรกรดั้งเดิมและกลุ่มรับจ้างทั่วไปหรือรับจ้างโรงงานอุตสาหกรรม ประชาชนย้ายถิ่นเข้าอยู่ใหม่ เกิดหมู่บ้านจัดสรร เพิ่มจากบ้านถิ่นเดิม การปรับสภาพความเป็นอยู่จากสังคมเกษตรสู่สังคมอุตสาหกรรม สอดคล้องกับการกิจเชิงพัฒนาการของวัยทำงาน ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากความรับผิดชอบเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งบางครั้งรายได้ไม่มีความแน่นอน ส่วนวัยสูงอายุพบมากกว่าร้อยละ 16 เป็นวัยแห่งความเสื่อมของสังขาร จากการสำรวจประชากรทั้งสองวัยมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 30 โดยความดันโลหิตสูงพบอัตราป่วยสูงเป็นอันดับแรก [2] ซึ่งความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นเวลายาวนานจะนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศไทย และอันดับต้นของโลก [1,7-10]

มีรายงานการศึกษาปัจจัย เพศ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ระดับ 0.000 [11] และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต พบว่าการมีและการเข้าถึงสถานการณหรือโครงการที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49.6 [12] ซึ่งการศึกษาปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นสิ่งสำคัญและยังมีการศึกษาน้อย ดังนั้นงานวิจัยนี้มีคำถามการวิจัย คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การมีรายได้ การมีความเจ็บป่วยประจำตัวและการมี

ความเครียด จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างไร เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทต่อไป

2. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีความเจ็บป่วยประจำตัว และระดับความเครียด กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3. ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากร

ประชากรชายและหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในจังหวัดปทุมธานี

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มหมู่บ้านอย่างง่ายจาก 16 หมู่ ได้ 5 หมู่ คือ หมู่ 7, 10, 11, 12 และ 16 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่พบได้โดยสะดวก และยินดีตอบแบบสอบถาม โดยใช้สุตรยามาเน่ [13] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างร่วมกับระยะเวลากำหนด (cross-sectional survey design) จากการสำรวจ 6 เดือน คือ เมษายน 2553 ถึงกันยายน 2553 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมด 724 คน

$$n = N / 1 + N e^2$$

โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e คือ ความคาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง เท่ากับ 5 % จะใช้ค่า 0.05

N คือ ขนาดของประชากรอำเภอคลองหลวง (211,605 คน)

แทนค่า $n = 211,605 / 1 + 211,605 (0.05)^2$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง (n) ควรจะมีจำนวนอย่างน้อยเท่ากับ 399.24 คน เพื่อความแปรปรวน 80 % ได้ 719 คน

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุบนฐานระบบบริการปฐมภูมิ ภายหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยรหัส IRB NSTU008/2010 จึงชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย

(1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว และระดับความเครียดจากแบบวัดความเครียดในคนไทย [14]

(2) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทย [15] ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย การพัฒนาจิตวิญญาณหรือสติปัญญา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการมีโภชนาการที่ดีทั้งหมด 36 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกปลายปิด มีความถี่ของการปฏิบัติ 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยให้คะแนน ตั้งแต่ 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 36-144 คะแนน โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาทดสอบความเชื่อถือได้โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.96

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยอายุ ใช้

Pearson correlation เพศ และรายได้ การมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้สถิติ point of biserial correlation ระดับการศึกษา และระดับความเครียด ใช้สถิติ Spearman correlation ส่วนอาชีพใช้ one way ANOVA และใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายปัจจัยทั้งหมดต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

4. ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 724 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.7 มีอายุเฉลี่ย 44.4 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับสูงสุดคือประถมศึกษาร้อยละ 53.0 รองลงมาคือมัธยมศึกษาร้อยละ 29.0 อาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้างบริษัทและรับจ้างทั่วไปร้อยละ 36.3 รองลงมาคือค้าขายร้อยละ 15.6 พบจำนวนผู้ที่ไม่เปิดเผยรายได้ร้อยละ 61.7 และมีรายได้แน่นอนร้อยละ 38.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 68.5 ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 31.5 โดยมีความดันโลหิตสูงมากที่สุดและบางคนมีมากกว่าหนึ่งโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติมากที่สุดร้อยละ 39.8 รองลงมาเป็นระดับเล็กน้อยร้อยละ 33.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมพบว่าอายุ ระดับการศึกษา การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การมีรายได้ การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังและระดับความเครียดด้วยสถิติความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามี 3 ปัจจัย ที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายต่อคะแนน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 724)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
เพศ (n = 724)		
หญิง	328	45.30
ชาย	396	54.70
อายุ (ปี) (n = 724)		
15-20 ปี	66	9.10
21-35 ปี	141	19.50
36-60 ปี	344	47.50
มากกว่า 60 ปี	173	23.90
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 44.4 (16.8)	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) = 44.0 (15.0 : 89.0)	
การศึกษา (n = 707)		
ไม่ได้เรียน	29	4.10
ประถมศึกษา	375	53.00
มัธยมศึกษา	205	29.00
อนุปริญญา/ปวช., ปวส.	52	7.40
ปริญญาตรี	43	6.10
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.40
อาชีพ (n = 700)		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	29	4.10
รับจ้างบริษัท	254	36.30
เกษตรกร	86	12.30
ค้าขาย	109	15.60
ไม่ได้ประกอบอาชีพหลัก ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา สูงอายุ แม่บ้าน/พ่อบ้าน	222	31.70
รายได้ (n = 724)		
ไม่เปิดเผยรายได้	447	61.70
มีรายได้แน่นอน	278	38.30
การมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (724)		
ไม่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว	497	68.50
มีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว	227	31.50
- ความดันโลหิตสูง	59	8.20
- ไขมันสูง	42	5.80
- กระดูกและข้อ	37	5.10
- เบาหวาน	24	3.30
- ทางเดินหายใจและภูมิแพ้	21	2.90
- หัวใจและหลอดเลือด	12	1.70
- ความดันโลหิตสูง/หัวใจและหลอดเลือด	11	1.50
- เบาหวาน/หัวใจและหลอดเลือด	10	1.40
- เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	9	1.30
- เบาหวาน/หัวใจและหลอดเลือด	2	0.30
ระดับความเครียด (n = 664)		
สุขภาพจิตดี	125	17.20
ปกติ	289	39.80
เล็กน้อย	243	33.50
มาก	7	1.00

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว และระดับความเครียดกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ						
	การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	การเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกาย	การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	การจัดการความเครียด	โภชนาการ	โดยรวม
เพศ	- 0.007	- 0.042	- 0.042	0.101**	0.041	0.135**	0.049
อายุ	0.083*	0.035	- 0.057	0.239**	0.180**	0.166**	0.155**
ระดับการศึกษา	0.067	0.080*	0.137**	0.049	0.047	0.026	0.091*
อาชีพ	0.071	- 0.048	- 0.043	0.180*	0.048	0.081*	0.072
รายได้	- 0.052	0.067	- 0.080*	- 0.023	0.041	0.022	- 0.008
การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว	0.042	0.120**	0.010	0.257**	0.242**	0.125**	0.188*
ระดับความเครียด	- 0.149**	0.034	- 0.160**	0.123**	0.106**	- 0.059	- 0.026

*Correlation is significant at 0.05 level (2-tailed), **Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed)

หมายเหตุ : อายุ ใช้ Pearson correlation; เพศ รายได้ การมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้สถิติ point of biserial correlation; ระดับการศึกษา ระดับความเครียด ใช้สถิติ Spearman correlation; อาชีพใช้ one way ANOVA

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ อายุ (p-value = 0.011) ระดับการศึกษา (p-value < 0.001) และการมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว (p-value = 0.001) โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 8.8 (adjusted R^2 = 0.088) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบรายละเอียดดังในตารางที่ 3

4. อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับปัจจัยทั้งสามยังมีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม คือ อายุ ระดับการศึกษา และการมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังตารางที่ 2 และ 3 อธิบายได้ว่าอายุเป็นลักษณะเฉพาะด้านสรีระร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เมื่อ

อายุมากขึ้นได้ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตได้เห็นรูปแบบพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดู เช่น บิดามารดา พี่น้อง ญาติในครอบครัว เมื่อออกสู่สังคมภายนอกบ้านจะเลียนแบบพฤติกรรมของกลุ่มหรือบุคคลที่ชื่นชอบ ประสบการณ์การดำเนินชีวิตตามวิถีทางวัฒนธรรมถือเป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาตินอกชั้นเรียน ทำให้เกิดฐานความรู้ (tacit knowledge) [16] อีกประเด็นปัจจัยระดับการศึกษามีผลต่อการทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน เนื่องจากการศึกษาในระดับชั้นเรียนเป็นกระบวนการ การเพิ่มเติมความรู้อย่างเป็นระบบโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (explicit knowledge) ซึ่งจะต่อยอดของฐานความรู้ดั้งเดิมตามวัฒนธรรม [17] กระบวนการศึกษาทำให้เกิดปัญหาซึ่งแตกต่างจากความรู้ตรงที่ ความรู้มองเห็นเฉพาะส่วนแต่ปัญหามองเห็นทั้งระบบ [16,17] การเรียนรู้โดยใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองของสมองส่วนการเรียนรู้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและจริยธรรมอันดีงามที่สอดแทรกในกระบวนการเรียนการ

สอนโดยตรง กระบวนการเรียนการสอนประกอบด้วยการสอนที่หลากหลายตั้งแต่ระดับปฐมถึงระดับมัธยมศึกษาได้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมกระตุ้นการเพิ่มการรับรู้ ทักษะคิด การให้คุณค่านำสู่การปฏิบัติ [18,19] นอกจากนี้กระบวนการศึกษายังเป็นสถานการณ์ภายนอกที่มีอิทธิพลกระตุ้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน [3] ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลข่าวสารโดยสื่อต่าง ๆ สามารถให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี แต่ผู้ได้รับต้องเลือกให้เหมาะสม ปฏิบัติได้ และมีความพึงพอใจ

[20] และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะเลือกประกอบอาชีพที่มั่นคงมีรายได้สูง และมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย [21] ดังนั้นระดับการศึกษาจึงสามารถมีอิทธิพลและร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบอายุ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่ระดับ 0.000 และอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 34.2 [11]

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแต่ละด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรปัจจัยพื้นฐาน								
เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	การมีรายได้	การมีโรคประจำตัว	ระดับความเครียด	ค่าคงที่	
(1) การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล = Y								
B	-	0.02	2.32	-	-	-	- 0.65	14.69
SE (b)	-	0.01	0.62	-	-	-	0.21	0.99
t	-	2.438	3.732	-	-	-	- 3.012	R ² = 0.046
p-value	-	0.015	< 0.001	-	-	-	0.003	
Y = 14.69 + 0.02 (X ₁) + 2.32 (X ₂) - 0.65 (X ₃) โดย X ₁ = อายุ X ₂ = ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี = 1, สูงกว่าระดับปริญญาตรี = 2) X ₃ = ระดับความเครียด (สุขภาพจิตดี = 1, เครียดปกติ = 2, เครียดเล็กน้อย = 3, เครียดมาก = 4) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ได้ร้อยละ 4.6								
(2) การเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกาย = Y								
B	-	-	2.23	-	-	1.03	-	7.57
SE (b)	-	-	0.55	-	-	0.31	-	0.74
t	-	-	4.058	-	-	3.331	-	R ² = 0.044
p-value	-	-	< 0.001	-	-	0.001	-	
Y = 7.57 + 2.23 (X ₁) + 1.03 (X ₂) โดย X ₁ = ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี = 1, สูงกว่าระดับปริญญาตรี = 2) X ₂ = การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว (ไม่มีความเจ็บป่วย = 1, มีมีความเจ็บป่วย = 2) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกาย ได้ร้อยละ 4.4								

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(3) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณหรือสติปัญญา = Y								
B	-	-	2.47	-	-	-	- 0.70	18.05
SE (b)	-	-	0.65	-	-	-	0.22	0.89
t	-	-	3.824	-	-	-	- 3.305	R ² = 0.044
p-value	-	-	< 0.001	-	-	-	0.001	
Y = 18.05 + 2.47 (X ₁) – 0.7 (X ₂) โดย X ₁ = อายุ X ₂ = ระดับความเครียด (สุขภาพจิตดี = 1, เครียดปกติ = 2, เครียดเล็กน้อย = 3, เครียดมาก = 4) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมการพัฒนาจิตวิญญาณหรือสติปัญญา ได้ร้อยละ 4.4								
(4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ = Y								
B	0.75	0.05	2.48	-	-	1.19	0.49	5.43
SE (b)	0.33	0.01	0.64	-	-	0.39	0.22	1.13
t	2.287	4.397	3.891	-	-	3.073	2.195	R ² = 0.108
p-value	0.023	< 0.001	< 0.001	-	-	0.002	0.029	
Y = 5.43 + 0.05 (X ₁) + 0.75 (X ₂) + 2.48 (X ₃) + 1.19 (X ₄) + 0.49 (X ₅) โดย X ₁ = อายุ X ₂ = เพศ (ชาย = 1, หญิง = 2) X ₃ = ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี = 1, สูงกว่าระดับปริญญาตรี = 2) X ₄ = การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว (ไม่มีความเจ็บป่วย = 1, มีมีความเจ็บป่วย = 2) X ₅ = ระดับความเครียด (สุขภาพจิตดี = 1, เครียดปกติ = 2, เครียดเล็กน้อย = 3, เครียดมาก = 4) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 10.8								
(5) การจัดการกับความเครียด = Y								
B	-	0.02	1.83	-	-	1.23	-	6.98
SE (b)	-	0.01	0.45	-	-	0.27	-	0.65
t	-	2.51	4.030	-	-	4.518	-	R ² = 0.085
p-value	-	0.012	< 0.001	-	-	< 0.001	-	
Y = 6.98 + 0.02 (X ₁) + 1.83 (X ₂) + 1.23 (X ₃) โดย X ₁ = อายุ X ₂ = ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี = 1, สูงกว่าระดับปริญญาตรี = 2) X ₃ = การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว (ไม่มีความเจ็บป่วย = 1, มีมีความเจ็บป่วย = 2) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ได้ร้อยละ 8.5								
(6) ด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ = Y								
B	0.98	0.03	1.62	-	-	-	-	10.17
SE (b)	0.27	0.01	0.53	-	-	-	-	0.82
t	3.594	3.980	3.038	-	-	-	-	R ² = 0.058
p-value	< 0.001	< 0.001	0.002	-	-	-	-	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

$Y = 10.17 + 0.03 (X_1) + 0.98 (X_2) + 1.62 (X_3)$ โดย X_1 = อายุ X_2 = เพศ (ชาย = 1, หญิง = 2) X_3 = ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี = 1, สูงกว่าระดับปริญญาตรี = 2) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 5.8								
(7) พฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน = Y								
B	-	0.10	13.24	-	-	4.79	-	67.15
SE (b)	-	0.04	2.36	-	-	1.42	-	3.21
t	-	2.560	5.616	-	-	3.378	-	$R^2 = 0.088$
p-value	-	0.011	< 0.001	-	-	0.001	-	
$Y = 67.15 + 0.1 (X_1) + 13.24 (X_2) + 4.79 (X_3)$ โดย X_1 = อายุ X_2 = ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี = 1, สูงกว่าระดับปริญญาตรี = 2) X_3 = การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัว (ไม่มีความเจ็บป่วย = 1, มีมีความเจ็บป่วย = 2) ซึ่งปัจจัยร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน ได้ร้อยละ 8.8								

การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างสรีระร่างกายเชื่อมโยงถึงจิตใจ [22] กระบวนการเจ็บป่วยได้รับกระบวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ การสูญเสียรายได้หรือเสียเวลาที่ต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าบุคคลที่ไม่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกว่าอายุจะไม่ยืนยาวหรืออาจเหน็ดเหนื่อยทำให้เกิดความตระหนักต่อการอยากจะมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปจากการห่วงใยในภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งการเจ็บป่วยจะกระตุ้นให้มีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นเพื่อป้องกันการสูญเสีย ดังกล่าวมา และภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัตที่ไม่หยุดนิ่ง จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อนอยู่ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง บุคคลจึงต้องพยายามหาวิธีการที่จะปกป้องสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะพยายามดูแลรักษาเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุดเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุล [23-25]

นอกจากนี้ปัจจัยการมีความเจ็บป่วยเรื้อรังยังมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายกับคะแนนพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกาย ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อมีความเจ็บป่วย จะกระตุ้นความรู้สึกที่ต้องดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์เพื่อลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้น ส่งผลให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบการแสวงหาความรู้หรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่มสุขภาพ ซึ่งมักเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนให้กับเซลล์ในร่างกาย การพยายามทำให้อารมณ์และจิตใจได้รับการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและการคลายความวิตกกังวลด้านต่าง ๆ ทั้งหมดเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายและลดความเจ็บป่วยเรื้อรัง [23,26,27] ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคล้องบางส่วนกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ของประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าอายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.9 [28]

ส่วนปัจจัยระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ ทางด้านลบและสามารถร่วมทำนายกับคะแนน พฤติกรรมด้านการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ ด้านพัฒนาการจิตวิญญาณหรือสติปัญญา แต่มีอิทธิพล และร่วมทำนายทางบวกกับคะแนนด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่าความเครียดเป็น ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจาก ความคิดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกทางด้านลบของบุคคลที่เกิดขึ้น ในระยะเวลาหนึ่ง ถ้าเครียดเกินไปในระยะเวลา นานเกินไปจะบันทึกสติปัญญาไตร่ตรองการตัดสินใจ ในบางเรื่อง บางครั้งแยกตัวอยู่คนเดียว [23] ทำให้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะ การเผชิญและปรับตัวต่อความเครียดส่วนบุคคลจะ แตกต่างกัน อีกนัยหนึ่งความวิตกกังวลหรือเครียดถ้ามี เล็กน้อยจะกระตุ้นให้บุคคลกระฉับกระเฉง หมั่น สำรวจความผิดปกติสุขภาพตนเองมีความรับผิดชอบต่อ สุขภาพเพิ่มขึ้น อีกนัยหนึ่งความคิดเป็นกระบวนการ ของสมองถ้าคิดวิเคราะห์จะเป็นจิตปัญญาไตร่ตรอง ด้วยเหตุผล ร่วมกับจิตวิญญาณซึ่งเป็นพลังที่แทรกซึม เข้าไปในทุกส่วนของบุคคล เป็นแรงกระตุ้นให้แสวงหา ความดีความถูกต้องในการฟันฝ่าเพื่อให้ถึงเป้าหมาย ของชีวิต [17,25] ที่ส่งผลต่อการรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพิ่มขึ้น

ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกและ สามารถร่วมทำนายกับคะแนนพฤติกรรมด้านการ รับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการ จากการ ทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าอดีตผู้หญิงในสังคมไทย

ส่วนใหญ่ทำงานบทบาทของความเป็นมารดาและ ภรรยา เช่น ทำงานบ้าน ดูแลอาหาร และเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนสุขภาพของทุกคนในบ้าน แม้สังคมปัจจุบันจะ เปลี่ยนไปหญิงต้องทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น แต่การ รับผิดชอบดูแลภายในบ้านและครอบครัวยังมีอยู่ [28,29] จากแนวคิดที่ว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม [30] ซึ่ง ในงานวิจัยนี้ยังไม่ได้เปรียบเทียบระหว่างชายหรือหญิง มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและโภชนาการมากกว่า กันน่าจะได้มีการศึกษาต่อไป แต่มีบางการศึกษาที่ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยคนงานหญิงในโรงงาน อุตสาหกรรมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่า คนงานชายร้อยละ 90 [32] และบุคลากรทางการ พยาบาลเพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพใน ด้านการบริโภคอาหารของดีกว่าเพศชาย [33]

ในงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยอาชีพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพและด้านโภชนาการส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ ทางลบกับคะแนนพฤติกรรมการพัฒนาจิต วิญญาณ ซึ่งมีระดับความสัมพันธ์ที่ต่ำและปัจจัยทั้งสอง ไม่สามารถร่วมทำนายทำนายคะแนนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม แม้ว่าอาชีพจะนำไปสู่การมี รายได้ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลก็จริงอยู่ แต่อาจ เป็นไปได้ว่าในลักษณะของความเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่ง ชนบท มีอาชีพที่หลากหลายและรายได้ไม่แน่นอน รวมถึงการไม่เปิดเผยรายได้ [6] ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 1 และ 3 ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไป ซึ่ง สอดคล้องใกล้เคียงกับบางผลการศึกษาที่พบว่ารายได้ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ [11]

แม้ว่างานวิจัยนี้จะพบการทำนายของปัจจัยต่อคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและในแต่ละด้านในระดับค่อนข้างน้อยอยู่ในช่วงร้อยละ 4.4-10.8 แต่อย่างน้อยงานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของอายุ ระดับการศึกษาและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังประจำตัวเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพิจารณาในการจะสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีปัจจัยมาร่วมทำนายมากที่สุดถึง 5 ปัจจัย และมีระดับการทำนายมากที่สุดร้อยละ 10.8 ซึ่งลักษณะพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพบ่งบอกถึงการใช้ความคิดวิเคราะห์ ความตระหนักสู่การปฏิบัติ เช่น แบบสอบถาม 3 อันดับแรก ที่ได้รับการตอบ คือ หมั่นสำรวจความผิดปกติของร่างกายตนเองและติดตามขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข การมารับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการสาธารณสุขอย่างหนึ่ง

5. ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการสำรวจปัจจัยข้อมูลพื้นฐานในงานวิจัยนี้เป็นตัวแทนการสำรวจนอกระยะเฉพาะในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในปริมณฑลกรุงเทพมหานคร คือ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เท่านั้น และอาจมีปัจจัยภายในตัวบุคคลอื่น ๆ เช่น การรับรู้ ความเชื่อ และนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ที่ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุปประโยชน์และข้อเสนอแนะจากงานวิจัยพยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพนำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะสร้างความตระหนักต่อการรับผิดชอบต่อสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยกลวิธีศึกษานั้นควรให้เหมาะสมกับช่วงอายุ ระดับ

การศึกษาและภาวะความเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพยาบาล (พยบ. สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวรรณ สุวรรณรูป และรองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียพฤต อาจารย์สุทธิพล อุดมพันธุ์รักที่ให้คำแนะนำ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

7. เอกสารอ้างอิง

- [1] Bureau of Policy and Strategy, Number of Deaths and Death Rates per 100,000 Population by Leading Causes of Death, 2008-2012, Available Source: <http://bps.ops.moph.go.th/webenglish/Administrative2.htm>, April 10, 2014.
- [2] พานทิพย์ แสงประเสริฐ, มรรยาท รุจิวิษณุ และวรรณ วาณิชเจริญชัย, 2552, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาออกกำลังกายและพฤติกรรมกาจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ว.พยาบาล 58(1-2): 69-84.
- [3] Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A., 2006, Individual Models to Promote Health Behavior in Health Promotion in Nursing Practice, 5th Ed., Appleton & Lange, California.
- [4] ภัทรารุธ อินทรกำแหง, 2549, Exercise for health and exercise in Hypertensive patients, เอกสารประกอบการสอนวิชาส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรคความดันโลหิตสูง, คณะ

- พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- [5] มรรยาท รุจิวิชญ์ และคณะ, 2548, การศึกษาภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่านโปรแกรมการฝึกไปตแบบและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด, รายงานวิจัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- [6] สันธิตา กาญจนพันธุ์, 2550, Webster's definition ruban community 1981 From, แหล่งที่มา : <http://www.human.cmu.ac.th>, 10 เมษายน 2557.
- [7] WHO-ISH Writing Group, 2003, World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension, J. Hypert. 21: 1983-1992.
- [8] ESH & ESC, 2007, Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial of The European Society of Hypertension (ESH) and of The European Society of Cardiology (ESC), J. Hypert. 25: 1105-1187.
- [9] Centers for Disease Control and Preventions, Healthy People 2020, Available Source: <http://www.cdc.gov/dhdsp/hp2020.htm>, October 4, 2012.
- [10] Centers for Disease Control and Preventions, A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke, Available Source: http://www.cdc.gov/dhdsp/action_plan/index.htm, October 4, 2012.
- [11] วรณวิมล เมฆวิมล, 2553, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, รายงานวิจัย, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.
- [12] จีราภรณ์ กรรณบุตร และพินดา ศิริอำพันธ์กุล, 2550, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต, รายงานวิจัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- [13] Yamane, T., 1967, Statistics: An Introductory Analysis, Harper and Row, New York.
- [14] Phattharayuttawat, S., Ngamthipwattana, T. and Sukhatungkha, K., 2000, The development of the Thai stress test, J. Psychiatr. Assoc. Thailand 45(3): 237-250.
- [15] อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2547, การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ, ว.สภากาพยาบาล 19(4): 44-63.
- [16] ประเวศ วะสี, 2548, การจัดการความรู้ : กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข, สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.), กรุงเทพฯ.
- [17] วิจารย์ พานิช, 2551, การจัดการความรู้สำหรับนักปฏิบัติ, พิมพ์ครั้งที่ 4, สุขภาพใจ, กรุงเทพฯ.
- [18] Dale, E., 1969m Audio-Visual Methods in Teaching, 3rd Ed., Rinehart and Winston, Holt.

- [19] Bloom, B., 1978, The properties of Bloom's taxonomy of educational objectives for the cognitive, Domain Seddon. JSTOR. 48: 303-423.
- [20] จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ฐาภา ประเสริฐทรง, วิศักดิ์ กสิผล, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วิชุดา กิจธรรม และรัตนา สำราญใจ, 2545, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ.
- [21] Pender, N.J., 1987, Health Promotion Nursing Practice, Appleton Century-Crofts, Norwalk.
- [22] กระทรวงสาธารณสุข, 2546, ข้อกำหนดของภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้พิการ, แหล่งที่มา : <http://service.nso.go.th/nso/knowledge/knowledge09/sanitation1.html>, 7 กรกฎาคม 2557.
- [23] มรรยาท รุจิวิษณุ, 2556, การจัดการความเครียดเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต, พิมพ์ครั้งที่ 2, โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- [24] พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554, การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ, โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- [25] ศิริพร ชัมภลิต และคณะ, 2539, แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล, เทมการพิมพ์, สงขลา.
- [26] สุวณี เกียวกิ่งแก้ว, 2554, การพยาบาลสุขภาพจิต, พิมพ์ครั้งที่ 2, โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- [27] Sangprasert, P. and Pradujkanchana, N., 2010, The effectiveness of health promotion behavior program (HPBP) in Thai hypertensive patients, Thammasat Int. Sci. Tech. 15(1): 53-59.
- [28] อติญาณ์ ศรเกษตริน, เพ็ญศรี ทองเพชร, สมหมาย คชนาม และคณะ, 2547, ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, รายงานการวิจัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี.
- [29] สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, แหล่งที่มา : <http://www.women-family.go.th>, 4 มกราคม 2557.
- [30] อาภา ยังประดิษฐ์, 2548, แบบจำลองเชิงเหตุผลเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายของสตรีไทยวัยกลางคน, ว.วิจัยทางการแพทย์ 9(1): 49-62.
- [31] Orem, D., 1985, Nursing: Concepts of Practice, 3rd Ed., McGraw Hill Book Company, New York.
- [32] ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, 2540, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคนงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- [33] ดวงพร สุดสุนทร, 2546, ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, รายงานวิจัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.