



พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง ชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย วท.ม.*

สุภาพร พลายระหาร พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) และยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 379 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.0, S.D. = 0.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 0.5) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 0.5) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.1, S.D. = 0.5) และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 2.1, S.D. = 0.1) และมี 2 ด้านที่พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ = 1.8, S.D. = 0.4) และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 1.6; S.D. = 0.5)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย หน่วยงานในชุมชนควรมีการจัดกิจกรรม อบรมให้ความรู้ และส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนโดยเฉพาะ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ

*อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



Health Promotion Behaviors of People in Naphai sub - district Mueng Chaiphum District, Chaiphum Province

Thanyarat Phuchongchai M.Sc*

Supaporn Playrahan M.N.S.*

Abstract

This descriptive research aimed to study health behavior of the population aged 15 and over. Sampling of 379 people were recruited using a random sample multistage (Multi - stage sampling) and were willing to participate in this study of. Data were collected using questionnaires developed by the researchers using Pender's health promotion framework. The questionnaire were verified for content validity by 3 experts and had the reliability of 0.86. Statistics used for data analysis were frequency, percentages, mean, and standard deviation.

The results of the study showed that overall levels of health improvement were good ($\bar{X}$ = 2.0, S.D. =0.3). Each field is analyzed and some of these following fields were in good levels; interpersonal relations ($\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 0.5), stress management ($\bar{X}$ =2.3, S.D. =0.5), health responsibility ($\bar{X}$ = 2.1, S.D. = 0.5) and spiritual growth ($\bar{X}$ = 2.1, S.D. = 0.1). Two fields had fair levels of health behaviors were nutrition ($\bar{X}$ = 1.8, S.D. = 0.4) and physical activity ($\bar{X}$ = 1.6; S.D. = 0.5)

The comments were given according to this research. Public activities and trainings for health improvement should be provided for the community particularly in the fields of doing exercising and nutrition to enable the people living in the community have suitable aspects of health improvement.

Keywords : behaviors, health promotion

*Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University



บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ เกิดค่านิยม วัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์^{11,12} ขาดการใส่ใจดูแล ควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การบริโภคหวานมันเค็มมาก บริโภคผักและผลไม้ น้อย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้¹

ในประเทศไทย พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551-2552 มีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 25 กก/ตร.ม) ร้อยละ 34.7 ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.9 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.4 เกิดการเจ็บป่วยจากโรคเมเรียมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551-2555 พบอัตราการตายจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้น 1-1.5 เท่า เป็น 98.5, 32.9, 12.1 และ 37.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ² ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล¹³ จึงจำเป็นต้องรวมพลังของทั้งสังคมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตที่พอเพียงจากการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพดี¹

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางบวก มุ่งหวังพัฒนาบุคคลให้มีระดับสุขภาพที่ดีขึ้น³

องค์การอนามัยโลกพร้อมกับประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ผลักดันแนวคิดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ โดยประเทศไทยได้ดำเนินการในเรื่องนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และนำมาบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) และต่อเนื่องมายังฉบับที่ 11

(พ.ศ. 2555 - 2559) และมีการปฏิรูปและพัฒนาาระบบสุขภาพในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้วางทิศทางและแนวทางระบบสุขภาพในแนว “สร้างนำซ่อม” เป็นหลัก โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพดีแทนการซ่อมแซมสุขภาพเสีย ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของสุขภาพและหันมาเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่ป้องกันตัวเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพดีด้วยแนวทางต่างๆ⁴ ให้เป็นไปเพื่อเกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม ลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควร

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มียุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัวให้ความสำคัญต่อสุขภาพ มีการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพจิตที่ดี¹

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์⁵ เป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วย ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในส่วนที่ดีอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ซึ่งการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นกระทำได้อย่างและมีแนวโน้มที่ไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยที่สำคัญที่จูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์^{5,9} ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการ



จัดการกับความเครียด

ตำบลนาฝาย แบ่งเขตการปกครอง เป็น 19 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 15,507 คน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7 ของประชากร และเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 11.3 ของประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคดังกล่าวนี้ อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสาเหตุสำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิตไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง เป็นต้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้¹⁰ จากปัญหาและแนวทางสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการจัดทำโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละด้านของประชากรในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากร เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) คือ ขั้นแรกสุ่มหมู่บ้านโดยใช้วิธีเลือกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ได้ตัวอย่าง 10 หมู่บ้านจาก 19 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านตาตโดน, หมู่ 2 บ้านห้วยชัน, หมู่ 3 บ้านนาฝาย, หมู่ 6 บ้านหนองนกเขาน้อย, หมู่ 8 บ้านโนนคูณ, หมู่ 10 บ้านพลึง, หมู่ 12 บ้านโนนพระคำ, หมู่ 13 บ้านโนนมะเกลือ, หมู่ 15 บ้านโนนดู่พัฒนา และหมู่ 18 บ้านช่อระกา จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

(Accidental sampling) ตามสัดส่วนจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้านที่ได้จนครบ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและยินดียินดีตอบแบบสอบถามจำนวน 379 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ โรคประจำตัว และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{5,9} ครอบคลุมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย 1.ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ 3. ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ 4.ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 8 ข้อ 5.ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ จำนวน 8 ข้อ 6.ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยกำหนดการให้คะแนน ดังนี้ 0 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมเลย 1 หมายถึงปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ

กำหนดเกณฑ์การแปรผลระดับของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านพิจารณาตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนนการตอบแต่ละตัวเลือก โดยใช้ (เกณฑ์คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด)/5 ดังนั้นระดับไม่ดียังมีค่าเฉลี่ยคะแนน 0.00 – 0.60 ระดับไม่ดีมีค่าเฉลี่ยคะแนน 0.61 – 1.20 ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 1.21 – 1.80 ระดับดีมีค่าเฉลี่ยคะแนน 1.81 – 2.40 ระดับดีมากมีค่าเฉลี่ยคะแนน 2.41 – 3.00

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับได้ เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลใดๆทั้งสิ้นกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ตามแบบฟอร์มหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งจำแนกข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาหาจำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดตามลักษณะของข้อมูล 2) ข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวมและแยกเป็นแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 16-87 ปี พบว่าส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 46-59 ปี (ร้อยละ 40.9) อายุเฉลี่ย 45.57 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.8) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 56.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม (ร้อยละ 36.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 47.5)

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ามีมากถึงร้อยละ 24.5 ที่มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28.0) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.3) และมีโรคประจำตัว 2 โรคคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 12.9) สำหรับแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 79.9 รองลงมาได้รับจากหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.4 และ 58.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.0, SD. = 0.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดี มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ = 2.3, SD. = 0.5) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}$ = 2.3, SD. = 0.5) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.1, SD. = 0.5) และการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 2.1, SD. = 0.1) และมี 2 ด้านที่พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ = 1.8, SD. = 0.4) และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 1.6, SD. = 0.5) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.1	0.5	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	1.6	0.5	ปานกลาง
3. ด้านโภชนาการ	1.8	0.4	ปานกลาง
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.3	0.5	ดี
5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	2.1	0.5	ดี
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	2.3	0.5	ดี
โดยรวม	2	0.3	ดี

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ “การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ

ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 44.6

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด ได้แก่ เลือกใช้วิธีการเดินหรือปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เมื่อจะเดินทางไปสถานที่ที่อยู่ไม่ไกล ร้อยละ 24.3



พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การกล่าวทักทาย พูดคุยกับเพื่อน ร้อยละ 56.0 รองลงมาคือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่าอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด ได้แก่ การกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 39.6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ ความสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีสติ ร้อยละ 58.9

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าประชาชนตำบลนาฝาย มีการปฏิบัติตนในทางบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ชัดจิกร⁷ ที่พบว่าประชาชนตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มีการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) พบว่า อยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ (ร้อยละ 44.6) ทั้งนี้ อธิบายว่าการได้รับข้อมูล หรือหาความรู้จากแหล่งดังกล่าวสามารถเข้าถึงได้ง่ายและส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด คือการใช้วิธีการเดินหรือปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์เมื่อจะเดินทางไปสถานที่ที่อยู่ไม่ไกล รองลงมาคือการเคลื่อนไหวหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เช่น แกว่งแขน ยืดขา ในระหว่างการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของนาริตา ธรรมชนัน⁸ ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และการศึกษาของศรินทร์ยา ตัวงเจริญ และต้นสนีย์ อรุณศิริ⁶ ที่ศึกษา

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาญจนบุรี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านโภชนาการ (nutrition) พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วัน และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และรับประทานอาหารตรงเวลา แต่ยังไม่เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูปและอาหารปิ้งย่างทอด ร่มควัน เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์⁹ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อความผาสุกและความมีคุณค่าในตัวเองซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกและความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพทางบวก คือด้านโภชนาการ และสอดคล้องกับการศึกษาของของศรินทร์ยา ตัวงเจริญ และต้นสนีย์ อรุณศิริ⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาญจนบุรี, การศึกษาของปรีชา ชัดจิกร⁷ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของประชาชนตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของนาริตา ธรรมชนัน⁸ ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) พบว่าอยู่ในระดับดี โดยพบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำคือ ทานกล่าวทักทาย พูดคุยกับเพื่อนและหากมีเรื่องไม่สบายใจ จะปรึกษากับผู้ที่สนิทสนม เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนสนิท และร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัว เช่น ไปเที่ยว ไปกินข้าว แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพในครอบครัว และเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนาริตา ธรรมชนัน⁸ ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่



มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก

การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) พบว่าอยู่ในระดับดี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้อย่างผู้ที่กระทำด้วยความผิดพลาดโดยมิได้เจตนาและมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต แสดงว่า ประชาชนมีสิ่งยึดถือและการวางแผนดำเนินชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของนริตา ธรรมจันทร์ ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อย อำเภอกะทู้แบบ จังหวัดสมุทรสาครและการศึกษาของศรัณยา ดั่งเจริญและศันสนีย์ อรุณศิริ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอกำแพง จังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) พบว่าอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีสติ มีนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอและบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดที่ดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของนริตา ธรรมจันทร์ ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อย อำเภอกะทู้แบบ จังหวัดสมุทรสาครและการศึกษาของศรัณยา ดั่งเจริญ และศันสนีย์ อรุณศิริ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอกำแพง จังหวัดกาญจนบุรีที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน
3. ควรทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนในตำบลนาฝาย
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนจัดให้มีที่ออกกำลังกายและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้าง

ความตระหนักและเน้นให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดเป็นรูปธรรมในชุมชน

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรม อบรมให้ความรู้และส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Bureau of Policy and Policy and Strategy: Statistical Thailand 2012 : Ministry of Public Health, Thailand; 2013.
2. Bureau of Policy and Policy and Strategy: The national health development plan, strategic plan, issue 11. 2012- 2016: Ministry of Public Health, Thailand; 2013.
3. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [cited 2014 April 11]. Available from: : <http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>
4. Poomsanguan K. Health and health promotion: Nurse's important role. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(2): 10-14.
5. Pender N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed, Connecticut; 1996.
6. Daungcharone S. and a Aroonsiri S. The Self-Care Behavior of People in Thamaka District, Kanchanaburi Province. Bachelor of Science Program in Public Health. Nakhon Pathom Rajabhat University; 2007.
7. Khattichak P. Community Residents' Behaviors on Enhancing Their Own Health in Ban Luang Sub-District, Chom Thong District, Chiangmai Province. Master of Public Administration .Chiang Mai University; 2009.



8. Thammakan N. The enhancement of self-care behavior of people in Omnoi Municipality, Krathumbaeen District, Samutsakhon Province. Master of Public Administration. Chiang Mai University; 2007.
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
10. Wassa K. and Senarak W. The Effect of Health Promoting Program on Blood Pressure, Body Mass Index and Waist Circumference in Prehypertensive Person. Journal of Nurses' Association of Thailand, north-eastern division 2015; 33 (4): 65-73.
11. Saranritichi K. The Evaluation of Health Behavioral Changing: Lesson Learned from a Multiprofessional Intervention and Training for Ongoing Volunteer-Based Community Health Programme. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(4): 15-21.
12. Pramoolsinsup K, Khungtumneam K, Kompayak J, Kovavisarath E. The Effect of Health Promotion Program on Health Promoting Behavior Primigravida Adolescents. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2013; 31(4): 54-60.
13. Ardsamai S, Namvongprom A, Pakdevong N. Comparison of Health Promoting Behaviors in Persons with Metabolic Syndrome Regarding Positive and Negative Outcomes. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2015; 33(2): 142-149.