

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของประชาชนวัยทำงาน ในชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของประชาชนวัยทำงานในชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างประชากรคือประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 400 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนพฤศจิกายน 2547-เดือนกุมภาพันธ์ 2548 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรม SPSS for windows และนำเสนอผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ ในรูปตาราง ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ที่ศึกษา จำนวน 400คน เป็นเพศชาย 168 คน เพศหญิง 232 คน (ร้อยละ 42.0 และ 58.0 ตามลำดับ) คิดเป็นเพศชาย:เพศหญิง = 1:1.4 ส่วนใหญ่ อายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 40.7 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง(BMI)ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ(สมส่วน)รองลงมาคือ มากกว่าเกณฑ์ปกติ(ท้วม)และอ้วน(ร้อยละ 62.7, ร้อยละ 20.8 และ ร้อยละ 8.8 ตามลำดับ)

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษา รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น(ร้อยละ 54.3 และ ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ)นอกจากนี้พบว่าไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 5.0 ซึ่งในจำนวนที่ไม่ได้เรียนหนังสือนี้ เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 15 คน อายุ 19-59 ปีว่างงาน 4 คนและอาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้าง(ร้อยละ 50)รองลงมาคือว่างงาน (ร้อยละ 20)

ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และพบว่า ว่างงาน(ยังสามารถทำงานได้) ร้อยละ 7.8 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ มีรายได้ 2,501-5,000 บาท ต่อเดือน รองลงมา คือ 5,001- 7,500 บาท ต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 7373.93 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุดคือ 700 บาท ต่อเดือน และรายได้สูงสุด 50,000 บาท ต่อเดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัวที่ผ่านการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว(ร้อยละ36.8) รองลงมาคือมีโรคประจำตัว (ร้อยละ34.7) และไม่ทราบว่าตนมีโรคประจำตัวหรือไม่(ร้อยละ 28.5) และเมื่อคิดเป็นร้อยละในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ51.4 โรคที่พบส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง(ร้อยละ14.7) รองลงมาคือโรกระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 9.4) โรคอื่นๆ (ร้อยละ8.4) และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ5.6) ตามลำดับ

ข้อมูลการตรวจสุขภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจปัสสาวะ ในรอบ 1ปีที่ผ่านมา พบว่า มากกว่าครึ่งที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ ในรอบ 1ปี ที่ผ่านมา

## 2.ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพ

2.1 ร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ปัจจัยด้านความเชื่อ-การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าเห็นด้วย เกินกว่าครึ่งหนึ่งในทุกข้อของแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ครบทุกประเภทตามที่ร่างกายต้องการ มีโอกาสเกิดโรคต่างๆได้ง่าย, บุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบและคนข้างเคียง, การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคหลอดลมอักเสบ มีอาการรุนแรงขึ้น, คนที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอด มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราจนมึนเมาแล้ว ขับรถมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย, หญิงมีครรภ์ที่ดื่มสุราฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์, คนที่ไม่ดื่มสุรามักจะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าคนที่ติดสุรา, โรคความดัน/เบาหวานและหัวใจมักเกิดในคนที่อ้วน /ไม่ค่อยออกกำลังกาย , การออกกำลังกายทำให้ร่างกายใช้พลังงานที่สะสมไว้, มีความเครียดบ่อยๆมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง, การรักษาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ตรวจพบจะทำให้อาการของโรคไม่รุนแรงมาก, การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง เป็นการตรวจค้นโรคที่ซ่อนเร้นอยู่ ทำให้รักษาได้ทันทั่วทั้งที่ รองลงมาคือตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในทุกข้อของแบบสัมภาษณ์ด้วยเช่นกัน และมีน้อยมาก ที่ตอบว่าไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วยและข้อที่ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้แก่ บุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบและคนข้างเคียง, คนที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่, คนที่ไม่ดื่มสุรามักจะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าคนที่ติดสุรา, โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานและหัวใจมักเกิดในคนที่อ้วน/ไม่ค่อยออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ1 ครั้งเป็นการตรวจค้นโรคที่ซ่อนเร้นอยู่ทำให้รักษาได้ทันทั่วทั้งที่

2.2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ข้อความรู้ด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเกือบทั้งหมด(>ร้อยละ90.0) ได้แก่ ข้อคำถาม ดังนี้ คือ ในบุหรี่ปริมาณหนึ่งที่ทำให้ติดบุหรี่คือนิโคติน, หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่มักมี

ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดและเด็กน้ำหนักต่ำกว่าปกติ, สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่/ฤทธิ์สำคัญของแอลกอฮอล์ คือ ออกฤทธิ์กดประสาท, การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพคือการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที, เมื่อออกกำลังกายจะรู้สึกสดชื่น เบิกบาน เพราะต่อมใต้สมองหลังสารชนิดหนึ่งออกมา, ความเครียดเป็นปฏิกิริยาทั้งร่างกายและจิตใจที่ถูกกระตุ้นให้ตื่นกลัวมากเกินไป, ความเครียดจะส่งผลให้ร่างกายแสดงปฏิกิริยา เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และความดันโลหิตในผู้ใหญ่ที่ปลอดภัยคือ ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วน ข้อความที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อความที่ว่าการไปตรวจสุขภาพที่ถูกต้องคือ รอให้มีอาการของโรคก่อน (ร้อยละ84.0) รองมาคือ ตอบผิดในข้อความที่ว่า ความร้อนทำให้วิตามินในผัก ผลไม้มีคุณภาพดีขึ้น (ร้อยละ70.0)

2.3 ร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านเจตคติต่อการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดีพบว่า เจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เกินครึ่งที่ไม่เห็นด้วยกับข้อที่ว่า การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวันเป็นสิ่งที่ยาก, ผู้ที่มีปัญหาในชีวิตการดื่มสุราเป็นทางออกที่ต้ออย่างหนึ่ง , ต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน จึงดื่มสุรา, การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก, ทำงานประจำเหนื่อยมาทั้งวัน ถ้าไปออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมเร็ว, ผู้ที่มีโรคประจำตัวทุกชนิดไม่ควรออกกำลังกาย, การตรวจสุขภาพประจำปีไม่จำเป็นสำหรับผู้ที่สุขภาพแข็งแรงดี, การตรวจสุขภาพทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น และการไปตรวจสุขภาพทำให้เสียเวลาทำงาน

สำหรับเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ข้อที่ส่วนใหญ่เห็นด้วยเกินครึ่งหนึ่ง ได้แก่ ข้อที่ว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะทำให้มีสุขภาพดี, สูบบุหรี่ปริมาณน้อยวันละ1-2มวนก็มีโอกาสติดบุหรี่ได้, ถ้าอยากเป็นตัวอย่างที่ดี จะต้องงดสูบบุหรี่, ผลของการดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ และเมื่อเกิดความเครียดจะหาทางผ่อนคลาย ไม่เก็บกดไว้จนเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

### 3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความบ่อยของการรับประทานอาหารประเภทต่างๆใน 1 สัปดาห์

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน400 คน พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ (ร้อยละ69.5) และส่วนใหญ่ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุกวัน (ร้อยละ33.0) แต่เรื่องการดื่มนมวันละ1-2 แก้ว นั้นพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเลย (ร้อยละ43.0) รองลงมาคือดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนผู้ที่ดื่มทุกวันมีเพียงร้อยละ 11.8

สำหรับเรื่องของการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทาน (ร้อยละ76.0)มีเพียงร้อยละ1.0 ที่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ทุกวัน การรับประทานอาหารที่มีเนย และแป้ง เช่น ขนมปัง เค้ก ขนมขบเคี้ยวพบว่า ส่วนใหญ่รับประทาน1-3 วันต่อสัปดาห์(ร้อยละ48.5) รับประทานทุกวัน ร้อยละ 7.3 การรับประทานอาหารหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ของเชื่อม ส่วนใหญ่รับประทาน1-3 วัน ต่อสัปดาห์(ร้อยละ53.4)รับประทานทุกวัน ร้อยละ3.3 การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ปนมันและผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันสูงเช่น หมูสามชั้น,เบคอน,กุนเชียงส่วนใหญรับประทาน1-3 วันต่อสัปดาห์(ร้อยละ45.8)และรับประทานทุกวัน ร้อยละ 14.3 การรับประทานปลา ไก่ และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ส่วนใหญ่รับประทาน 1-3 วัน ต่อสัปดาห์(ร้อยละ40.8) การรับประทานเนื้อสัตว์ ปิ้ง ย่าง แบบไหม้เกรียมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่รับประทานเลย(ร้อยละ52.0) พบว่า รับประทานทุกวัน เพียงร้อยละ1.3 ส่วนการรับประทานอาหารแปรรูปประเภทไส้เกลือ เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ส่วนใหญ่รับประทาน1-3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ59.5) และการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยการผัด,ทอด,ใส่กะทิ ส่วนใหญ่ รับประทาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ51.5) ด้วยเช่นกัน

การรับประทานผักสด ส่วนใหญ่รับประทานทุกวัน ( ร้อยละ48.0) และการรับประทานผลไม้สด ส่วนใหญ่รับประทาน1-3 วัน ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ40.0) เช่นกัน มีรับประทานทุกวันร้อยละ 31.2 นอกจากนี้ยังพบว่า ยังมีการรับประทานน้ำผลไม้ผสมน้ำตาลแต่งกลิ่นและสี ซึ่งส่วนใหญ่รับประทาน1-3 วัน ต่อสัปดาห์และพบว่า ในการรับประทานอาหารแต่ละครั้งส่วนใหญ่ มีการปรุงรสให้หวานหรือเค็มขึ้นกว่าเดิม 1-3 วัน ต่อสัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ51.0 และร้อยละ 18.0 ที่มีการปรุงรสให้หวานหรือเค็มขึ้นกว่าเดิมทุกวัน และยังพบว่ามียามากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีการรับประทานอาหารหมักดอง เช่นผลไม้ดอง ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง 1-3 วัน ต่อสัปดาห์

3.2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความบ่อยในการปฏิบัติกิจกรรม ประเภท ต่างๆ ที่มีการเคลื่อนไหว ออกแรง / ออกกำลังกาย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คนพบว่า ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวออกแรง / ออกกำลังระดับหนัก 0-2 วันต่อสัปดาห์(ร้อยละ75.8 )รองลงมาคือ มีการเคลื่อนไหวออกแรง / ออกกำลัง ระดับหนัก ทุกวัน (ร้อยละ10.8) และมีการเคลื่อนไหว ออกแรง / ออกกำลัง ระดับหนัก 3-4 วันและ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 8.5 และ ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ

การเคลื่อนไหว ออกแรง / ออกกำลังระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ ปฏิบัติ 0-2 วัน ต่อสัปดาห์(ร้อยละ70.3 ) น้อยที่สุดคือการเคลื่อนไหวออกแรง / ออกกำลังระดับปานกลาง 5-6 วันใน 1 สัปดาห์(ร้อยละ7.2)สำหรับการเดินติดต่อกันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20-30 นาที ในแต่ละครั้ง เช่นที่ทำงาน ขณะทำงานอยู่ที่บ้าน เดินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เดินพักผ่อนหย่อนใจ

ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 0-2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ47.3) รองลงมาคือปฏิบัติทุกวัน (ร้อยละ 34.4) และส่วนใหญ่การตั้งใจออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างเป็นทางการเป็นเรื่องเป็นราวก็ยังคงมีการปฏิบัติเพียง 0-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ (ร้อยละ72.4) มีการปฏิบัติทุกวัน เพียงร้อยละ 11.8 และปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ10.0 เมื่อพิจารณาถึงการออกกำลังกายความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างเป็นทางการเป็นเรื่องเป็นราวส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเพียง 0-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ คือร้อยละ 83.0 ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 8.0 มีการปฏิบัติทุกวันเพียง ร้อยละ 5.0 ในทำนองเดียวกัน การบริหารร่างกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างเป็นทางการเป็นเรื่องเป็นราว ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 0-2 วันต่อสัปดาห์(ร้อยละ72.2 ) ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 9.8และพบว่าปฏิบัติทุกวัน เพียงร้อยละ 11.2

### 3.3 พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 400 คนพบว่า ส่วนใหญ่พยายามค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ(ร้อยละ32.8)สำหรับการระบายความรู้สึกปรึกษาปัญหากับคนใกล้ชิดคนที่ไว้ใจ,การผ่อนคลายภาวะเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา,ผ่อนคลายภาวะเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา หางานอดิเรกทำเช่น ปลูกต้นไม้ ,อ่านหนังสือ และท่องเที่ยว,เดินเล่น,ชอบบั้งนั้น ส่วนใหญ่ปฏิบัติ นานๆครั้ง

ในแง่ของการดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติเลย(ร้อยละ62.5) แต่ก็ยังพบที่มีการดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีความเครียด ทุกครั้ง ร้อยละ 3.8 และสำหรับการกินยาระงับประสาท/ยานอนหลับ การพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การเลิกคิดที่จะแก้ปัญหาเพราะรู้สึกท้อแท้หมดหวังนั้นส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยปฏิบัติเลย

การขอคำปรึกษา จากผู้รู้หรือบุคลากรสาธารณสุขและการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อใช้จินตภาพนั้น ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติเลยรองลงมา คือ มีการปฏิบัตินานๆครั้ง และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปทำบุญ ไปฟังเทศน์ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ก็ยังพบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัตินานๆ ครั้งด้วยเช่นกัน มีเพียงร้อยละ 11.5 เท่านั้นที่ปฏิบัติทุกครั้ง

### 4.ระดับของระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ3ด้านของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่าง400 คน พบว่าเกินครึ่งหนึ่งที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย(ร้อยละ66.8) รองลงมาคือ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.5) การ

ปฏิบัติในระดับมาก พบน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 3.8 เท่านั้น

เมื่อจำแนกเป็นรายพฤติกรรมพบว่า ในด้านการบริโภคอาหารส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับมาก(ร้อยละ74.5)มีเพียงร้อยละ 3.0 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับน้อย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายพบว่า ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในระดับน้อย(ร้อยละ83.0)มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในระดับปานกลางและมากเท่ากัน (ร้อยละ 8.5 )

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดพบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลาง คือร้อยละ38.0รองลงมาคือ มีการจัดการกับความเครียดในระดับมากและน้อย (ร้อยละ32.5 และ 29.5 ตามลำดับ)

#### 5. ระดับของปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้

5.1 ความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพ เกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ97.8) และไม่พบว่ามีความเชื่อและการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยเลย

5.2 ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ92.5) มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางและน้อยเพียง ร้อยละ4.8 และร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

5.3 เจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติด้านบวก (ร้อยละ59.8) รองลงมา มีเจตคติในระดับปานกลางไม่แน่ใจ(ร้อยละ 38.4) และมีเพียงร้อยละ1.8 เท่านั้น ที่มีเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีในด้านลบ

#### 6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

6.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล

##### 6.1.1 ด้านการบริโภคอาหาร

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคลพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว กับไม่มีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัวและไม่ทราบว่าตนเองมีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา กับไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

#### 6.1.2 ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย มีเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ ปัจจัยด้านอาชีพ นั่นก็คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .003$ )

#### 6.1.3 ด้านการจัดการกับความเครียด

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ตามปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับความเครียดได้แก่ ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย, ระดับการศึกษาและอาชีพ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน, ระดับการศึกษาต่างกัน, มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .035, p\text{-value} = .042$  และ  $p\text{-value} = .029$  ตามลำดับ)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ตามปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .044$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .033$ )

กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมากับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .031$ )

## 6.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

### 6.2.1 ด้านการบริโภคอาหาร

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ และเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ )

### 6.2.2 ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง / ออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันและเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ )

### 6.2.3 ด้านการจัดการกับความเครียด

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน, ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกันและเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ )

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกันและเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ )

## อภิปรายผลการศึกษา

### 1. ปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ได้จากการสุ่มตัวอย่างมาจำนวน 5 ชุมชนจากชุมชนซึ่งยังคงสภาพเป็นชุมชนแออัดที่มีอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี ทั้งหมด 9 ชุมชน เป็นเพศชายและเพศหญิงพอๆกัน คือร้อยละ 42.0 และ 58.0 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วน เพศชาย:เพศหญิง = 1:1.4 อาจเนื่อง



มาจากการศึกษานี้ มีหน่วยการศึกษาเป็นประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 15-59 ปี ซึ่งถูกสุ่มมาจากครัวเรือนละ 1 คน โดยไม่จำกัดว่าจะเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรส ยกเว้น หลังคาเรือนใดมีทั้งเพศชายและเพศหญิงจะสุ่มเลือกมาทั้ง 2 เพศ ทำให้โอกาสที่ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะถูกสุ่มเลือกมีเท่าๆกัน

อายุส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี อายุเฉลี่ย 40.7 ปี อายุน้อยสุดคือ 16 ปี อายุมากที่สุดคือ 59 ปี เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรวัยทำงานที่แน่นอนของจังหวัดสระบุรี จึงไม่สามารถคิดเปอร์เซ็นต์และเปรียบเทียบกับประชากรวัยทำงานของจังหวัดสระบุรี แต่จากการศึกษานี้ สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม 2537 (82) ซึ่งพบว่าโครงสร้างอายุของประชากร ในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ส่วนมากเป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 69.0

ดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 62.7) รองลงมา มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติหรืออ้วน (ร้อยละ 20.8) และอ้วน (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ประชากรในชุมชนแออัดมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติในตัวเลขที่สูง (ร้อยละ 20.8) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประชากรในชุมชนแออัดรับประทานอาหารที่มีเนยและแป้ง, รับประทานของหวานๆ และรับประทานเนื้อสัตว์ที่ปนมัน และผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันสูง ซึ่งส่วนใหญ่รับประทาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ถึงร้อยละ 48.5, ร้อยละ 53.4 และ ร้อยละ 45.8 ตามลำดับ และยังพบว่า รับประทานทุกวัน ร้อยละ 7.3, ร้อยละ 3.3 และ ร้อยละ 14.2 ตามลำดับ อาจเป็นไปได้ว่าประชากรในชุมชนแออัดที่ศึกษานี้ ยังขาดความรู้ถึงการที่จะเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและผลเสียต่อสุขภาพที่จะตามมาจากการรับประทานอาหารประเภทดังกล่าว อาจเนื่องมาจากขาดการติดตามข่าวสาร หรือสื่อต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ เพราะอาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไป ซึ่งอาจจะไม่เอื้อต่อการที่จะได้รับฟังข่าวสารความรู้จากสื่อต่างๆ หรืออาจเป็นเพราะรายได้ที่ไม่เพียงพอเนื่องจากรายได้ส่วนใหญ่ อยู่ที่ 2,501-5,000 บาทต่อเดือน ทำให้การเลือกซื้ออาหาร เน้นแต่ปริมาณที่จะให้มีเพียงพอเท่านั้น และจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ประชากรในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย มากกว่าเกณฑ์ปกตินี้ ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายในระดับน้อย-ปานกลาง ถึงร้อยละ 95.0 ความไม่สมดุลดังกล่าวเหล่านี้ จึงทำให้มีค่าดัชนีมวลกายที่ มากกว่าเกณฑ์ปกติ

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่เท่านั้น เช่น กรณีของดัชนีมวลกายนี้ ศึกษาเพียงว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่างกันจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาและงบประมาณจึงมิได้ศึกษาในเชิงลึกและยังมิได้

ศึกษาถึงทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ โดยผู้ที่สนใจศึกษารั้งต่อไปอาจจะศึกษาโดยให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเป็นตัวแปรต้น โดยให้ดัชนีมวลกายเป็นตัวแปรตามแล้วศึกษาปัจจัยร่วมอื่นๆที่อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ72.0) อาจเนื่องมาจากหน่วยศึกษาที่สุ่มได้นี้ ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรส

ระดับการศึกษา เกินครึ่ง(ร้อยละ54.3)จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา แสดงให้เห็นว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ จากข้อจำกัดด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี2537(82) เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของประชากรในชุมชนแออัดและประชากรทั่วไปในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าประชากรทั่วไป จะมีสัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยสูงกว่าประชากรในชุมชนแออัด มากกว่า 2 เท่า (ร้อยละ 18 และ ร้อยละ8 ตามลำดับ)

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป(ร้อยละ39.3) รองลงมาคือค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ26.0)และพบว่าว่างงาน(ยังสามารถทำงานได้) ร้อยละ 7.8 มีอาชีพรับราชการและเป็นพนักงานบริษัท/สำนักงานเพียง ร้อยละ 7.5 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่จบการศึกษต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ซึ่งอาชีพที่ประชากรส่วนใหญ่ทำมักเป็นอาชีพที่ไม่ค่อยใช้ความรู้ทางวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2537 (81) ซึ่งพบว่า อาชีพของประชากรในชุมชนแออัดส่วนมากประกอบอาชีพค้าขายและช่าง (ร้อยละ23.0และ20.0 ตามลำดับ) ซึ่งไม่ค่อยใช้ความรู้ทางวิชาการ แต่ใช้ทักษะความชำนาญเฉพาะด้าน เช่นช่าง ต่างๆ นอกจากนี้การค้าขายแบบหาบเร่ ยังเป็นอาชีพที่อิสระ ผู้ที่มีความรู้หน่อยสามารถทำได้และเพราะมีการลงทุนค่อนข้างต่ำ

รายได้ครอบครัวต่อเดือน เมื่อพิจารณารายได้ครอบครัวต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ 2,501-5,000 บาท ต่อเดือน(ร้อยละ40.5) รองลงมาคือ 5,001-7,500 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 26.0) รายได้เฉลี่ย 7,373.9 บาท ต่อเดือน รายได้ต่ำสุดคือ 700 บาท ต่อเดือน และรายได้สูงสุดคือ 50,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมีเพียงครอบครัวเดียวเท่านั้นและสำหรับรายได้ครอบครัวที่มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีเพียง ร้อยละ2.5 ซึ่งก็สอดคล้องกับระดับการศึกษา ที่ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ซึ่งมีรายได้ไม่ค่อยแน่นอนซึ่งมักได้รับค่าตอบแทนเป็นรายวันและเป็นอาชีพที่มีรายได้แต่พอประมาณ ไม่ค่อยเพียงพอกับค่าใช้จ่าย

เมื่อพิจารณาถึงเรื่องโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.8 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มี

โรค/ อาการเจ็บป่วยประจำตัว คือร้อยละ 34.7 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ ไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวหรือไม่อีก ร้อยละ 28.5 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มประชากรเหล่านี้ ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพเลย อาจจะเป็นเนื่องจากยังไม่มีอาการและการแสดงของโรค จึงไม่มีเหตุชักนำไปรับการตรวจสุขภาพร่างกายหรืออาจจะเนื่องมาจากการประกอบอาชีพซึ่งทำให้ไม่มีเวลาที่จะไปรับการตรวจสุขภาพร่างกาย หรืออาจเนื่องมาจากยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวพบว่า โรคที่พบมากเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูงรองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหาร โรคอื่นๆ และโรคเบาหวาน (ร้อยละ14.7, ร้อยละ9.4, ร้อยละ8.4 และร้อยละ 5.6 ตามลำดับ) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี เนื่องจากพบว่า ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ไม่เหมาะสม) ถึงร้อยละ 66.8 ซึ่งเป็นไปได้ว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีโรค/ อาการเจ็บป่วยประจำตัว ถึง ร้อยละ 34.7

การเคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ1 ปีที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจบัสสภาวะพบว่า เกินครึ่งที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ ในรอบ1ปี ที่ผ่านมา (ร้อยละ 54.5) อาจเนื่องมาจากยังไม่มีอาการและการแสดงของโรค จึงไม่มีเหตุชักนำไปรับการตรวจสุขภาพร่างกาย หรืออาจจะเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ ซึ่งทำให้ไม่มีเวลาที่จะไปรับการตรวจสุขภาพร่างกาย หรืออาจจะเนื่องมาจากยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังจะเห็นได้จากคำตอบของข้อความรู้ด้านสุขภาพ ในข้อที่ 13 ที่ว่า การไปตรวจสุขภาพที่ถูกต้องคือรอให้มีอาการของโรคก่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ตอบผิด ถึงร้อยละ 84.0 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องของการไปรับการตรวจสุขภาพซึ่งไม่ต้องรอให้มีอาการและการแสดงของโรคก่อน

### 3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

#### 3.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมและพฤติกรรมรายด้าน

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ถึงระดับการปฏิบัติพฤติกรรมพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม (ร้อยละ66.8) รองลงมาคือ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ29.4) การปฏิบัติในระดับมาก พบน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 3.8 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาเพ็ญและคณะ(83) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงาน ในโรงงานจำนวน 6,659 คน ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด12 จังหวัดมีการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ไม่เป็นที่น่าพอใจและ Nasland GK.(69) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของคณงานชาวสวีเดน อายุ 18-65 ปี จำนวน 1,359 คน มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในเชิงลบค่อนข้างสูงและจากการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธุ์(84)ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี2542 ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 19-89 ปี ซึ่งอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ23.0) จำนวน 400 คน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางและระดับความเหมาะสมของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 52.5 มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกเป็นรายพฤติกรรมพบว่า ในด้านการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ในระดับมาก (ร้อยละ74.5) มีเพียงร้อยละ3.0 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธุ์ ปี 2542 (84) ที่พบว่า พฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหารของประชากรในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานครปี2542 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 19-89 ปี จำนวน 400 คน มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี แต่การศึกษาของ กนกวรรณ จันทร์แดง(65) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี พบว่า พฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำและ Lusk,Kert และ Ronis (อ้างถึงใน พิเชฐ เจริญเกษ)(74)ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือระดับบริหาร พนักงานขาย และคณงานในโรงงานผลิตรถยนต์พบว่า ในระดับคณงานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นอาจเนื่องจากการศึกษานี้ ประชาชนวัยทำงานในชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีอยู่ใกล้แหล่งที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากอยู่ในตัวอำเภอเมืองจึงสามารถที่จะหาแหล่งอาหารหรือเลือกซื้ออาหารได้หลากหลายมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบัน กระแสในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ มีแพร่หลายมากขึ้น เป็นไปในเชิงรุกมากขึ้น ทำให้รับรู้ข่าวสารได้ดีขึ้น

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสมถึงร้อยละ83.0 มีการเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายในระดับปานกลางซึ่งเท่ากับระดับมากหรือเหมาะสมเพียง ร้อยละ 8.5 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ จันทร์แดง(65) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานีพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกายระดับต่ำ และ จากการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธุ์ (84) พบว่า พฤติกรรมออกกำลังกาย ของ

ประชากรในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี 2542 ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 19-89ปี จำนวน 400 คน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับที่ไม่เหมาะสมมีเพียงร้อยละ15เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายในระดับดี-ดีมาก ขัดแย้งกับการศึกษาของPender,Walker, Sechrist,Stromborg(66) ที่ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคณงานในสถานประกอบการพบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนสูงสุด เนื่องจากในสถานประกอบการมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โยชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลาย ความเครียด ในขณะที่ในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมือง สระบุรี ในชุมชนที่ศึกษานี้ไม่มีพื้นที่ว่างในการจัดบริการให้กับประชาชน ในการพักผ่อนและการออกกำลังกาย นันทนาการ ลานกีฬาและสวนสาธารณะ มีเพียงชุมชนเดียวในการศึกษานี้ที่ประยุกต์ใช้สถานที่ที่มีอยู่ในการออกกำลังกาย เช่น ลานวัดและสนามกีฬาของโรงเรียน

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลางคือ ร้อยละ38.0 รองลงมาคือ มีการจัดการกับความเครียดในระดับมากและน้อย (ร้อยละ32.5 และ 29.5 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ จันทร์แดง (65) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดในระดับสูง และจากการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธ์ (84) พบว่า พฤติกรรมจัดการกับความเครียดของประชากรในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี 2542 ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง19-89ปี จำนวน 400 คน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แต่ขัดแย้งกับ การศึกษาของPender,Walker,Sechrist,Stromborg(66) ที่ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคณงานในสถานประกอบการพบว่า พฤติกรรมด้านการ จัดการกับความเครียดมีคะแนนต่ำที่สุด จากการศึกษาทั้ง 4 รายงาน แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละลักษณะอาชีพ,แต่ละสภาพการณ์ ซึ่งมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

#### 4. ระดับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

ระดับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ จากกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาจำนวน 400 คน พบว่า ความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ97.8 และไม่พบว่ามี ความเชื่อและการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำเลย (ร้อยละ0.0) ในทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 92.5 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางและน้อยเพียง ร้อยละ4.7 และร้อยละ 2.8 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาด้านเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีพบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติด้านบวก (ร้อยละ 59.8) รองลงมา มีเจตคติในระดับปานกลาง(ไม่แน่ใจ) ร้อยละ 38.4 และมีเพียง ร้อยละ 1.8 เท่านั้น

ที่มีเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีในด้านลบ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบัน ทั่วโลก รวมทั้งผู้บริหารประเทศและหลายๆฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มองเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ได้รับการสนับสนุน ในเรื่องของสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆเกี่ยวกับเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีแพร่หลายและเป็นรูปธรรมมากขึ้น การทำงานเป็นไปในเชิงรุกมากขึ้นทำให้ การรับรู้ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ดีขึ้น ประกอบกับ มีการศึกษาค้นคว้า วิจัยทางด้านสุขภาพ เป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้มองเห็นผลดี/ผลเสียและผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพและชีวิต ความเป็นอยู่รวมทั้งความเจริญทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งเป็นช่องทางที่จะทำให้ได้รับรู้ข่าวสาร ได้มากขึ้นจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ ประชาชนมีความรู้-การรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

#### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 เพศ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงจากการศึกษา ในครั้งนี้พบว่า เพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับมากหรือเหมาะสม มากกว่า เพศหญิง (ร้อยละ 19.6 และร้อยละ 16.8 ตามลำดับ) แต่เป็นความแตกต่างอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .467$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธุ์ (84) ที่ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี 2542 ทั้งเพศ ชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 19-89 ปี จำนวน 400 คนพบว่า ระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีความ แตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .111$ ) ซึ่งต่างจาก การศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (62) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัด กรุงเทพมหานคร, Muhlenkamp (84) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติวิถีชีวิตส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-67 ปี และ Felton GM, Parsons MA, Bartoces MG. (75) ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร : ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลการวิจัยทั้ง 3 เรื่องพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (86) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายพฤติกรรม โดยการทดสอบความแตกต่าง ของ พฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออก กำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p\text{-value} > .05$ ) สอดคล้องกับ การศึกษาของ พวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ (1) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมการ

ออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า ระหว่างเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรม การออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า ส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการใช้แรงงานในงานประจำอยู่แล้ว และคิดว่าการทำงานประจำเป็นการออกกำลังกายแล้วน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธ์ (84) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี 2542 เพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 19-89 ปี จำนวน 400 คน เมื่อทดสอบความแตกต่างกันของ พฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของเพศชายและเพศหญิง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ( $p\text{-value} < .05$ ) ยกเว้นพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เพศชายมี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การออกกำลังกายสูงกว่าเพศหญิง แต่ด้านการจัดการกับความเครียด เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการกับความเครียดสูงกว่าเพศชาย

5.2 อายุ การวิเคราะห์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 15-24 ปี มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับมากหรือเหมาะสม มากกว่ากลุ่มอายุอื่นเพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 4.13) และพบว่า กลุ่มอายุที่ต่างก็มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .777$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ คำพันธ์ (84) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี 2542 เพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 19-89 ปี จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นเล็กน้อย และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .475$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วนลดา ทองใบ (63) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของ Ahijevych K, Bernard (73) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงผิวดำ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มอายุที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายด้านการจัดการกับความเครียดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p\text{-value} > .05$ ) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ นิลภา จิระรัตนวรรณ (87) ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร สุขภาพจิต และการปฏิบัติตนตามสุขบัญญัติแห่งชาติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และ

$p < .001$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ (1) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตน กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายและสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ นะเงินและคณะ(อ้างถึงในพวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ)(1)ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม ที่ได้รับการอบรมผู้นำการออกกำลังกาย ตั้งแต่ปี 2536-2541 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของประดิษฐ์ นาทวีชัย(อ้างถึงในพวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ)(1)ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายด้านกิจกรรมโดยพบว่า ครูที่มีอายุน้อยต้องใช้กิจกรรมออกกำลังกายที่มีความหนักมากกว่าครูที่มีอายุมาก

5.3 ดัชนีมวลกาย เมื่อทดสอบความแตกต่างของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายต่างกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ-ปกติและกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ หรือท่วม-อ้วน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=.248$ ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ-ปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ-อ้วน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการจัดการกับความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=.044$ และ  $p\text{-value}=.035$ ตามลำดับ) ที่เป็นเช่นนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภคที่แตกต่างกัน ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวออกแรง /ออกกำลังกายไม่แตกต่างกันและอาจจะมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ในเรื่องของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดก็อาจจะมีปัจจัยด้านอาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องหรืออาจมีเรื่องของพันธุกรรมร่วมด้วย ก็อาจเป็นได้

5.4 สถานภาพสมรส เมื่อทดสอบความแตกต่างของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน3ด้านได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p\text{-value} > .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ(1) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพ แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุชาติ ภัยเหล็ก และสมใจ นาดากุล (อ้างถึงในพวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ)(1) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยสถานภาพโสดและคู่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดที่



แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างของ สุชาติดา ภัยหลีกหลีและสมไฉน นาถภากุล มีมากถึง 5:1 ในสถานภาพสมรสโสดและคู่ และส่วนใหญ่เป็นผู้ชายซึ่งโอกาสในการออกกำลังกายจะมากกว่าผู้หญิงและส่วนหนึ่งยังอยู่ในระบบการศึกษาซึ่งน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของกระบวนการศึกษาในระบบโรงเรียนที่ช่วยสร้างเสริมลักษณะนิสัยให้มีการออกกำลังกาย

5.5 ระดับการศึกษา เมื่อทดสอบความแตกต่างของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .005$  และ  $p\text{-value} = .042$  ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระดับการศึกษา แสดงถึงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และการได้รับความรู้ต่างๆ จากการศึกษาในระยะแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีความสามารถในการรับรู้และพิจารณาไตร่ตรอง ความถูกต้องของความรู้และการคิดหาวิธีการในการจัดการกับความเครียด ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Lusk, Kerr และ Ronis (อ้างถึงในพิเชษฐ เจริญเกษ)(74) ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือระดับบริหาร พนักงานขายและคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าแต่จากการศึกษาของ Tohnai S. และ Hata E. (72) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อายุ 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขาและหมู่บ้านชาวประมงพบว่า ตัวแปรด้านการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

5.6 อาชีพ เมื่อทดสอบความแตกต่างของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่า อาชีพจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ อย่างชัดเจน กล่าวคือ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้งในด้านการบริโภคอาหาร, การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะอาชีพนั้นมีความเกี่ยวเนื่องตั้งแต่เรื่องของระดับการศึกษาซึ่งเป็นพื้นฐาน เช่นผู้ที่มีการศึกษาน้อยโดยส่วนใหญ่ก็จะประกอบอาชีพโดยใช้แรงงาน คนกลุ่มนี้ก็จะมิในเรื่องของการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในวิถีชีวิตประจำวันอยู่แล้วโดยลักษณะอาชีพ ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่าการประกอบอาชีพก็อาจจะเป็นอีกลักษณะหนึ่งเช่น รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รวมทั้งผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวซึ่งจากการศึกษานี้ เป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออก

กำลังภายในระดับน้อย มากที่สุด ซึ่งจากลักษณะงานอาจจะใช้แรงงานน้อยกว่าเนื่องจากจะอยู่แต่ในสถานที่ประกอบการ ใช้ความคิดมากกว่าใช้แรงงาน ประกอบกับการมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากกว่า แต่บุคคลกลุ่มนี้ก็อาจจะมีความเครียดมากกว่าโดยเฉพาะอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ทำให้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มอื่นๆที่ศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบความสัมพันธ์ของอาชีพกับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่การศึกษาของ สุทธิณี หุณฑสาร(61) พบว่า อาชีพสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ Ahijevych, Bernard (73) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงผิวดำพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างของแต่ละอาชีพ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดที่ได้ทำการศึกษารั้งนี้ด้วยเช่นกันดังนั้น การดำเนินงานโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ควรต้องเน้นด้วยว่า จะส่งเสริมพฤติกรรมด้านใดและในกลุ่มอาชีพใด เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตรงกับสภาพปัญหา ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

5.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือน เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=.033$ ) แต่เมื่อแยกทดสอบความแตกต่างรายพฤติกรรมพบว่า ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ( $p\text{-value}=.033$ )สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุทธิณี หุณฑสาร (61)พบว่า รายได้ของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ Ahijevych, Bernard(73) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

5.8 โรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว เมื่อทดสอบความแตกต่างของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมพบว่า ผู้ที่ไม่มีโรค / อาการเจ็บป่วยประจำตัว ผู้ที่ไม่ทราบว่ามิโรค / อาการเจ็บป่วยประจำตัว และผู้ที่มีโรค / อาการเจ็บป่วยประจำตัว มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างพฤติกรรมพบว่า มีเพียงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ( $p\text{-value}=.136$ ) แต่เมื่อแยกทดสอบความแตกต่างเป็นรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<.001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าในกลุ่มและผู้ที่มีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่ คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรกระบบทางเดินอาหาร,โรคอื่นๆและโรคเบาหวาน ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่

โรงพยาบาลหรือสถานบริการต่างๆ จึงมีโอกาสได้รับความรู้และข่าวสารคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้ทราบถึงประโยชน์/ผลที่จะตามมาในการรับประทานอาหารแต่ละประเภท เพราะโรคและอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้วแล้วแต่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยทั้งสิ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา ของพวงเพชร เพ็ญฟูเกียรติคุณ(1) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพการมีโรคประจำตัว แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งต่างจากการศึกษาของ นิลภา จิระรัตนวรรณ (87) ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร พบว่า การเจ็บป่วยและการมีโรคประจำตัวมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้านสุขภาพจิตเท่านั้น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในพฤติกรรมการออกกำลังกาย, การบริโภคอาหารและการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยที่นักเรียนที่ไม่มีการเจ็บป่วยหรือไม่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพจิตดีมากกว่านักเรียนที่เจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว

5.9 การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p\text{-value} = .031$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย-ปานกลางถึงร้อยละ 85.8 มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ในระดับมากเพียงร้อยละ 14.2 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ในระดับ น้อย-ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.5 และในระดับ มากหรือเหมาะสมคิดเป็น ร้อยละ 22.5 อาจเป็นไปได้ว่า การที่ประชาชนจะไปรับการตรวจสุขภาพอาจมีแรงจูงใจบางอย่างที่ทำให้ไปรับการตรวจสุขภาพ เช่น มีอาการและการแสดงของโรค, ไม่มีอาการและการแสดงของโรคแต่ทราบถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพ, มีผู้แนะนำ ฯลฯ อย่างไรก็ตามย่อมแสดงให้เห็นว่าประชากรกลุ่มนี้ มีความใส่ใจในสุขภาพของตนเอง

เมื่อแยกทดสอบความแตกต่าง ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับมาก หรือเหมาะสม

ร้อยละ 83.0 ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับมากหรือเหมาะสม ร้อยละ 67.4

#### 6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกันและเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีที่ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) แต่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน และเจตคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีที่ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปิยวรรณ คำพันธุ์ (84) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ปี 2542 เพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 19-89 ปี จำนวน 400 คนพบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .150$ ) และ จากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา เกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ชัดแย้งกับการศึกษาของ วนลดา ทองใบ (63) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดปทุมธานี, การศึกษาของ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (59) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านเจตคติ จากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาของ วนลดา ทองใบ (63) พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (62) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยและประเมินปัจจัย/สาเหตุ ของพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ควรประเมินเฉพาะตัวประชาชนและผู้รับบริการเท่านั้น เนื่องจากโดยสภาพความเป็นจริงและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ไม่ใช่มาจากตัวบุคคลเพียงอย่างเดียวแต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ควรนำมาพิจารณาร่วมด้วย

ตามแนวคิดของGreenและKreuter(อ้างถึงใน ปิยวรรณ คำพันธุ์)(84) ที่ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ที่ต้องมีการนำปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ระบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อใช้วินิจฉัยและประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในการวางแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพ ได้ ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม มากกว่าครึ่งอยู่ในระดับน้อยและเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม-ปานกลาง คือ

-ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดที่ศึกษามี การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม ถึงร้อยละ 83.0 ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายน้อยกว่า3 ครั้งต่อสัปดาห์ อาชีพที่มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม -ปานกลาง มากที่สุดคือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และอื่นๆ ถึงร้อยละ 95.5 รองลงมาคือผู้ที่ว่างงาน/นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 92.7

-ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่าอาชีพที่มีการจัดการกับความเครียดในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม-ปานกลางมากที่สุดคือพนักงานบริษัท/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 73.9

จากข้อมูลดังกล่าว จึงควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรายละเอียด ของพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียดของประชาชนในชุมชนว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่สนับสนุนหรือเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถของแต่ละบุคคล สถานที่ อุปกรณ์ที่เอื้ออำนวย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา การยอมรับถึงประโยชน์ การส่งเสริมสนับสนุนจากบุคคลรอบด้าน เพื่อนำสาเหตุเหล่านั้นมาประกอบการวางแผนงานโครงการและหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือในกลุ่มอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและอื่นๆกลุ่มและผู้ที่ย่างงาน/นักเรียน/นักศึกษา รวมทั้ง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในพนักงานบริษัท/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจตามผลที่ได้จากการศึกษาในชุมชนแออัดในครั้งนี้และขยายเครือข่ายไปยังชุมชนที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันต่อไป

ผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า ปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การเคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านมีดังนี้ คือ

- ด้านการบริโภคอาหาร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว
- ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ได้แก่ อาชีพ
- ด้านการจัดการกับความเครียด ได้แก่ ดัชนีมวลกายและอาชีพ

ในการวางแผนงานโครงการในการพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าวของประชาชนในชุมชนให้สอดคล้องกับ สภาพปัญหาและความต้องการอย่างเหมาะสมนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงลักษณะของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ที่มีระดับการศึกษา อาชีพแตกต่างกัน มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่างกันมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน การมีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัวที่แตกต่างกัน และการเคยได้รับการตรวจสุขภาพและไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาค้างนี้เป็นพื้นฐาน เช่น

- กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ, กลุ่มที่ว่างงาน/นักเรียน/นักศึกษา, กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าและมากกว่าเกณฑ์ปกติ, กลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนมีโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัวหรือไม่นั้น มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม – ปานกลาง มากที่สุด
- กลุ่มที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม – ปานกลาง มากที่สุด
- กลุ่มที่มีอาชีพพนักงานบริษัท/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม – ปานกลาง มากที่สุด
- กลุ่มที่มีอาชีพพนักงานบริษัท/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม – ปานกลาง มากที่สุด
- กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัว  $\leq 10,000$  บาท/เดือน มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม – ปานกลาง มากที่สุด
- กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อยหรือไม่เหมาะสม – ปานกลาง มากที่สุด

นอกจากนี้ ควรจะได้มีการศึกษาถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบ ได้แก่ ประชากรในวัยเด็กและผู้สูงอายุด้วย และควรจะได้มีการศึกษาถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้อหรือยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละชุมชนเพื่อนำสาเหตุเหล่านั้นมาประกอบการวางแผนงานโครงการและหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยอาจศึกษารายละเอียดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มต่างๆ จำแนกตามปัจจัยดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับปัจจัยอื่นๆ สามารถกำหนดปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างชัดเจน

2. จากผลการศึกษาปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ พบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อ-การรับรู้ มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนแออัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงควรหากวิธีที่เหมาะสมในการสร้างความเชื่อเรื่องของสุขภาพในทางที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้แก่ การสร้างแกนนำหรือสร้างแบบอย่างจากบุคคลที่เคยเจ็บป่วยแล้วหายจากการเจ็บป่วยสุขภาพแข็งแรงเมื่อบุคคลเหล่านั้นออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรือลดโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเชื่อ-การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ในทางที่จะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และเป็นตัวกำหนดหรือทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ โดยศึกษาปัจจัยนำ (Predisposing Factors) คือปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ได้แก่ ความเชื่อและการรับรู้ ความรู้และเจตคติ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในกระบวนการศึกษา ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแต่ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้นพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีปัจจัยต่างๆ หลายประการ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรนำปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การศึกษาถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบ ได้แก่ ประชากรในวัยเด็กและผู้สูงอายุ ทักษะในการกระทำหรือความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ/แหล่งทรัพยากร/บริการ,อุปกรณ์ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรม มีอยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่าย ความสามารถเข้าถึงบริการ / ทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา การเดินทาง การเสียเวลา การยอมรับ และควรจะได้นำปัจจัยเสริมซึ่งเป็นการเสริม หรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็น

ปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ

การนำปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ ปัจจัยเสริมมาพิจารณาเป็นการดำเนินงานตามขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ของแบบจำลอง PRECEDE- PROCEED Modelว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัยและความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น จะทำให้การวางแผนจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. มีการทำวิจัยถึงผลของการประยุกต์กลวิธีทางสุศึกษาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน หลังจากทราบปัญหาที่ต้องการแก้ไข

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ทั้งในด้านการบริโภคอาหารด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายและด้านการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม (ร้อยละ 66.8) และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่เป็นปัญหามาก คือด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ซึ่งมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมถึง ร้อยละ 83 จึงควรมีการรณรงค์สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ มีนโยบายรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการออกกำลังกาย และมีการจัดทำโครงการประยุกต์กลวิธีทางสุศึกษา ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านให้กับประชาชนโดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม กับประชาชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมายและจากการศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือความแตกต่างกันในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ได้แก่ ความเชื่อ-การรับรู้ด้านสุขภาพ จึงควรมีการพิจารณานำปัจจัยนี้ ไปประกอบการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในด้านต่างๆ ต่อไป

3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน (Qualitative Research) เช่น วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interview) หรือการจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ซึ่งจะช่วยให้อ่านใจปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากการพิจารณาและวิเคราะห์ปัญหาจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดในหลายๆแง่มุมและมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องผสมผสานกันทั้งด้านชีวภาพสังคม โครงสร้าง การจัดองค์กรในชุมชน วัฒนธรรมนิยมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ความคิด วิถีชีวิต



ที่แตกต่างกันในชุมชนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน โดยศึกษาปัจจัยกลไกและขบวนการต่างๆ ไปพร้อม ๆ กัน

การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการนำปัญหาที่พบมาทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ศึกษาพฤติกรรมในแต่ละกลุ่มอาชีพว่ามีสาเหตุ/ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interview) จะทำให้สามารถหาข้อมูลรายละเอียดในประเด็นต่างๆ ที่สนใจศึกษาได้ชัดเจนได้มากกว่าการสังเกต หรือการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการสำรวจ จะทำให้ได้ประเด็นของปัญหาเพิ่มเติม หรือยืนยัน/หักล้างข้อมูลที่ได้มาแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำมาประมวลผลโดยมีเทคนิคเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ค้นหาและระบุแนวเรื่องหรือรูปของพฤติกรรม ค้นหา ความเป็นไปได้ที่แตกต่างจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป โดยที่ผลสรุปที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือสมมติฐานใหม่ที่ได้จะสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้มา หรือไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในตอนแรกก็ได้

นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล อันได้แก่ดัชนีมวลกาย

#### จุดอ่อนจุดแข็งจากการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้พบจุดอ่อนจุดแข็งซึ่งจะเป็นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งของการศึกษาวิจัย ถึงแม้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะผ่านการทดสอบแล้วก็ตาม แต่หากขาดทีมในการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ก็อาจทำให้ผลการศึกษาบิดเบือนไปจากข้อเท็จจริงได้ เช่น จากการศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาจึงทำให้ไม่สามารถทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองได้ทั้งหมด ประกอบกับในช่วงของการออกไปสัมภาษณ์นั้นประชากรกลุ่มตัวอย่างบางครัวเรือนต้องออกไปประกอบอาชีพ หรือไปธุรกิจส่วนตัว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำเอาจุดอ่อนนี้ไปปรับปรุงและแก้ไข โดยประสานกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนั้นๆ ให้เข้าร่วมทีมในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับประชากรในชุมชนทำให้สามารถเก็บข้อมูลต่างๆ จากประชากรในชุมชนในส่วนที่อาจจะมีความลับที่ไม่อยากเปิดเผยได้ แต่ทั้งนี้จะต้องพิจารณาถึงตัว อาสาสมัครสาธารณสุขเองด้วยซึ่งจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม เช่น ระดับการศึกษา ทักษะความรู้ความสามารถส่วนบุคคล ความรับผิดชอบ ความมีมนุษยสัมพันธ์รวมถึงความพร้อมในด้านอื่นๆ ประกอบด้วย และสิ่งที่สำคัญคือจะต้องมีการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและรายละเอียดในแบบสัมภาษณ์ ให้เข้าใจและเป็นไปในแนวทาง

เดียวกัน มีการติดตามและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เป็นระยะๆ ก็อาจจะทำให้จุดอ่อนนี้กลายเป็นจุดแข็งได้เป็นอย่างดี

2.จุดอ่อนอีกประการหนึ่ง ซึ่งถูกจำกัดด้วยเรื่องของเวลาและงบประมาณ ของการศึกษา ในครั้งนี้ เป็นต้นว่า การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาดูเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ ประชากรกลุ่มวัยทำงานเท่านั้นไม่ได้ศึกษาส่วนประกอบอื่นๆซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยทำงานด้วย ได้แก่ กลุ่มอายุ / อาชีพ ทั้งในภาพรวมของ ประชากรในชุมชนแออัดที่ทำการศึกษาทั้ง 5 ชุมชนและในครัวเรือนที่ทำการศึกษา รวมทั้งจำนวน สมาชิกในครัวเรือนที่ประชากรกลุ่มวัยทำงานต้องรับผิดชอบ เป็นต้น

3.จุดแข็ง ของการศึกษาในครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ชุมชน แออัดที่ศึกษา อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของงานสร้างเสริมสุขภาพที่จะต้องตอบสนองต่อนโยบายสร้าง นำช่อมจึงทำให้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกจากทั้งผู้บริหารและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในชุมชน

ดังนั้น การนำเอาปัญหาหรือสิ่งที่สนใจศึกษาจากงานประจำที่ทำอยู่ มาศึกษาวิจัยอัน จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน หรือเป็นนวัตกรรมใหม่ๆที่จะช่วยในการพัฒนางานจึงเป็นสิ่งที่ น่าจะได้รับการสนับสนุนจากทั้งผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงอาจถือได้ว่าเป็นจุดแข็งอย่าง หนึ่งของการศึกษาวิจัย ซึ่งจะช่วยให้การศึกษาวิจัยประสบความสำเร็จและเกิดประโยชน์สูงสุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย