

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการส่งเสริมสุขภาพของครูในสถานศึกษาของกรม สามีญศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีสาระสำคัญจากเอกสาร งานเขียน งานวิจัยบทความ ตำรา ที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัย ดังนี้

#### การส่งเสริมสุขภาพ

- ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
- เป้าหมายแผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8
- พฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกอตาวา

#### การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การส่งเสริมสุขภาพ

#### ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพตามความหมายดังกล่าวนี้ จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพซึ่งหมายถึง กระบวนการทางสังคมและการเมืองแบบเบ็ดเสร็จ ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจการต่าง ๆ ที่มุ่งเร่งรัด การเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล แต่จะรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลง ภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพสาธารณสุข และปัจเจกบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปลุกฝังให้บุคคลมีความสามารถที่ ควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อช่วยให้สุขภาพดียิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมในการ ดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชน มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความยั่งยืนของงาน ส่งเสริมสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 3-4)

การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการ (Process) มากกว่า ความหมายที่เป็น การบริการ (Service) ศาสตร์ (Discipline) โครงสร้าง (Structure) หรือชื่อหน่วยงานการส่งเสริมสุขภาพที่แท้จริงคือวิธีสร้างความเข้มแข็งแก่สังคม การส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยการรวมพลัง อาศัยบทบาทของภาคีหลายฝ่าย ที่ทุกคนสามารถแสดงบทบาทได้ (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, หน้า 11, 17)

### พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

Robert L. Berger. James F. Mc Breen. Marilyn J. Rifkin, 1996) ได้ให้ความหมาย ของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การที่บุคคลกระทำต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา เพื่อการ ยกย่องการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มากกว่าที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง เพื่อตั้งรับต่อสิ่งแวดล้อม ภายนอก ที่มีอิทธิพลคุกคามต่อสุขภาพของเขา บุคคลแสวงหาสิ่งที่ยับยั้ง หลากหลาย และมีความหมายชัดเจนยิ่งขึ้นของตัวกระตุ้นต่าง ๆ ภายใต้สภาวะแวดล้อมรอบตัวเขา ในอันที่จะเพิ่ม ขีดความสามารถในทางบวกที่จะส่งเสริมวุฒิภาวะ และการแสดงออกซึ่งศักยภาพของมนุษย์ ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

### แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ "Parcipere" ซึ่ง Per หมายถึง "ผ่าน" (through) และ Cipere หมายถึง "การนำ" (to take) ในพจนานุกรมของ เวบสเตอร์ ได้ให้ความหมายของการรับรู้ คือ การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ตามความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในจิตใจตนเอง มีนักวิชาหลายท่านได้ศึกษาและให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

Roy (1991, p.166) ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นการแปลความหมายของ สิ่งเร้าที่มากระตุ้น และความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลจากการทำงาน ของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์

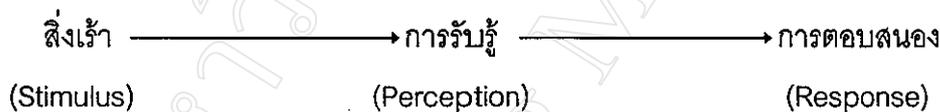
King (1981, p.24 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528, หน้า 377) ได้ให้ความหมาย ของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออก อย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนัก ในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจาก ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอก ทางประสาทสัมผัสและความจำ

Garison and Magoon (1972, p.673) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่ซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัสของร่างกาย กับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เราทราบถึงสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์ของเรา เป็นเครื่องช่วยในการแปลความ

Chaplin cited in Bunting (1988, p.169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่าเป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึก และให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการพิจารณาวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ และเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณ หรือความเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมนร่วมกัน

กันยา สุวรรณแสง (2523, หน้า 127) กล่าวว่า การรับรู้คือการใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้า ที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกหรือรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันทรโสม (2523, หน้า 119) กล่าวว่า การรับรู้คือการตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังนี้



นอกจากนี้ คิง ยังได้สรุปคุณลักษณะสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้คือ (King, 1984, pp. 23-24 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528, หน้า 378 สังวาล แก้วประเสริฐ, 2533, หน้า 17)

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คิง กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บเข้าไปในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้า เช่นเดียวกับที่ผ่านมา ซึ่งก็คือการรับรู้ของบุคคลนั่นเอง



### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ กล่าวว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996, p.68) ทั้งนี้ เนื่องจากการรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ก็จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นไปในทางที่ดี ซึ่งตรงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, p.3) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เป็นผลมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล โดยองค์ประกอบสำคัญคือ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน
- การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

ต่อมาแนวคิดนี้ เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et. al., 1974, pp.82-92) ได้ถูกนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick-role behavior) โดยเพิ่มแรงจูงใจในด้านสุขภาพ ซึ่งเบคเกอร์ มีความเชื่อว่า ถ้าบุคคลไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ บุคคลจะไม่มีแสวงหาการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค หรือตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก เมื่อทำการปรับกรอบแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ จึงแบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน ดังอธิบายได้ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่ทราบว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของตน เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด การรับประทานอาหารที่มีสีผสมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ มีโอกาสที่จะรับเชื้อโรคต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย อันเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรค การรับรู้ความไม่สบายเมื่อร่างกายเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตนเองในการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงเป็นความปลอดภัยที่จะเกิดภาวะเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ยาก และโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยลง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ถึงการเจ็บปวดเมื่อร่างกายมีบาดแผล จากอุบัติเหตุจากการจราจร การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนหรือสถานที่ทำงานมีส่วนล่อแหลม ให้เกิดอันตราย การรับรู้ความพิการทางสมอง หรือรับรู้การบกพร่องในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน นำไปสู่การพิการทางร่างกาย การเสียชีวิต

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรู้ว่าพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพให้แก่ตนเอง เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ป้องกันตนเองจาก โรคติดต่อ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ ตรวจสุขภาพประจำปี ดูแลรักษาร่างกาย ให้สะอาด สร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนร่วมงานให้อบอุ่น หรือมีวิธีจัดการความเครียด ได้ เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรู้ว่าการส่งเสริม สุขภาพมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น ภาระหน้าที่เพิ่มขึ้น เศรษฐกิจตกต่ำ รายได้จากการทำงานน้อย การทำงานที่เร่งรีบ ทำงานหนักไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ ไม่มีเวลา ออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรก ขาดการดูแลและไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขสิ่งแวดล้อมรอบ ตัวเอง

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจ ความห่วงใยสุขภาพ ความตั้งใจที่จะ ดูแลสุขภาพของตน มีความต้องการให้ตนเองมีความสุข สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้เต็มความ สามารถ โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องสุขภาพมาเป็นตัวถ่วง เป็นการรับรู้ด้านความพยายามที่จะส่งเสริม สุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี รวมทั้งการเป็นตัวอย่างแก่ผู้ที่อยู่แวดล้อม

#### แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรรอตตาวาได้ให้คำนิยามว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” คือ กระบวนการซึ่งทำให้ ประชาชนสามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพและทำให้สุขภาพดียิ่งขึ้น” การจะบรรลุถึงภาวะ สุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมได้ ปัจเจกชนหรือกลุ่มคน จะต้องสามารถที่จะพอใจในสิ่งที่ ตนปรารถนา และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นทรัพยากร สำคัญสำหรับชีวิตประจำวัน สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกซึ่งเน้นที่ทรัพยากรส่วนบุคคลของสังคม และเป็นความสามารถทางกายภาพ เพราะฉะนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่ความรับผิดชอบเฉพาะ แต่ภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเลยจากการดำรงชีวิตอันเปี่ยมด้วยสุขภาพไปจนถึงความกินดีอยู่ดี ด้วย

สุขภาพเป็นชุมพลังของชีวิต แนวคิดสุขภาพเชิงบวกเน้นชุมพลังทางสังคม เท่ากับชุมพลังของบุคคล การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เป็นกระบวนการที่มุ่งสู่การเพิ่มสมรรถนะของบุคคล และชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ อันเป็นเงื่อนไขและชุมพลังของการสาธารณสุขที่แท้จริง นั่นคือ ที่พักอาศัย สันติภาพ การศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ที่สมบูรณ์ยั่งยืน ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรม อันเป็นผลต่อภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งยังเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ที่ต้องอาศัยการประสานจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือทุกฝ่าย ทุกระดับ ในการผลักดันและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ และขยายเครือข่ายให้กว้างขวางอีกด้วย

#### แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender

Pender 1987 ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงชีวิตภาวะสุขภาพที่ดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

การดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงจากการเน้นในเรื่องการรักษา ไปเน้นที่การป้องกัน (Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) พฤติกรรมป้องกันเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการลดโอกาสเผชิญความเจ็บป่วย การป้องกันร่างกายจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการสนับสนุน หรือการเพิ่มระดับการมีชีวิตที่ดี (Well-being) การประสบความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization) ความพึงพอใจในชีวิต (fulfillment) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Pender, 1982, p.65 Pender, 1987, p.57)

Pender ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จึงได้สร้างรูปแบบการป้องกันสุขภาพ และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งทั้งสองรูปแบบมักจะเป็นสิ่งคู่กัน แยกกันไม่ออก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาในการควบคุมพฤติกรรม (Pender, 1987, p.60) ลักษณะโครงสร้างรูปแบบการส่งเสริมจะมีส่วนคล้ายกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) ประกอบด้วย

ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล (Cognitive-Perceptual Factors)

ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้น (Modifying Factors)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีแนวโน้มว่าจะกระทำ (Likelihood of Action Factor)

### ปัจจัยด้านความรู้ (Cognitive-Perception)

1. ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) เพนเดอร์ (Pender, 1978 cited in Pender, 1982, p. 67) ได้ศึกษานำร่องโดยใช้สเกลวัดการเห็นคุณค่าของสุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยวอลสตัน เมดส์ และวอลสตัน (Wallston et. 1976 cited in Pender, 1982, p.67) พบว่าส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของสุขภาพ และจัดลำดับของสุขภาพอยู่ในลำดับต้น ๆ ซึ่งการเห็นคุณค่าของสุขภาพมีผลต่อความบ่อยของการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่ยึดในคุณค่าของสุขภาพสูง โดยเห็นคุณค่าของสุขภาพอยู่ในลำดับต้น ๆ เลือกอ่านเอกสาร แผ่นพับที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าบุคคลซึ่งให้คุณค่าของสุขภาพต่ำ ข้อมูลที่สนับสนุนการสังเกตต่อการจัดลำดับคุณค่าของสุขภาพ เป็นผลของการมีพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการมีความรู้ในเรื่องสุขภาพ หรือหัวข้อที่เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น (Pender, pp.60-61)

2. การรับรู้อำนาจการควบคุม (Perceived control) การรับรู้อำนาจการควบคุมของบุคคลที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีอำนาจการควบคุมมาจากภายใน มีความบ่อยของการใช้เข็มขัดนิรภัย (William, 1972 cited in Pender, 1982, p.67) และมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ (James & Werner, 1965 cited in Pender, 1982, p.67) มากกว่าบุคคลซึ่งอำนาจการควบคุมที่มาจากภายนอก ในการศึกษาของ วอลสตัน และคณะ (Wallston et al. 1976 cited in Pender, 1982, p.68) พบว่าความสำเร็จในการลดน้ำหนักขึ้นอยู่กับการสร้างของโปรแกรมการลดน้ำหนัก ซึ่งเป็นไปตามอำนาจการควบคุมของแต่ละคน บุคคลซึ่งมีการควบคุมอำนาจมาจากภายนอก ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักมากกว่าบุคคลที่มีอำนาจการควบคุมที่มาจากภายใน ในกลุ่มซึ่งโปรแกรมนั้นมาจากแรงกระตุ้นของสังคม ส่วนกลุ่มที่อำนาจการควบคุมมาจากภายในจะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักมากกว่า ในกลุ่มที่มีอำนาจการควบคุมมาจากภายนอกในกลุ่มที่มีโปรแกรมลดน้ำหนักเกิดจากตนเองโดยตรง

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม (Pender, 1982, p.66) โดยใช้ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง แทนปัจจัยด้านความต้องการความสามารถ (Desire for competence) ซึ่งเพนเดอร์ได้ให้เหตุผลว่า Competence เป็นความสามารถทั่ว ๆ ไป ของบุคคลต่อการมีปฏิริยาต่อกัน หรือต่อการติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพกับสิ่งแวดล้อม ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนมีแนวคิดที่เฉพาะมากกว่าเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่า เขาสามารถกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้สำเร็จเพื่อให้บรรลุผลลัพท์ที่ต้องการ (Bandura, 1977 cited in Pender, 1987, p.62) การศึกษาของ ไดค्लीเมนเต้ (Diclemente, 1981 cited in Pender, 1987, p.62) คอนเดียทเต้

และลิชเทินสไตน์ (Condiotte & Lichtenstein, 1981 cited on Pender, 1987, p.67) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลโดยตรงต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ บุคคลที่มีความรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะกลับมาสูบบุหรี่อีกในระยะติดตามภายหลังที่หยุดสูบบุหรี่ไปแล้ว จากการศึกษาจึงสนับสนุนว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูงกว่า จะประสบความสำเร็จและคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Pender, 1987, p.63)

4. การให้ความหมายสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987, p.63) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพ ใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะของการปรับตัวหรือการทำให้เกิดความสมดุล (adaptability or stability) และลักษณะของการที่บุคคลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุข ความพึงพอใจ ซึ่งจะมีการกระทำพฤติกรรมเพื่อเพิ่มระดับสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความหมายของสุขภาพที่บุคคลให้ จึงมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นการปรับตัวหรือความสมดุล มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพมากกว่าจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุข ความพึงพอใจ บุคคลจะมีพฤติกรรมในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นตัวกำหนดความถี่และความจริงจังของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพดี มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลซึ่งรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไม่ดี การศึกษาของ คริสเตียนเซน (Christiansen, 1981 cited in Pender, 1987, p.64) ก็พบเช่นเดียวกันว่า บุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพได้ไม่ดี การศึกษาของ ซิดนีย์และเชพเพิร์ด (Sydney & Shephard, 1976 cited in Pender, 1982, p.70) พบว่าบุคคลที่บ่นหรือพูดถึงสุขภาพของตนเองบ่อย มีความบ่อยในการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการออกกำลังกายน้อยกว่าบุคคลที่พูดถึงสุขภาพของตนเองน้อยกว่า ดังนั้นความรู้สึกที่ดีต่อสุขภาพ จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มภาวะสุขภาพเพิ่มโอกาสในการมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

6. การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health-promoting behavior) มีหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อระดับของการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, 1987, p.65) จากการศึกษาของบรูเนอร์ (Brunner, 1969 cited in Pender, 1987, p.65) พบว่ามีความแตกต่างอย่างชัดเจนในการรับรู้ประโยชน์ของบุคคล บุคคลที่เห็นประโยชน์ในการทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง จะมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมน้อยกว่าบุคคลที่เห็นประโยชน์น้อย โดยบุคคลที่เห็นประโยชน์น้อยจะเข้าร่วมกิจกรรมการผ่อนคลายในระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น อาจเป็นตัวกำหนดความบ่อยของการมีส่วนร่วมหรือการตั้งใจให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกันการกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ จะเสริมความแข็งแรงความทนทานหรือเสริมความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1987, p.65)

ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านประชากร (Demographic factors) ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยอ้อม โดยผ่านกลไกความรู้และการรับรู้ จากการศึกษาของ ซิดนีย์และเชพเพิร์ด (Sydney & Shephard, 1976 cited in Pender, 1987, p.66) พบว่า มีเพียงผู้หญิงเท่านั้นที่เห็นว่า การมีสุขภาพจิตที่ดีนั้นเป็นผลมาจากการออกกำลังกาย

ในการศึกษาในการให้บริการป้องกัน พบว่า ผู้หญิงมีการใช้บริการมากกว่าผู้ชาย ผู้มีการศึกษาสูงมีการใช้บริการมากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และผู้มีรายได้สูงมีการใช้บริการมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ซึ่งแสดงถึงความบ่อยของการใช้ประโยชน์ ดังนั้นจะเห็นว่าลักษณะด้านประชากรมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพ ความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างอิทธิพลด้านประชากรต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องนำมาพิจารณาให้เหมาะสมกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ขนาดของปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่าสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย เพนเดอร์ และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1986 cited in Pender, 1987, p.67) ศึกษาพบว่า น้ำหนักเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความตั้งใจในการออกกำลังกาย น้ำหนักยิ่งมาก ความตั้งใจยิ่งน้อยลง เปอร์เซนต์ของไขมันในร่างกายและน้ำหนักทั้งหมด

มีความแตกต่างระหว่างผู้ที่เข้าไปโปรแกรมออกกำลังกาย และผู้ที่ออกจากโปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ที่มีน้ำหนักมาก จะมีความยากลำบากในการที่จะออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า หรือไขมันน้อยกว่า

3. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influence) ปัจจัยระหว่างบุคคลที่เสนอรูปแบบนี้ เป็นปัจจัยกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลกระทบของปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากการค้นพบทางการวิจัยต่าง ๆ เช่น การศึกษาของไฮน์เซลแมนน์ (Heinzelmann, 1970 cited in Pender, 1987, p.67) พบว่า ความคาดหวังของคู่สมรส มีความสำคัญต่อการเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพนเดอร์ และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1986 cited in Pender 1987, p.6) ศึกษาผลกระทบทัศนคติของบุคคลและความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น พบว่าการออกกำลังกายตามปกติ อิทธิพลทั้งสองปัจจัยมีนัยสำคัญทางสถิติ สมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสมีอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าการให้ความรู้ คำแนะนำ โดยผู้ดูแลสุขภาพ เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ใหญ่เข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย ความสามารถในการขึ้นโปรแกรมโดยผู้ดูแลสุขภาพ เป็นเหตุผลอันดับรองในการเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย คอกซ์ (Cox, 1982 cited in Pender, 1987, p.68) ได้พัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นที่อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ดูแลสุขภาพต่อกิจกรรมของผู้ป่วย การทดสอบ การสังเกต (Empirical testing) ของรูปแบบนี้ชี้ให้เห็นว่า มีแนวโน้มการใช้ประโยชน์ ในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นของพฤติกรรม

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral factor) ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเพิ่มความสามารถของบุคคลในการมีพฤติกรรมการส่งเสริมการมีชีวิตที่ดี ความรู้และทักษะบางอย่าง จำเป็นในการนำมาวางแผนมื้ออาหาร การอยู่ในโปรแกรมการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจจะมีการเรียนรู้มาก่อนจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ความรู้และทักษะที่มีมาก่อนสามารถช่วยให้ง่ายต่อการนำมาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อน

5. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factor) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยทางเลือกที่เป็นไปได้ หรือทางเลือกที่ง่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการอาหารมือที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ พลังงานต่ำ เป็นไปได้ยากเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน บุคคลจึงมีโอกาสน้อยที่มีพฤติกรรมสุขภาพเมื่ออยู่ในสถานการณ์เช่นนั้น สรุปได้ว่าบุคคลที่ต้องการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมบังคับให้ปฏิบัติเช่นนั้นไม่ได้

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีแนวโน้มว่าจะกระทำ (Likelihood of Action Factor)

เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่เนะการกระทำอาจเกิดจากภายในตัวบุคคลได้แก่ ความรู้สึกที่ดี เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายหลังจากการออกกำลังกาย เป็นตัวชี้เนะการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง และปัจจัยที่เนะการกระทำที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ การพูดคุย การซักถาม การสนทนากับบุคคลต่าง ๆ ซึ่งอาจได้จากบุคคลหรือสื่อต่าง ๆ

นอกจากนี้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพยังประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 2 ระยะด้วยกันคือ

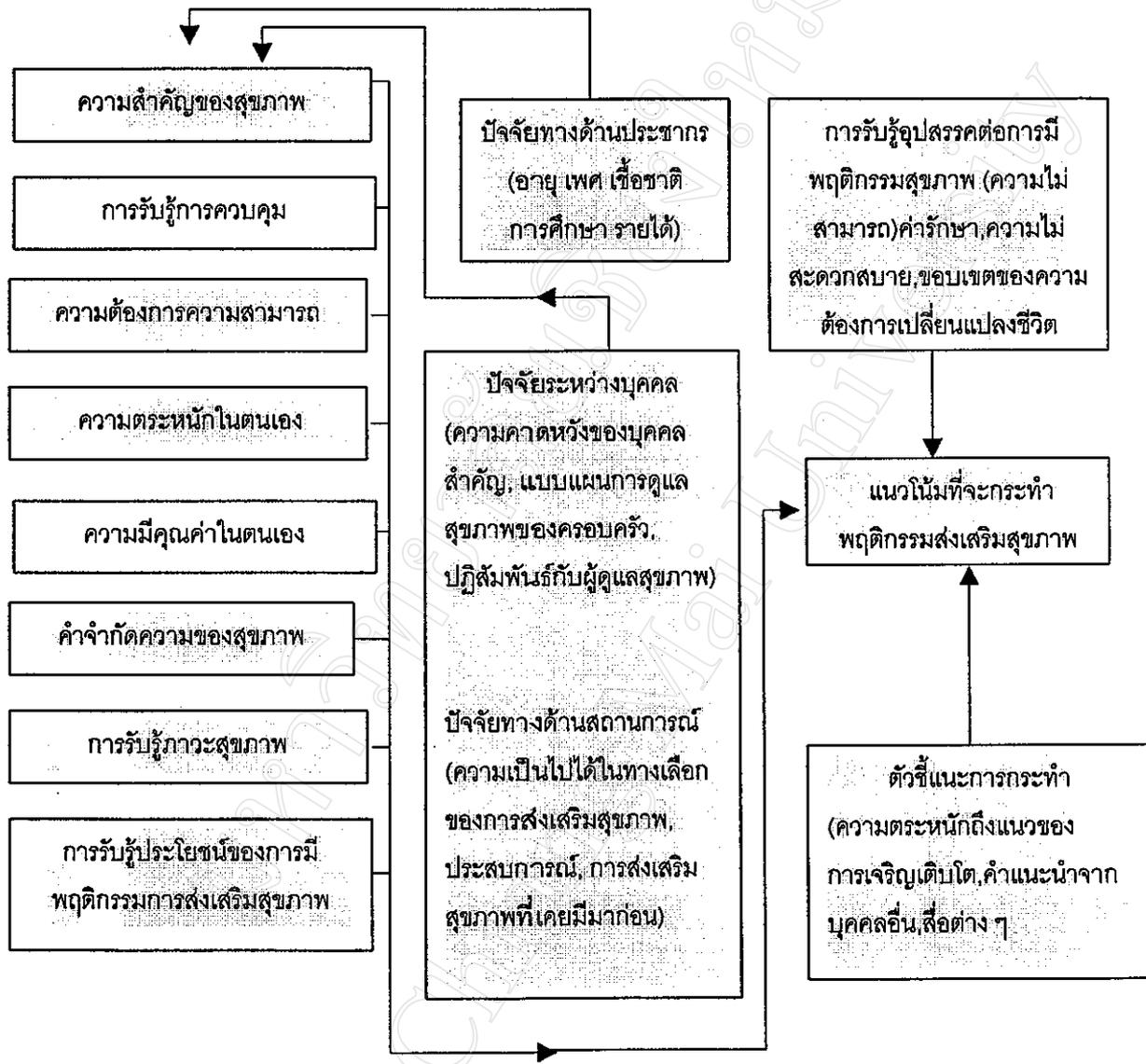
ระยะของการตัดสินใจ (Decision-making phase)

ระยะของการมีพฤติกรรม (Action phase)

ครั้งแรก Pender ได้เสนอรูปแบบดังนี้

การรับรู้ของบุคคล  
Individual Perception

ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมที่มีแนวโน้มว่าจะกระทำ  
Modifying Factors Likelihood of Action



ระยะการตัดสินใจ  
Decision-making Phase

ระยะการมีพฤติกรรม  
Action Phase

แผนภูมิ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1982, p.66)

ในการเสนอรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก เพนเดอร์ (Pender, 1982, p.66) กล่าวถึงการรับรู้ที่มีผลต่อบุคคลในระยะของการตัดสินใจ (Decision-making phase) ประกอบด้วย การรับรู้ 8 ด้านคือ

1. ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health)
2. การรับรู้การควบคุม (Perceived for Control)
3. ความต้องการความสามารถ (Desire for Competence)
4. ความตระหนักในตนเอง (Self-awareness)
5. ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)
6. การให้คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health)
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)
8. การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefit of health promotion)

ซึ่งแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลต่อความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1982, p.66) โดยมีปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยส่งเสริมซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นตัวส่งเสริมการรับรู้ของบุคคล ให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรม (Perceived barriers to action) และตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) จะมีผลต่อบุคคล ในระยะของการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Action phase)

ต่อมา เพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ โดยได้ตัดความตระหนักในตนเอง (Self-awareness) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ออก ทั้งนี้ เพนเดอร์ได้ให้เหตุผลในการตัดปัจจัยสองตัวดังกล่าวออกว่า ความตระหนักในตนเองเป็นคำกว้าง และค่อนข้างจะมีคุณลักษณะสองประการในตนเอง ซึ่งในทางปฏิบัติบอกได้ไม่ชัดเจน ดังนั้น การวัดแนวคิดนี้จึงทำได้ยาก แต่มีข้อจำกัดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นการสังเกตอย่างชัดเจนที่ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีผลกระทบต่อระดับของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ชอบที่จะหลีกเลี่ยงเวลาในการทำให้มีสุขภาพดีมากกว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นลักษณะค่อนข้างเฉพาะของการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นบุคลิกลักษณะนี้อาจจะทำนายพฤติกรรมที่เฉพาะได้ไม่ดี

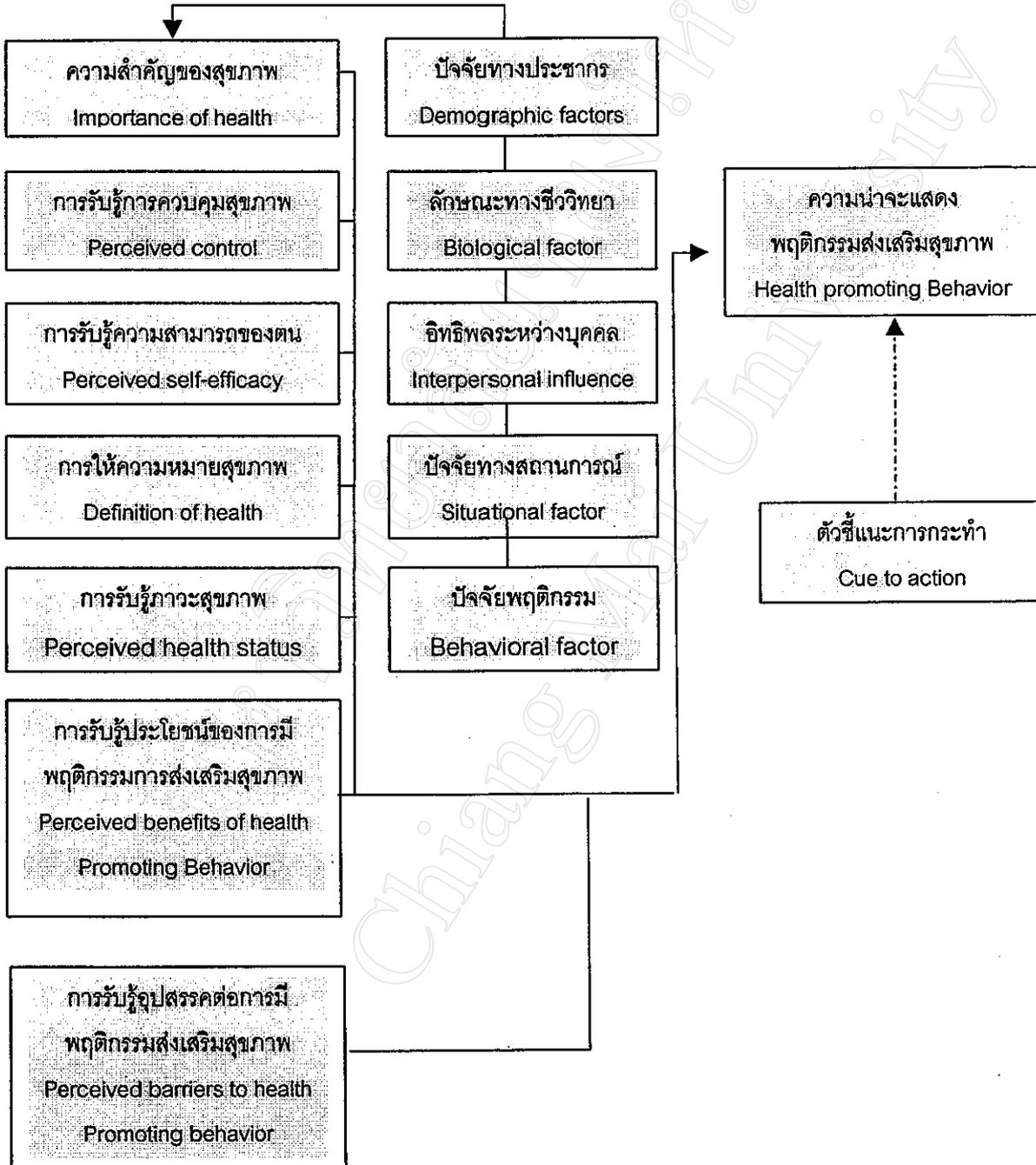
แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพที่เพนเดอร์ได้ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 3 ด้านเช่นเดียวกันคือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล (Cognitive perceptual factors) ปัจจัยด้านการกระตุ้นหรือการส่งเสริม (Modifying factors) ปัจจัยด้านการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Participation in health-Promotion Behavior) ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ (Pender, 1987, p.58)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

**ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้**  
(Cognitive-perceptual factors)

**ปัจจัยปรับเปลี่ยน**  
(Modifying factors)

**การแสดงพฤติกรรม**  
(Participation Health-promoting Behaviors)



แผนภูมิ 2 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987, p.58)

จากแผนภูมิ 2 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ที่มีการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ประกอบไปด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ การให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factor) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยความรู้ การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าว นอกจากนี้ตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

### เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีการกำหนดกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสาธารณสุขที่จะต้องได้รับการพัฒนาที่พึงประสงค์ ไว้ 6 กลุ่มพฤติกรรม คือ

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคยาสูบ สุรา ยาเสพติด
2. พฤติกรรมออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมทางเพศ
4. พฤติกรรมความปลอดภัย
5. พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต
6. พฤติกรรมอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม

ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมากทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ดังต่อไปนี้

#### 1. พฤติกรรมด้านการบริโภค

##### 1.1 พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร

มีแนวโน้มการบริโภคอาหารสำเร็จรูปและอาหารนอกบ้านมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีปนเปื้อนหรือเชื้อโรคต่าง ๆ มากขึ้น หรืออาหารไม่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ ฯลฯ จากการวิเคราะห์พฤติกรรมมีสาเหตุเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกซื้ออาหารค่านิยม และวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร อิทธิพลจากสื่อโฆษณา ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโภชนาการเกินเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอาหารเป็นพิษ เป็นต้น

## 1.2 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ สุรา และสารเสพติด

แนวโน้มการบริโภคยาสูบ (บุหรี่ยี่ห้อ) และสารเสพติดยังมีมาก แม้ว่ายังมีการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้ผลชะลออัตราเพิ่ม โดยเพิ่มกลุ่มที่เป็นวัยรุ่น และสตรี และประชาชนอายุ 10 ปีขึ้นไป มีการดื่มเหล้า หรือดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ประมาณ 12.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.14 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไปและมีผู้ติดยาเสพติดขั้นต่ำทั้งสิ้น 1,267,590 คน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2536) จากการวิเคราะห์พฤติกรรมมีสาเหตุเนื่องมาจากการไม่ตระหนักในความสำคัญของปัญหา มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง สภาพแวดล้อมและสังคมเอื้อต่อการมีพฤติกรรม ฯลฯ ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือด หัวใจตีบ การเกิดอุบัติเหตุ ปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ

## 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากสภาวะเร่งรีบในสังคมปัจจุบัน ทำให้ขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งจากการวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยหลักเนื่องจากประชาชนยังขาดความสนใจและความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ขาดสถานที่อุปกรณ์การออกกำลังกาย ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีขนาดสัดส่วนของร่างกายไม่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายน้อย มีอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายระดับปานกลางและมากเฉลี่ยร้อยละ 20

## 3. พฤติกรรมทางเพศ

แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ขยายถึงวัยรุ่นมากขึ้นและมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ปัญหาโสเภณี ส่งผลให้สภาพปัญหาโรคเอดส์ขยายออกไป ซึ่งจากการวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า มีสาเหตุเนื่องจากการขาดความรู้ที่แท้จริงในการป้องกันโรค ค่านิยมไม่สวมถุงยางอนามัย การเกี่ยวกับกฎหมายการค้าประเวณีไม่เคร่งครัด ฯลฯ ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอดส์และเป็นโรคเอดส์ (31 ธันวาคม 2538) พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์มีถึง 31,439 ราย จากสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์เป็นอันดับ 1 สูงถึงร้อยละ 78.17

## 4. พฤติกรรมความปลอดภัย

ทั้งในภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ แนวโน้มมีการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ประชากรวัยแรงงานเหล่านี้มีโอกาสที่จะได้รับจากสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งกายภาพ (แสง, เสียง, ความร้อน) ทางชีวภาพ และสารเคมีต่าง ๆ รวมทั้งการจัดระบบและการมีสภาวะการทำงานที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ความไม่ปลอดภัยจากการจราจร

ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า มีสาเหตุและปัจจัยจากการขาดความรู้ ความตระหนักของอันตรายขาดทักษะในการทำงาน การขับขี่พาหนะในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อ เช่น ขาดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยในการทำงาน ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และมาตรการ กฎหมายไม่เคร่งครัด ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพทางการ จราจร โรคจากสารเคมีและสารพิษต่าง ๆ จากสถิติปี 2536 ของกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน กระทรวงแรงงานและ สถิติการสังคม อัตราการประสบนตรายสูงถึงร้อยละ 4.66 จากผู้ที่ได้รับการคุ้มครอง 3,335,805 คน

#### 5. พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต

จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการแข่งขัน สูง รวมทั้งการเผชิญกับปัญหาจราจร ความแออัดไม่มีความผ่อนคลาย ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อจิตใจ จากการวิเคราะห์พฤติกรรม มีสาเหตุเนื่องมาจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของ สถาบันครอบครัว ความอบอุ่นในครอบครัวน้อยลง ปัญหาการแบ่งเวลาสำหรับลูกที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการแข่งขันกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคจิตประสาท การฆ่าตัวตาย จากสถิติปี 2537 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 45.02 และอัตราผู้ป่วยโรคจิต เพิ่มขึ้นเป็น 245.45 ต่อประชากรแสนคน

#### 6. พฤติกรรมการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม

แนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมจะมีมากขึ้น ไม่ว่าปัญหาจากมลพิษ อากาศเสีย น้ำเสีย สารพิษต่าง ๆ จากภาคเกษตรกรรม เช่น สารกำจัดศัตรูพืช ภาคอุตสาหกรรม เช่น สารจากโลหะหนักและจากภาคบริการ เช่น สารพิษจากควันรถขนส่ง ขยะมูลฝอยต่าง ๆ จากการวิเคราะห์ พฤติกรรมมีสาเหตุจากการขาดจิตสำนึกและความตระหนักในพิษภัย นอกจากนี้ยังขาดความ รับผิดชอบของผู้ประกอบการ ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดิน หายใจ โรคแพ้อากาศ ฯลฯ

จะเห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ล้วนมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพและ ปัญหาสิ่งแวดล้อมมากมาย และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนยังขาด องค์ความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเสี่ยงหนึ่ง พฤติกรรมมีผลก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ หรือโรคหนึ่งโรคมิผลเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงหลายตัวอย่าง เช่น

- พฤติกรรมการบริโภค ยาสูบ สุรา มีผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด หัวใจตีบ อุบัติเหตุ เป็นต้น

- หรือโรคมะเร็ง มีผลเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่มี สารเคมีปนเปื้อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น ฯลฯ

### เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศจะต้องพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยให้เหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งประชากรในกลุ่ม วัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ ค่านิยมและทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพ ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) จึงได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมดังนี้คือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 293-294)

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ถูกต้อง ร้อยละ 80
2. พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
4. ลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน ร้อยละ 1 ต่อปี
5. ลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปให้เหลือไม่เกินร้อยละ 25
6. ลดอัตราการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน (อายุ15-25 ปี) ให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 20
7. ลดอัตราการบริโภคยาบ้าในผู้ขับขี่รถบรรทุกและขนส่งมวลชนให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 20
8. ลดอัตราการขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ในกลุ่มรถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนบุคคล รถบรรทุก และขนส่งมวลชนให้เหลือ ไม่เกินร้อยละ 20
9. เพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
10. เพิ่มอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
11. ลดอัตราการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องในเกษตรกรรมเสี่ยงให้เหลือไม่เกินร้อยละ 20
12. เพิ่มอัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยในการทำงานของผู้ใช้แรงงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

13. ให้ผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมมีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
14. เพิ่มอัตราการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุร้อยละ 60
15. เพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95
16. ลดอัตราการมีภาวะเครียดของประชาชนวัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุไม่เกิน ร้อยละ 5
17. เพิ่มอัตราการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการแก้ปัญหาสาธารณสุข การอนุรักษ์ และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมของชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

### กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เป็นคำประกาศปรัชญาและยุทธศาสตร์ใหม่ขององค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ ณ การประชุมนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรกที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ.2529 (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, หน้า 11)

กลยุทธ์ 5 ประการของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องอาศัยกลยุทธ์ (Strategy) ดังต่อไปนี้

1. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive environment for health)
3. สร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชน (Strengthen community action)
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)
5. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient health services) (สุรเกียรติ์ อชานุกาพ, 2541, หน้า 11-13)

#### 1. สร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ คือ นโยบายที่มีการประกาศอย่างชัดเจนให้ สุขภาพ และความเสมอภาคเกิดขึ้นทุกแห่ง และต้องมีลักษณะพร้อมที่จะรองรับผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น วัตถุประสงค์หลักของนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ คือเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่อำนวยให้ประชาชนมีความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี

เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ภาครัฐที่มีบทบาทเกี่ยวกับการเกษตร อุตสาหกรรม การพาณิชย์ การศึกษา และการคมนาคม จะต้องคำนึงถึงเรื่องสุขภาพในฐานะที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดนโยบายของตนเอง และจะต้องสนใจเรื่องสุขภาพมาก ๆ เท่ากับทางเศรษฐกิจ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 68-69)

ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ โดยทั่วไปมักจะมีมติความเชื่อว่า นโยบายสาธารณสุขเป็นเรื่องของรัฐบาลหรือผู้ปกครองประชาชนทั่วไปไม่มีโอกาสกำหนดนโยบาย แต่การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้ ประชาชนจะมีบทบาทหรือส่วนร่วมมากขึ้น ในการกำหนดนโยบายหรือกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของสังคมและชุมชน (อนุวัฒน์ ศุภชาติกุล, 2514 ค, หน้า 23)

## 2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่วยปกป้องประชาชนให้พ้นภัยต่าง ๆ ที่คุกคามสุขภาพ และช่วยเพิ่มความสามารถและพัฒนาการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ สิ่งแวดล้อมดังกล่าวหมายถึงสถานที่อยู่อาศัย ชุมชนอันเป็นภูมิภคานา บ้านเรือน สถานที่ทำงาน น้ำดื่ม น้ำใช้ อากาศ รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสุขภาพ และโอกาสที่ประชาชนจะมีอำนาจมากขึ้น

กิจกรรมเพื่อสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมีหลายมิติ อาจรวมถึงการปฏิบัติการทางการเมืองโดยตรงเพื่อพัฒนาและดำเนินการตามนโยบาย กฎระเบียบต่าง ๆ ซึ่งช่วยในการสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ปฏิบัติการทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมพัฒนาเศรษฐกิจแบบยั่งยืน และปฏิบัติการทางสังคม (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 48) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคือ สภาพการดำรงชีวิตและสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ไร้ใจ มีความพึงพอใจและมีความสนุกสนาน (อนุวัฒน์ ศุภชาติกุล, 2541 ข, หน้า 8)

## 3. สร้างความเข้มแข็งให้กิจกรรมชุมชน

กฎบัตรออกตาวา เน้นความสำคัญของกิจกรรมชุมชนที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ในการกำหนดระดับความจำเป็นเร่งด่วนด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การวางแผนกลยุทธ์และการนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีขึ้น ชุมชนที่มีอำนาจตามแนวคิดนี้ หมายถึง ชุมชนที่ปัจเจกบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนได้ใช้ทักษะและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในอันที่จะกำหนดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของตนเอง และทำให้บรรลุถึงความต้องการนั้นโดยกระบวนการการมีส่วนร่วมดังกล่าว ทั้งปัจเจกบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่มีอำนาจมากขึ้น จะสามารถทำให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ แก่ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ในชุมชนและมีความเข้มแข็งมากขึ้นจนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของชุมชนนั้น ๆ ได้ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 13)

การส่งเสริมสุขภาพ จะต้องดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนดำเนินการ หัวใจของกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความเพียรพยายามเพื่ออนาคต รวมทั้งการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541, หน้า 138)

#### 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มีพื้นฐานที่สำคัญมาจากการพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งทักษะชีวิต คือ ความสามารถต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือดำเนินพฤติกรรมในทางที่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้ปัจเจกบุคคลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการ และความท้าทายต่าง ๆ ทั้งทักษะส่วนบุคคล ทักษะระหว่างบุคคล ทักษะการรับรู้ และทักษะทางร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้เราสามารถควบคุมกำกับครรลองชีวิตของตนเอง รวมทั้งพัฒนาความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม หรือแม้แต่การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมเหล่านั้น ตัวอย่างทักษะชีวิตของปัจเจกบุคคล จะรวมทั้งการตัดสินใจและการแก้ปัญหา การคิดเชิงสร้างสรรค์และเชิงวิเคราะห์ การรู้จักเอาใจใส่ต่อตนเอง ทักษะการสื่อสารและทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การควบคุมอารมณ์ และการจัดการกับความเครียดของตน (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 36-37)

การพัฒนาทักษะสุขภาพส่วนบุคคล คือ การให้การศึกษาเรื่องสุขภาพและแนะนำทักษะชีวิตเพื่อให้ทราบถึงข้อมูล เหตุผล และทางเลือกในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม การได้รับข้อมูลข่าวสารจะทำให้เกิดความตระหนักร่วมกันคิดปัญหา และดำเนินงานจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีได้ (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, หน้า 22)

ลำพังความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดั้งเดิมนั้นไม่เพียงพอ ทุกสังคมจำเป็นต้องได้รับความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การเรียนรู้เรื่องสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นตลอดชีวิต ขณะที่สภาพสังคม สภาพการดำรงชีวิต และสภาพร่างกายของคนเราเปลี่ยนแปลงไป (อิไลน่า คิตบุสซี่, 2541, หน้า 36-37)

## 5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

กฎบัตรออกตาวาเน้นความสำคัญของภาคสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อสุขภาพโดยตรง การดำเนินงานให้บรรลุผลเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ สถานบริการสุขภาพและรัฐบาล การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขแทบทุกกรณีจะต้องมีงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดดุลยภาพในการลงทุนระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การบริการและการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมที่มีขอบข่ายกว้างขวางขึ้นดังกล่าว ไม่จำเป็นที่จะดำเนินการให้บรรลุผลโดยขยายกิจกรรมของระบบบริการสาธารณสุขโดยตรงเพียงอย่างเดียว กิจกรรมของภาคอื่น ๆ นอกภาคของสุขภาพ อาจจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าในการก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามรัฐบาลควรต้องรับรองบทบาทของภาคสุขภาพ ในการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสุขภาพระหว่างภาคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 42-43)

ภาระหน้าที่ของระบบบริการสุขภาพในการทำงานส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุข และรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น ในลักษณะที่ทันต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ยังต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่น ๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม (สุรเกียรติ์ อาชานูภาพ, 2541, หน้า 13-14)

การจัดบริการสุขภาพที่เน้นกระแสดั้งเดิม คือการรักษาพยาบาล กำลังประสบปัญหา นอกจากต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงมากและให้ผลตอบแทนต่ำแล้ว ยังพบว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพหลายอย่างได้ และยังสร้างปัญหาใหม่เกิดขึ้นด้วย กล่าวคือการเจ็บป่วยจำนวนไม่น้อยเป็นการเจ็บป่วยซ้ำแล้วซ้ำเล่า ทั้งที่น่าจะแก้ไขปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง โรคบางชนิดรักษาไม่ได้ด้วยการแพทย์เพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ขาดความเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมในมิติอื่น ๆ การส่งเสริมสุขภาพจะไม่มองสุขภาพแยกออกจากสิ่งแวดล้อม ทั้งปวงอย่างในอดีตอีกต่อไป (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2541, หน้า 3-4)

## กลยุทธ์พื้นฐาน

กฎบัตรรอดตายได้บ่งชี้กลยุทธ์พื้นฐาน 3 ประการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กลยุทธ์ดังกล่าวประกอบด้วย

1. การชี้แนะ (Advocacy) ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างภาวะหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ
2. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้คนทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ
3. การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อ

จุดหมายด้านสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 4)

การชี้แนะเพื่อสุขภาพ (Advocacy for health)

เป็นการปฏิบัติการต่าง ๆ ทั้งโดยปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม ที่คิดค้นขึ้นมาเพื่อสร้างพันธสัญญาทางการเมือง การสนับสนุนทางนโยบาย การยอมรับของสังคม และการสนับสนุนโดยระบบต่าง ๆ ต่อเป้าหมาย หรือโครงการด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

ปฏิบัติการดังกล่าวแล้ว อาจดำเนินการโดยปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสร้างสภาพความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อสุขภาพ และการบรรลุครองชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ อาจทำได้หลายรูปแบบ รวมทั้งการใช้สื่อมวลชนเป็นสื่อประสม การแสวงหาเสียงสนับสนุนทางการเมือง และการระดมพลังชุมชน โดยอาศัยการรวมฉันทามติในประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่ชัดเจน นักวิชาชีพด้านสุขภาพมีความรับผิดชอบสำคัญในการชี้แนะเพื่อสุขภาพในสังคมทุกระดับ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 11)

การเพิ่มความสามารถ (Enabling)

ในการส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มความสามารถหมายถึง การดำเนินกิจกรรมในลักษณะเป็นภาคีร่วมกับปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีอำนาจเพิ่มมากขึ้น โดยการระดมทรัพยากรบุคคลและวัตถุต่าง ๆ เพื่อทำการส่งเสริมสุขภาพ

จุดเน้นของคำจำกัดความซึ่งอยู่ที่ การใช้อำนาจโดยการเป็นภาคี และการระดมทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งให้เห็นความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และนักเคลื่อนไหวทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นตัวเร่งให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การช่วยให้คนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาทางทักษะ และการเข้าถึงกระบวนการทางการเมือง ซึ่งมีส่วนหล่อหลอมนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, หน้า 16)

### การไกล่เกลี่ย (Mediation)

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การไกล่เกลี่ยหมายถึง กระบวนการที่ผลประโยชน์ต่าง ๆ ส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ของบุคคลและชุมชนและภาคต่าง ๆ ถูกนำมาประนีประนอมกันโดยวิธีต่าง ๆ เพื่อที่จะส่งเสริมปกป้องสุขภาพ

การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครรลองชีวิต และสภาพความเป็นอยู่ของประชาชน หลีกเลียงไม่ได้ที่จะสร้างข้อขัดแย้งระหว่างภาคต่าง ๆ และผลประโยชน์ที่ขัดกันในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง ข้อขัดแย้งเหล่านั้นอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ประเด็นการเข้าถึง การใช้ และการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ การควบคุมการดำเนินกิจกรรมของบุคคลหรือองค์กร การไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งในวิถีทางที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยนำเข้า หรือการมีบทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการใช้ทักษะชี้นำเพื่อสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

### การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1982 cited in Walker, Sechrist and Pender, 1987, p.76) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (well being) และควมมีคุณค่าในตนเอง โดยประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The lifestyle and health habits assessment : LHHA) ซึ่งเพนเดอร์ ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมาก โดยประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองทั่วไป (General competence in self care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงความสนใจในการศึกษาหาความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ถึงการสังเกตความผิดปกติต่างที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย รวมทั้งมีน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลใน 1 สัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

4. แบบแผนการนอนหลับ (Sleep pattern) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับรวมถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับที่ก่อให้เกิดความง่วงงาย และทำให้เกิดการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ

5. การจัดการกับความเครียด (Strees management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในคุณค่าตนเอง (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงการกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และสุขภาพกายที่ดีตามมาในที่สุด

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationship with other) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดน้อยลง หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้

9. การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ในเรื่องเกี่ยวกับอากาศเป็นพิษ ควันพิษ สารพิษ การดูแลที่อยู่อาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

10. การใช้ระบบบริการสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพ เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ในร่างกาย จากบุคลากรที่มงานสุขภาพ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สวรรณค์ วรอินทร์ (2523, หน้า 122) ทำการวิจัยเรื่อง “เสียงหนวกหูกับสุขภาพจิตครู” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสุขภาพจิตของครูด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือ ความก้าวร้าว ความต้องการการสัมฤทธิ์ผล ความกังวลใจ อารมณ์ และปัญหาการปฏิบัติงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ที่มีเสียงหนวกหู 2 โรงเรียน การวิจัยพบว่า สุขภาพจิตของครูในโรงเรียนที่มีเสียงหนวกหู และโรงเรียนที่มีเสียงปกติอยู่ในเกณฑ์ดี แต่โรงเรียนที่มีเสียงหนวกหูและโรงเรียนที่มีเสียงปกติ แตกต่างกันดังนี้

1. ครูหญิงที่อยู่ในโรงเรียนที่มีเสียงหนวกหู มีความกังวลสูงกว่าครูหญิงในโรงเรียนเสียงปกติ
2. ครูหญิงที่อยู่ในโรงเรียนที่มีเสียงหนวกหู มีความต้องการความสัมฤทธิ์ผลสูงกว่าครูชายในโรงเรียนประเภทเดียวกัน

กิตติพร ปัญญาภิญโญผล (2523, หน้า 186) ทำการวิจัยเรื่อง “สุขภาพจิตครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสำรวจสภาพการณ์ ที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของครู อันมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตครู ในโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนกลาง สังกัดกองโรงเรียนรัฐบาล โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพจิตครูจากโรงเรียนชาย โรงเรียนหญิง และโรงเรียนสหศึกษา ประเภทละ 1 โรงเรียน จากทุกอำเภอในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ครูหญิงมีสุขภาพจิตดีกว่าครูชาย และจำนวนครูที่มีความโน้มเอียงที่จะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีนั้น จำนวนครูชายมากกว่าครูหญิง

พัชรา กาญจนารัตน์ (2523, หน้า 195) ทำการวิจัยเรื่อง “สุขภาพจิตของครู” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของครู เพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตครู โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิต (SCL-90Zsymptom Checklist-90) ของ Leonard R. Derogilio, Ronald S. Lipman และ Lino Cori กับครูในโรงเรียนสายสามัญ และสายอาชีวศึกษา ที่เข้ารับการอบรมครูพยาบาล ครูพลศึกษา ครูจริยศึกษา และครูจากโรงเรียนโครงการศึกษาศายการศึกษา พบว่า ครูหญิงและครูชาย มีความหวาดกลัวและวิตกกังวลแตกต่างกันเล็กน้อย และอาการหวาดกลัวมีเพียงเล็กน้อย จนไม่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตครู มีค่านิยมทางสุขภาพสูง และถ้ามีทัศนคติในทางลบจะมีคะแนนค่านิยมทางสุขภาพต่ำ นักศึกษามีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสูง ก็จะมีคะแนนค่านิยมสูงด้วย

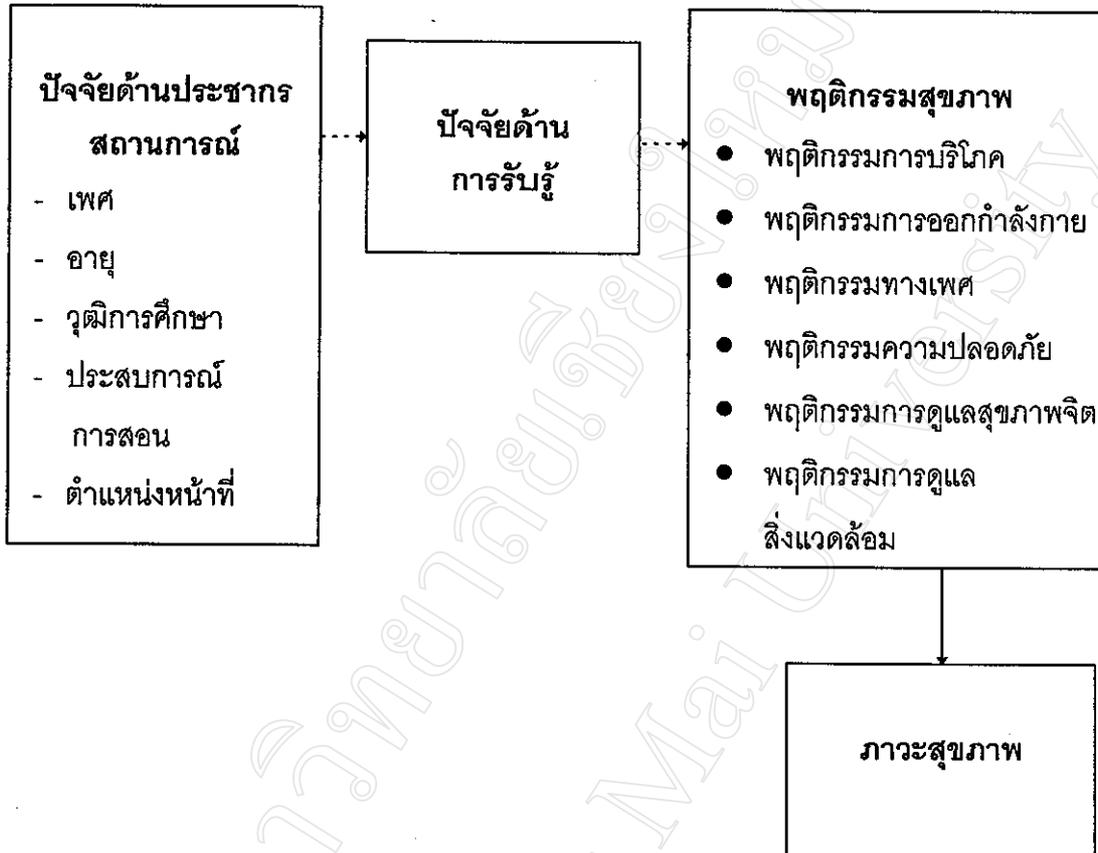
จุไรรัตน์ แพรพพราย (2536, หน้า 70-71) ทำการวิจัยเรื่อง "มโนทัศน์ทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองของครูสุขภาพดี ปี 35 ทั่วประเทศ" มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบมโนทัศน์ทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองของครูสุขภาพดี ปี 35 ทั่วประเทศ ตามตัวแปรเพศ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นครูสุขภาพดี ปี 35 ที่ได้รับการคัดเลือกจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศจำนวน 145 คน ผลการวิจัยพบว่า ครูสุขภาพดี ปี 35 มีมโนทัศน์ทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองในส่วนรวมอยู่ในระดับดีมาก

ประดิษฐ์ นาทวีชัย (2540, หน้า 96-102) ศึกษาเรื่อง "ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การออกกำลังกายของครูในจังหวัดชัยนาท" มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพพฤติกรรม การออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ของสุขภาพกับพฤติกรรมออกกำลังกายของครูในจังหวัด ชัยนาท กลุ่มตัวอย่างเป็นครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดชัยนาทและสังกัดสามัญ ศึกษาจังหวัดชัยนาทจำนวน 340 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบ สมรรถภาพทางกาย และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของครูโดยรวมอยู่ใน ระดับพอใช้ พฤติกรรมออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ภาวะสุขภาพโดยรวมสัมพันธ์กับ พฤติกรรมออกกำลังกายด้านระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันที่ใช้ออกกำลังกาย และช่วงเวลาที่ใช้ออกกำลังกายอย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวโดยสรุปมานี้ จะเห็นได้ว่า ตัวอย่างประชากรในกลุ่ม ครูนั้น การวิจัยที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพยังมีน้อยทั้งภายนอกและภายในประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจทำการวิจัย เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครู โดยเฉพาะอย่างยิ่งครูที่สังกัดกรม สสามัญศึกษาในทุกโรงเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของครู ให้เป็นแบบอย่างพฤติกรรมทางสุขภาพ และมีการแก้ไขปรับปรุงการดูแลสุขภาพตนเองของครู ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตครู ให้อยู่ในระดับสูงสุดของสุขภาพที่แต่ละบุคคลพึงจะมีได้ พร้อมกันนั้นก็จะเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการสุขภาพต่าง ๆ ในโรงเรียน และอบรมครู เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองต่อไป

การวิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครู สังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัด เชียงใหม่ ในลักษณะการดูแลสุขภาพของตนเอง จากข้อมูลเชิงสำรวจ ว่าความพร้อมในสุขภาพ ของครูมีผลต่อผู้ที่อยู่แวดล้อมตัวเองคือนักเรียน ซึ่งต้องการสภาวะทั่วไปในเรื่องสุขภาพอยู่ใน ระดับใด ตลอดจนการดูแลสุขภาพของตัวครูนั้นเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียนได้อย่างไร มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีที่เหมาะสมจะเป็นครูที่มีหน้าที่อบรมสั่งสอนนักเรียนเพียงใด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภูมิ 3 กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการทำวิจัย