

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนวัยทำงานในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี” ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ

- 1.1 ความหมายของพฤติกรรม
- 1.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.3 ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรม
- 1.4 แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model

ตอนที่ 2 แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการวิจัย

- 2.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 2.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย
- 2.4 พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 ชุมชนแออัด

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 พฤติกรรม (Behavior)

กันยา สุวรรณแสง (11) ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรม คือ อากา ร บทบาท ลีลา ท่าที่ ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ พฤติกรรมปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา ปาก จมูก หู และผิวหนัง พฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้ง่ายจากรูป กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งเป็นประเภทที่สังเกตเห็นได้ง่ายจาก อิริยาบถ ต่างๆ เช่น การนอน นั่ง เดิน วิ่ง การกิน พูด ฯลฯ พฤติกรรม บางอย่าง เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการ ต้องอาศัยเครื่องวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เป็นต้น

ชัยยง พรหมวงศ์ (12) อธิบายพฤติกรรมว่า เป็นการกระทำหรือกิจกรรมทางกาย ทาง วาจา และทางใจที่มนุษย์แสดงออก สามารถสังเกตเห็นหรือวัดได้ การกระทำหรือกิจกรรมของคนมี รูปแบบต่างๆกัน บางอย่างเราสามารถเห็นได้ด้วยตาหรือได้ยินด้วยหู บางอย่างมีความรู้สึกภายใน

จิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือหรือตัวชี้บางอย่าง

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (13) ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมหมายถึง การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึกอินทรีย์ที่แสดงออกมาโดยสามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น เช่น การพูด การนั่ง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ สังเกตได้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 แต่กิจกรรมบางอย่างต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น แรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น แม้กระทั่งการหลั่งของน้ำย่อยต่างๆ ก็เป็นพฤติกรรม นอกจากนี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใน เช่น การคิด จินตนาการ ความเชื่อ ฯลฯ ก็เป็นพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (14) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสั่งการที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ส่วนพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร (15) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิตซึ่งจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนก็หมายถึงปฏิกิริยาต่างๆที่บุคคลแสดงออกมามีทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลาและพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลที่มีทั้งรูปธรรมและนามธรรม

Twaddle (16) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมหมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคนหมายถึงปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของมนุษย์เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาแล้วค่อยๆ พัฒนาตามการเลี้ยงดู ตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกายและวุฒิภาวะเกิดเป็นพฤติกรรมทางความคิดทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น

จะเห็นว่าพฤติกรรมศาสตร์ เป็นการทำความเข้าใจหรือหาเหตุผลมาอธิบายว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและจะแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมของคนได้อย่างไร โดยพฤติกรรมศาสตร์ได้บูรณาการเนื้อหาใน 3 สาขาวิชา คือ จิตวิทยา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา การมองพฤติกรรมของคน แล้วอธิบายว่าเกิดมาจากการเรียนรู้ ก็เป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญทางจิตวิทยาในเชิงสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา ยังมองถึงปัจจัยทางด้านสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งหากจะ

จัดกลุ่มแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (17)

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) จากฐานของแนวคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล (internal factors) ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เป็นต้น นักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้สนใจศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทฤษฎีเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างของสังคมเช่น ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ การศึกษาศาสนาองค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล เช่น ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการติดโรค องค์ประกอบทางสังคม เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Related Behavior)

1.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพคือ Harris และ Guten (อ้างใน วรรณวิไล จันทราภา) (18) เป็นการให้ความหมายที่รวมถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ Brubaker, Murray & Zentner, Pender (อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์) (19) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Protecting Behaviors) โดย Pender กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคลครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

วรรณวิไล จันทราภา (18) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ซึ่งหมายถึง การบำรุงรักษาร่างกายให้มีการกินดี อยู่ดี ซึ่งรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยตัวเอง รักษาความสะอาดของร่างกาย รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

Walker และคณะ (20) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคลและใช้คำว่าวิถีชีวิตในความหมายเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ

Palank (21) ให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

1.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ (22)

1. พฤติกรรมด้านความรู้ / พุทธิปัญญา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชูกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านปฏิบัติการ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ (22)

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมในบุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติหรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสีย (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้นจะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

1.3 ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรม

1.3.1 ความรู้ (Knowledge) ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของ คำว่า “ความรู้” ไว้เช่น

พจนานุกรม The Lixicon Webster Dictionary (23) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ว่า หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือ ค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

Carter V. Good (24) ให้ความหมายว่าความรู้เป็นข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ และรายละเอียด ต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (14) กล่าวว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำ ได้หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้

อนันต์ ศรีโสภาค (25) ให้ความหมายว่า “ความรู้” คือส่วนหนึ่งของความสามารถทาง พุทธิปัญญา (Cognitive domain) ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

1.3.2 เจตคติ (Attitude)

เจตคติ หรือทัศนคติ (Attitude) หมายถึงความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่างๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอก ได้ว่า ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ

Rokeach (26) ให้คำจำกัดความว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบ ของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสภาพการณ์ใดๆ ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด แนวโน้มของบุคคลในการตอบสนองให้ออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง que เลือกสรรได้แล้ว

Hahn and Simmel (27) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นแรงจูงใจที่บุคคลกระทำตามความรู้สึก ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทำให้เกิดพฤติกรรมอันมีพื้นฐานมาจากความเชื่อ เช่น สิ่งใดถูกจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ดังนั้น ทัศนคติจึงอาจเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์แต่ละ บุคคล ตัวอย่างในการสอนจากบุคคลอื่น การได้รับข่าวสารทำให้เกิดทัศนคติแตกต่างไปจากเดิม และประเภทของบุคลิกลักษณะของบุคคล

Newcomb (28) สรุปได้ว่า ทัศนคติเฉพาะบุคคล ขึ้นอยู่กับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เขา ได้รับ ทัศนคติของบุคคลนั้นอาจจะแสดงออกมาได้ทางพฤติกรรมซึ่งเป็นไปใน 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะพึงพอใจหรือชอบเป็นผลให้ผู้นั้นเกิดความพอใจรักใคร่ ออยากใกล้ชิดสิ่งนั้นเรียกว่า
ทัศนคติเชิงบวก กับทัศนคติอีกแบบหนึ่งซึ่งแสดงออกมาในรูปของความไม่พึงพอใจ เปื่อหน่าย
เป็นผลให้ผู้นั้นเกิดความชิงชังไม่ยอมเข้าใกล้สิ่งนั้นๆ เรียกว่า ทัศนคติเชิงลบซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพัน
กัน ทัศนคติเมื่อได้ก่อรูปขึ้นมาแล้วยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ เพราะมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ตลอดไป

จึงอาจจะสรุปได้ว่า ทัศนคติคือ ความรู้สึกนึกคิด และการแสดงออกซึ่งความเชื่อของ
บุคคลหรือกลุ่มคนโดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านการรับรู้ ความเข้าใจ
องค์ประกอบ ด้านความรู้สึกและองค์ประกอบด้านพฤติกรรม โดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ไม่
จำเป็นต้องสอดคล้องสัมพันธ์กันก็ได้

การวัดเจตคติหรือทัศนคติ

อุทัย หิรัญโต (อ้างถึงในเนตรนภา พินิจพงศ์)(29) กล่าวว่า การวัดทัศนคติของบุคคล
หรือกลุ่มคนมี 3 ประการดังนี้

1. ทิศทาง หมายถึง ทัศนคติที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบที่แน่นอนต่อ
สิ่งแวดล้อม หรือเป้าหมายทางทัศนคติในแต่ละอย่าง

2. องศา หมายถึง การแสดงออกมากน้อยหรือพอใจ ไม่พอใจ ในระดับมากน้อย
เพียงใด ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้

3. ความไม่แน่นอน คือ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ จะมีลักษณะไม่แน่นอน
เปลี่ยนแปลงเร็ว คืออาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเปลี่ยนแปลงของค่านิยม

วิธีการวัดเจตคติหรือทัศนคติ

1. สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่อาจ
สรุปได้แน่นอนว่าเป็นทัศนคติ

2. วิธีรายงานด้วยคำพูดโดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ซึ่งจะมีลักษณะ
แบบปรนัยเป็นที่นิยมมากกว่า สามารถศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคลจำนวนมาก

3. วิธีแปลความเป็นวิธีการวัดทัศนคติแบบอัตนัย เหมาะสำหรับใช้วัดกับบุคคลจำนวน
มาก ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการวัด โดยผู้ถูกวัดจะแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะต้องตอบคำถามได้อย่าง
ไม่ถูกจำกัดเวลา และขอบเขตของเนื้อหา

เครื่องมือสำหรับใช้วัดเจตคติหรือทัศนคติเรียกว่ามาตรวัดทัศนคติ ซึ่งเป็นแบบ
ประเมินค่า นักจิตวิทยาสังคมนิยมใช้เครื่องมือวัดทัศนคติใน 2 ลักษณะ คือ วัดทิศทาง คือการ
ประเมินทัศนคติในทิศทางบวกหรือลบ เช่น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบ และวัดเพื่อให้ได้
ปริมาณของทัศนคติหมายถึงความเข้มข้นรุนแรงของทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นๆว่ามากน้อยเพียงใด (30)

มาตรวัดเจตคติหรือทัศนคติที่นิยมใช้ และรู้จักกันแพร่หลายมี 4 ชนิด ได้แก่ มาตรวัดแบบของเธอร์สตัน มาตรวัดแบบลิเคิต มาตรวัดแบบของกัตต์แมนและมาตรวัดแบบของออสกู๊ด ซึ่งมาตรวัดทัศนคติแต่ละประเภทมีทั้งข้อดี ข้อจำกัด และเหมาะสำหรับการวัดทัศนคติในลักษณะแตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกใช้มาตรวัดทัศนคติประเภทใดย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์และข้อจำกัดของการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกมาตรวัดแบบลิเคิต ซึ่งแบ่งเป็น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถจำแนกทัศนคติเป็นความรู้สึก การรับรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมยอมรับหรือไม่ยอมรับชัดเจน เป็นมาตรวัดที่ให้ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ (31)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ส่งสาร ปัจจัยด้านการสื่อข้อความ ควรให้ทั้งข้อมูลด้านดีและข้อจำกัดในครั้งเดียวกัน การใช้สารกระตุ้นให้เกิดความกลัว ลักษณะของสารที่จะกระตุ้นความกลัวและทำให้คนเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม ได้แก่ การเน้นถึงความร้ายแรงหรือเจ็บปวดหากสิ่งนั้นเกิดขึ้น เช่น การเป็นมะเร็งจากการสูบบุหรี่ หรือการตายจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้รับสารเชื่อว่าโอกาสที่สิ่งนั้นจะเกิดขึ้นกับตัวเขามีสูง, ทำให้ผู้รับสารเชื่อว่าหากทำตามคำแนะนำในสาร จะทำให้เขาป้องกันตัวเองจากสิ่งนั้นได้

1.3.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้จักก็ได้ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และความเชื่อนั้นจะเปิดตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมสมมติของบุคคล(10) ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ที่เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆทางตรงและทางอ้อม และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (8)

ดังนั้น ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาความเชื่อของบุคคลทางด้านสุขภาพ ที่มีแนวโน้มที่บุคคลจะมีการปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจนั้นๆ โดยอาศัยการรับรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการศึกษา ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการในการแปลความหมายของข้อมูล ทำให้บุคคลตระหนักถึงตนเอง บุคคลอื่น สิ่งของ และเหตุการณ์ ในสิ่งแวดล้อมในโลกแห่งความเป็นจริง การรับรู้ความหมายมีความสำคัญต่อบุคคล และมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม (8)

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock (9) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อที่ว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร

3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าป่วยเป็นโรคนั้นๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก และความกลัว เป็นต้น

ต่อมายังได้เสนอเพิ่มเติมในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้นนอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยที่กล่าวมาแล้วยังต้องเพิ่มปัจจัยทางด้านความเชื่อที่ว่า เขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้แม้จะไม่มีอาการก็ตาม

จากแนวคิดของ Rosenstock สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบทางการรับรู้แล้ว ยังมีองค์ประกอบตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Becker และคณะ(32) ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceive susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สัมผัสโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะที่เจ็บป่วย และมีการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสิ่งที่มีผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตน เพื่อรักษาภาวะสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านอื่น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceive severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่า ในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียงใด ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน และจะมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัว สังคม เป็นต้น

3. การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม(Perceive Benefits - Barriers to taking action) หมายถึง ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการที่จะปฏิบัติในสิ่ง ๆ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ไม่ป่วย หรือเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นต้น

4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลเช่น อารมณ์ไม่สุขสบาย เจ็บป่วยอ่อนเพลีย ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเองหรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้นเตือน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งอาจเป็น บุคคลผู้ใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

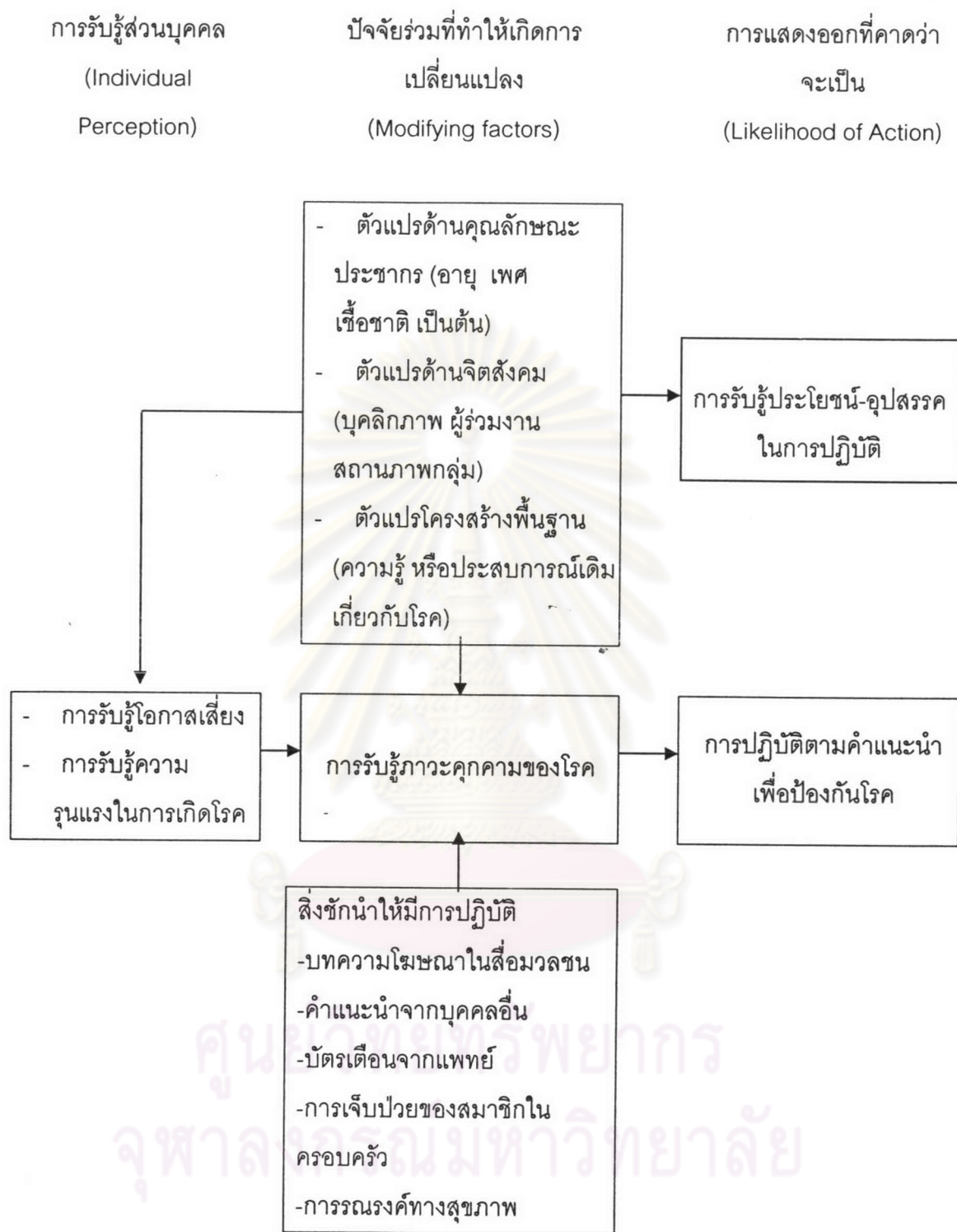
เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค แบ่งเป็น

5.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic variable) เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

5.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio-psychological variable) เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนฝูง เศรษฐกิจซึ่งเป็นพื้นฐานให้มีการปฏิบัติด้านการป้องกันสุขภาพแตกต่างกัน

5.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variable) เช่น ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา รวมทั้งลักษณะความยาวนานของการปฏิบัติตามการให้บริการ เป็นต้น

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยสรุป ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติในการป้องกันโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติด้านการเสียค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ, แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นๆ



แผนภูมิที่ 2.1 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” (Becker et al, 1974)(32)

1.3.4 ค่านิยม (Values)

ก่อน สวัสดิพานิช (33) ให้ความหมายของ ค่านิยมไว้ว่า หมายถึง ความคิด พฤติกรรม และสิ่งที่คนในสังคมใดสังคมหนึ่งเห็นว่ามีคุณค่า จึงยอมรับการปฏิบัติและวางแนวไว้ระยะหนึ่ง ค่านิยมมักเปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัยและความคิดเห็นของคนในสังคม

พนัส หันนาคินทร์ (34) กล่าวถึง ความหมายของ ค่านิยมไว้ว่า หมายถึงการยอมรับนับถือและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคุณค่าที่คนหรือกลุ่มคนมีอยู่ต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นวัตถุ ความคิด อุดมคติ รวมทั้งการกระทำในด้านเศรษฐกิจ สังคม จริยธรรม ทั้งนี้โดยได้ทำการประเมินค่าจาก ทรศณะต่างๆ โดยถี่ถ้วนและรอบคอบแล้ว (หากไม่มีการพิจารณาประเมินค่า เพียงแต่มีความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งต่างๆ ความรู้สึกนึกคิดเช่นนั้นจะมีฐานะเป็นเพียงเจตคติที่มีต่อสิ่งนั้นเท่านั้น)

Rath, Harmin and Simon (35) ให้ความเห็นว่า การเกิดค่านิยมในตัวบุคคลนั้นจะเกิดโดยผ่านกระบวนการ 3 อย่าง คือ การเลือก การให้ค่า และการปฏิบัติตามค่า ผลของกระบวนการนี้เรียกว่า "ค่านิยม" ค่านิยมเป็นแนวทางไปสู่พฤติกรรมของบุคคล ค่านิยมในแต่ละสังคมแต่ละยุคสมัยแตกต่างกันไป การคิด และการกระทำที่คนในสังคมหนึ่งในยุคสมัยหนึ่งเห็นว่าดีอาจเป็นการคิดและการกระทำที่น่าอับอายขายหน้าหรือไม่พึงประสงค์ของคนในอีกสังคมหนึ่ง ในต่างยุคต่างสมัยก็ได้

จากคำจำกัดความของ เจตคติ ค่านิยม ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า เจตคติหมายถึงองค์รวมของความเชื่อหลายความเชื่อที่มีต่อเฉพาะบุคคล, เฉพาะสิ่ง, เฉพาะเรื่อง, และเฉพาะสถานการณ์ ส่วนค่านิยม หมายถึง ความเชื่อซึ่งจะแสดงออกในรูปของวิถีปฏิบัติทางพฤติกรรมหรือในรูปของสิ่งที่พึงยึดถือเป็นจุดหมายปลายทางของชีวิต

1.4 แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model

ในปี ค.ศ. 1980 กรีน และคณะ (Green et al, 1980 อังโนวสันต์ ศิลปสุวรรณ)(36) ได้พัฒนาแบบจำลอง (Model) โดยการประยุกต์แนวคิดของแอนเดอร์เซน ขึ้นมาเรียกว่า PRECEDE Model (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เพื่อนำไปใช้วินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Enabling Factors) แล้วจะนำสิ่งที่วินิจฉัยและประเมินได้ว่า มีปัจจัยอะไรบ้างไปวางแผนสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตามสาเหตุหรือปัจจัยเหล่านั้น ด้วยกลวิธี/วิธีการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของแต่ละชุมชน/สังคม การวินิจฉัยและประเมินปัจจัย/สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว จะเริ่มประเมินและวินิจฉัยความคาดหวังผลสุดท้ายที่พึงประสงค์เป็นอันดับแรก ทั้งในทางสังคม คุณภาพ

ชีวิต ทางระบาดวิทยา (สภาวะของบุคคล/ชุมชน) และทางการศึกษา (พฤติกรรมสุขภาพ) และตามมาด้วยวิธีการวิจัยและประเมินสาเหตุ หรือตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจึงวางแผนแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ต่อมาในปี 1991 Green and Kreuter (อ้างถึงในปิยวรรณ คำพันธุ์)(37) ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE Model ใหม่ เพราะแบบจำลอง PRECEDE นั้นจะมุ่งวินิจฉัยและประเมินเฉพาะตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือผู้รับบริการสุขภาพเสียส่วนใหญ่ แต่โดยสภาพความเป็นจริงและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่มาจากตัวบุคคล/ประชาชน/ผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ควรมองข้ามต้องนำมาพิจารณาด้วยตามแนวคิดของแอนเดอร์เซน ที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น สิ่งแวดล้อม ระบบการให้บริการสุขภาพ แบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้เรียกว่า PRECEDE-PROCEED (Policy Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) ความมุ่งหมายของการพัฒนาแบบจำลองนี้ขึ้นมาไม่เพียงแต่จะใช้วินิจฉัยและประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อวางแผนสุขภาพเท่านั้น Green and Kreuter ยังมีวิสัยทัศน์ครอบคลุมไปถึงการวางแผนส่งเสริมสุขภาพไปด้วย เพราะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นกิจกรรมซึ่งจะต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Symbiosis) องค์ประกอบที่ Green and Kreuter ได้ผนวกเข้าไปในแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นั้นได้แก่ องค์ประกอบด้านนโยบาย ระเบียบกฎเกณฑ์ การควบคุม และการประสานทรัพยากร ที่จะเป็ประโยชน์ในการดำเนินงานสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพตามแผนที่วางไว้

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหาเรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผลส่วนที่เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)

PRECEDE-PROCEED Model เพื่อพัฒนาการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากผล (Outputs) หรือเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น ซึ่งตามแบบจำลอง คือ คุณภาพชีวิต/การมีสุขภาพที่ดี ย้อนกลับไปเหตุ (Input) ได้แก่ ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามแผนและในการประเมินผลอาจจะมีขั้นตอนที่ 7 หรือขั้นตอนที่ 8 ขึ้นอยู่กับความจำเป็นและเหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการดำเนินงานขั้นแรกตามกรอบแนวคิด ขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของประชากรหรือชุมชนว่าเป็นอย่างไร และที่อาจเกิดในอนาคต เป็นไปในลักษณะใด มีขอบเขต ความรุนแรง และปัญหาที่มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ปัญหาที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร การวินิจฉัยทางสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย

เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ และข้อมูลที่ศึกษา

เพื่อกำหนดภาวะของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เพื่อหาเหตุผลสำหรับชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์แล้ว

เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอในการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ

เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับประเมินโครงการในเชิงเศรษฐกิจ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคม โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่หรือรวบรวมขึ้นใหม่โดยวิธีการต่างๆ แล้ววิเคราะห์ตามหลักวิทยาการระบาด จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ จะช่วยให้เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินการ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะทำให้เกิดประโยชน์ คือทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับภาวะอื่นๆ และคุณภาพชีวิต เข้าใจทิศทางปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะเป็พื้นฐานของการลำดับความสำคัญของปัญหา และช่วยให้สามารถกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของบุคลากร และหน่วยงานต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างชัดเจน

หลักเกณฑ์การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ

1.พิจารณาว่าปัญหาใดบ้างที่มีผลกระทบต่อประชากรและสังคมมากที่สุด ในแง่การสูญเสียชีวิต ความพิการที่เกิดขึ้นทั้งชั่วคราวและถาวร ค่าใช้จ่ายที่ครอบคร้ว ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น เด็ก
3. ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาแล้ว และมีหน่วยงานต่างๆ รับผิดชอบและสามารถดำเนินการได้
4. ปัญหาใดที่ยังไม่มีหน่วยงานใดแก้ไข และเหตุผลที่ไม่ได้รับการแก้ไข
5. ปัญหาใดบ้างที่เป็นที่สนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินการ แล้วส่งผลให้เห็นชัดเจนในแง่การทำให้สุขภาพดีขึ้น มีผลต่อเศรษฐกิจ หรือประโยชน์ของชุมชนโดยตรง
6. มีปัญหาใดบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่กำลังได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นนี้ประกอบด้วย การกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental and health related behavioral factor) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือของบุคคลอื่นอิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งให้เห็นว่างานสุขภาพศึกษาที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องพิจารณาเหตุผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอน คือ

1. จำแนกปัญหาสุขภาพ ระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมและไม่ใช้พฤติกรรม
2. วิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม ที่มีผลต่อการทำให้เกิดปัญหา
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามความสามารถในการเปลี่ยนแปลงว่ายากหรือง่ายเพียงใด
5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมายตามลำดับความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง โดยเลือกพฤติกรรมที่มีความสำคัญและสามารถเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นเป้าหมายหลัก

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis)

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งให้เห็นว่า มีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายประการ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ได้แก่ สภาพการณ์ของแต่ละบุคคลในด้านความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายใน

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดจะประกอบด้วยทักษะหรือความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ ทรัพยากร บริการ อุปกรณ์ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมมีอยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะเวลา การเสียเวลา

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน เช่น การยกย่องชมเชยให้กำลังใจ

ในขั้นตอนนี้เป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ นั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้างที่เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน PRECEDE-PROCEED Model สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ
2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้น สิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคมนั้น จำเป็นต้องใช้หลาย ๆ วิธีการ

ข้อจำกัดของ PRECEDE-PROCEED Model

1. เป็นกรอบแนวคิดประเภท Diagnosis Model สำหรับวิเคราะห์สาเหตุ ไม่ใช่รูปแบบของ Intervention Model ไม่ได้บอกวิธีการแก้ปัญหา ต้องทำการวางแผนตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้
2. เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาทางสุขภาพ โดยจำกัดเฉพาะสาเหตุทางพฤติกรรมเท่านั้น
3. จำนวนตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์มีมาก เป็นปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องใช้คำถามมากเกินไปทำให้ผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือ

ตอนที่ 2 แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการวิจัย

2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

ความหมาย การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชน เพิ่มความสามารถ ในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนให้ดีขึ้นให้สามารถมีสถานะทาง สุขภาพสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคล หรือกลุ่มของบุคคลจะต้องสามารถที่ จะระบุและตระหนักถึงสิ่งที่ตนเองคาดหวังสามารถที่จะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการ และ สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปบุคคล จะต้องตระหนักว่า สุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องสอดแทรกอยู่กับการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เป้าหมาย ของการดำเนินชีวิต คำว่า สุขภาพ เป็นแนวคิดทางด้านบวก ที่เน้น ความสามารถทางด้านสังคมและส่วนบุคคล รวมทั้งความสามารถทางด้านร่างกาย

เกษม นครเขตต์ (38) ได้กล่าว ว่า มีนักวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Lifestyles for Disease Prevention) ในความหมายนี้ทำให้มองเห็นได้ว่า เป้าหมาย ของการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัย เสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรค โดยมีพื้นฐานของความคิดมาจาก ข้อมูลภาวะการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ของบุคคลว่าปัจจุบันสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรมิได้เกิดมาจากโรคติดต่อต่างๆ (Communicable Disease) ทั้งนี้ เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถ แก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆ อย่างได้ผล(ยกเว้นโรคเอดส์) แนวโน้มของสาเหตุการ เสียชีวิตของประชากรในปัจจุบันได้ เปลี่ยนมาเป็นปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย "การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อ ป้องกันโรค" นั้น จัดได้ว่าเป็นแนวทางของการแก้ปัญหา ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ได้ทางหนึ่ง และนับว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุก

สำหรับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในอีกทัศนะหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากความหมาย ที่กว้างขวางขึ้นของคำว่า "สุขภาพ" ซึ่งมีใช้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ตามความหมายของ องค์การอนามัยโลก ยังหมายถึง การที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมี ความสุข การส่งเสริมสุขภาพในแนวทางที่จะตอบสนองต่อการดำรงชีวิตที่มีความสุขจะมุ่งเน้นไปที่ "การปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิต" (Improvement of living standards) ในแนวทางนี้ เป็น การให้ความสำคัญของการยกระดับมาตรฐานชีวิตของบุคคลมิได้มุ่งเฉพาะการที่จะทำให้บุคคล ปราศจากโรค การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางนี้มุ่งที่จะพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่

ที่สันติสุขมีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารเพียงพอ มีรายได้ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคม และมีความเสมอภาคซึ่งกระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพในแนวนี้จึงมุ่งไปที่การจัดการทางสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่และกลวิธีที่จะนำมาใช้ต้องมีการบูรณาการจากแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่ประกอบกันเป็นโครงสร้าง ทางสังคมทั้งระบบ

Palank (39) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคล ทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่างๆ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอกิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Green และ Kreuter (อ้างถึงในปิยวรรณ คำพันธ์)(37) กล่าวว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" เป็นผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (environmental support) เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำ/ปฏิบัติ (action) และสภาพการณ์ (conditions) ของการดำรงชีวิต ที่จะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำ/ปฏิบัตินั้น อาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งการกระทำ/ปฏิบัติ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลชุมชน และสังคมส่วนรวม

Pender (40) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่ง Pender ได้สร้างเครื่องมือในการประเมิน "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ" ในทางบวกไว้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self Care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหารและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในปริมาณน้อย

3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์

ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกายรวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของแต่ละบุคคล

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคน สภาพการนอนหลับ ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีจัดสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ รวมทั้งเทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้เมื่อนอนไม่หลับ

5. การจัดการความเครียด (Stress Management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง (Self – actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีตามมาในที่สุด

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยให้การแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่างๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหนะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

กลยุทธ์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ใน Ottawa Charter for Health Promotion (1986) ได้ระบุรายละเอียดของการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ดังนี้ (39,40,41)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่จะส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับด้านกฎหมาย มาตรการด้านเศรษฐกิจ (งบประมาณ) การเก็บภาษีอากร รวมทั้งการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงองค์การด้วย เป็นกิจกรรมที่จะ ต้องกำหนดร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งต่างๆต่อไปนี้จะอยู่ในลักษณะที่ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เช่น สินค้า บริการต่างๆ บริการสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ และนำความสุขความรื่นรมย์มาให้

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน (Create Supportive Environment)

ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานในการกำหนดวิธีการด้านสังคม-เศรษฐกิจ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงสุขภาพ การที่จะสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม การดูแลองค์ประกอบทั้งสองอย่างชุมชน และสิ่งแวดล้อม การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ควรจะมุ่งประเด็นของความรับผิดชอบของประเทศต่างๆ ทั่วโลก

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action)

กิจกรรมของงานการส่งเสริมสุขภาพ ทำโดยการให้ชุมชนได้เกิดการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมในด้านการจัดลำดับความสำคัญ ตัดสินใจวางแผนกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและดำเนินงานตามแผนหัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ คือการสร้างพลัง-อำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนเป็นเจ้าของชุมชนเอง สามารถควบคุมการปฏิบัติงานและเป้าหมายปลายทางของชุมชนเอง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

การส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ(สุขศึกษา)และทักษะในการดำรงชีวิต(Life Skills) จากกิจกรรมดังกล่าว จะช่วยให้ประชาชนได้มีทางเลือกหลายๆ ทางในการควบคุมสุขภาพของตนเองรวมทั้งการควบคุมสิ่งแวดล้อมอันจะมีผลดีต่อสุขภาพ

5. การปฏิรูปการบริการสุขภาพ (Reorient Health Services)

หน้าที่รับผิดชอบในด้านการส่งเสริมสุขภาพของบริการสุขภาพเป็นหน้าที่ร่วมกันระหว่างบุคคล กลุ่มของชุมชน เจ้าหน้าที่การแพทย์/สาธารณสุข หน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพและรัฐบาล กลุ่มบุคคลเหล่านั้นจะต้องทำงานร่วมกันที่จะให้ระบบบริการสุขภาพเป็นผลดีต่อสุขภาพของชุมชน

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ชีวิตคนเราดำรงอยู่ได้ด้วย "อาหาร" ถ้ากินอาหารดีมีประโยชน์ สะอาดปลอดภัยและกินให้เพียงพอ จะทำให้มีภาวะโภชนาการดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

ได้แก่อาหารเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเจริญเติบโต, การค้าจุน, การซ่อมแซมส่วนสึกหรอและดำรงสุขภาพให้ปกติ(42)

อาหาร หมายถึง สิ่งที่เราบริโภคเข้าไปในร่างกาย(ไม่ว่าจะเป็นการดื่ม การกิน หรือการฉีด) แล้วเกิดประโยชน์แก่ร่างกายโดยให้สารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง(43) แนวทางในการปฏิบัติสำหรับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ ดังนี้(44)

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว

1.1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การกินอาหารหลายๆชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ โดยจัดอาหารที่ให้สารอาหารคล้ายกันเข้าไว้ในหมู่เดียวกัน

1.2 หมั่นดูแลน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของคนเราว่าดีหรือไม่เพราะแต่ละคนจะต้องมีน้ำหนักตัวที่ดีเหมาะสมตามวัยและได้สัดส่วนกับความสูงของตัวเอง ดังนั้น การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์โดยการกินอาหารให้เหมาะสม ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การประเมินน้ำหนักตัวว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายและดีที่สุด สำหรับในเด็กใช้ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ หรือค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิง(45) สำหรับในประชากรวัยทำงานจากการวิจัยในครั้งนี้ ใช้ค่าน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมเปรียบเทียบกับส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง($\text{กก.} / \text{ม}^2$) นั่นก็คือ ค่าดัชนีมวลกายเป็นการประเมินถึงภาวะสุขภาพของประชากรอีกวิธีหนึ่ง

2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ

3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุรวมทั้งสารอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่มีความจำเป็นต่อร่างกายที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น โยอาหารช่วยในการขับถ่ายและนำโคเลสเตอรอล และสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ลดการสะสมสารเหล่านั้น

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เป็นประจำ ปลา เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันต่ำ หากกินปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะช่วยลดปริมาณไขมันในโลหิต

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นม เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ ประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือ แคลเซียมและฟอสฟอรัสซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง โดยเฉพาะวิตามิน บี 2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่ปกติ

6.กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ปัจจุบันคนไทยกินไขมันมากกว่าในอดีต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต การกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และเกิดโรคอื่นๆ ตามมาซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น

7.หลีกเลี่ยงการกินอาหาร รสหวานจัดและเค็มจัด รสอาหารที่มักเป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือ รสหวานจัดและเค็มจัด การกินอาหารรสเค็มจัดที่ได้จากเกลือโซเดียม หรือเกลือแกง มากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชา ขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งจะยิ่งสูงขึ้นเมื่อมีอายุขึ้น

8.กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน สภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีการเร่งรีบในการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเปลี่ยนจากการประกอบอาหารภายในครัวเรือนมาเป็นการซื้อหาอาหารปรุงสำเร็จอาหารพร้อมบริโภค หรือซื้ออาหารพร้อมปรุงมาปรุงในครัวเรือน อาหารเหล่านี้มักจะมีการปนเปื้อนและเป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร

9.งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัจจุบัน คนไทยมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นพร้อมกับมีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่ออันเนื่องมาจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่น่าตกใจ คือ อัตราการตายอันเกิดจาก อุบัติเหตุบนท้องถนนสูงขึ้นด้วยสาเหตุสำคัญในการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากความเมามาจากการดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ยานพาหนะ

2.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ความหมาย

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาป เป็นระยะเวลาานติดต่อกันเพียงพอที่จะให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนของเลือด จึงจะมีผลต่อสุขภาพโดยมีหลักสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การออกกำลังกายให้ติดต่อกันอย่างน้อย 15 – 20 นาที และออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ (46)

จรรยาพร ธรณินทร์ (6) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกาย ดังนี้

“การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมของกล้ามเนื้อที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพและรูปร่างดี เพิ่มทักษะและศักยภาพในกีฬาตลอดจนฟื้นฟูกล้ามเนื้อหลังจากการบาดเจ็บ หรือพิการได้อีกด้วย”

“การออกกำลังกายจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น กายบริหาร การเดินวิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน หรือการฝึกด้วยกีฬาที่ไม่คำนึงถึงการแข่งขัน มุ่งความสนุกสนานและสุขภาพ”

ธัชชัย มุ่งการดี(47) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการออกกำลังกายไว้ว่า เป็นสิ่งจำเป็นที่สุดอย่างหนึ่งจะต้องทำสม่ำเสมอ ได้แก่ วิ่ง เดิน ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ และวิ่งอยู่กับที่ ใช้ระยะเวลา

นาน 20–25 นาที ต่อวัน โดยมีช่วงระยะเวลาของการแอโรบิคติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6–10 นาที จึงจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถ้าได้ปฏิบัติในปริมาณที่เพียงพอและสม่ำเสมอ

จากแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า การออกกำลังกาย คือ การกระทำกิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อ และร่างกายให้เคลื่อนไหว โดยทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 15–30 นาที และเป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ มีผลต่อสุขภาพทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และป้องกันโรค

ความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อร่างกายเป็นอย่างยิ่ง และให้ประโยชน์แตกต่างกันตามลักษณะของกิจกรรม ซึ่งมีผู้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย พอสรุปได้ดังนี้ (48)

1. การเจริญเติบโต การออกกำลังกายจัดเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตเด็กที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายแต่มีอาหารการกินอุดมสมบูรณ์อาจมีส่วนสูงและน้ำหนักตัวมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันโดยเฉลี่ยแต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีไขมันมากเกินไป มีกระดูกเล็ก หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตอย่างถูกส่วน จึงกระตุ้นให้อวัยวะต่างๆ เจริญขึ้นพร้อมกันไปทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน และเมื่อประกอบกับผลของการออกกำลังกายที่ให้เจริญอาหาร การย่อยและการขับถ่ายดี เด็กที่มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงมีการเจริญเติบโตดีกว่าเด็กที่ขาดการออกกำลังกาย

2. รูปร่างทรวดทรง การออกกำลังกายอาจจัดเป็นได้ทั้งยาป้องกันและยารักษา การเสียทรวดทรง

3. สุขภาพทั่วไป เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การออกกำลังกายเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ข้อที่ทำให้เชื่อแน่ว่าผู้ที่ออกกำลังกายย่อมมีสุขภาพดีกว่าผู้ขาดการออกกำลังกาย คือ การที่อวัยวะต่างๆ มีการเจริญเติบโตดีทั้งขนาด รูปร่างและหน้าที่การทำงาน โอกาสของการเกิดโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคการเสื่อมสภาพในการทำงานของอวัยวะเองจึงมีน้อยกว่า

4. สมรรถภาพทางกาย ถ้าจัดการออกกำลังกายเป็นยารักษา การออกกำลังกายถือเป็นยารักษาเพียงอย่างเดียว ที่สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้

5. การป้องกันโรค การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคร้ายหลายชนิด โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะเนื่องจากการมีอายุมากขึ้น

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (49) กล่าวว่า การออกกำลังกาย ช่วยให้มีการหลั่ง "สารสุข" (เอ็นดอร์ฟิน) ทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า จิตใจสงบและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค มีผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถป้องกันและรักษาโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะ โรคอ้วน ความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคประสาท ท้องผูก นอนไม่หลับ เป็นต้น

หลักการออกกำลังกาย

สมทรง อินสว่าง (50) กล่าวถึงหลักการออกกำลังกายทั่วไป ได้แก่

1. ค่อยทำค่อยไป คือเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายแต่น้อยๆและเป็นการออกกำลังกายวิธีง่ายๆ และค่อยเพิ่มปริมาณและเพิ่มความยากขึ้นตามลำดับ

2. ต้องให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลังกาย ไม่ควรให้เป็นแต่เฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่ง มิฉะนั้นจะไม่เกิดผลครบถ้วนทุกส่วนของร่างกาย

3. การออกกำลังกายควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ อาจจะทำทุกวัน ทุกสองวัน หรือทุกสามวันแล้วแต่โอกาสและความสะดวก แต่ควรออกกำลังกายประจำตามเวลาที่กำหนดไว้ เช่น เวลาเช้า เวลาเย็นหรือในตอนหัวค่ำ เพราะอากาศจะไม่ร้อนเกินไป

จรรยาพร ธรรมินทร์ (6) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ว่า เป็นสิ่งจำเป็นต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิตโดยฝึกปฏิบัติให้ถูกต้องและเป็นลำดับขั้นตอนของการออกกำลังกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพ สมรรถภาพขนาดสัดส่วนของร่างกาย จะเห็นผลได้ต้องฝึกอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ ต้องเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับอายุ และสมรรถภาพร่างกายของแต่ละคน คนที่มีสุขภาพดีควรออกกำลังกาย 3-5 วัน/สัปดาห์ มีระยะเวลาฝึก 15-60 นาที โดยเน้นกิจกรรมการฝึกแบบแอโรบิกที่กล้ามเนื้อใหญ่ๆ ได้ออกแรง มีรูปแบบการออกกำลังกายอย่างหลากหลาย ง่าย สะดวก ฝึกแล้วสนุกสนาน เห็นความก้าวหน้า ประการสำคัญคือ ต้องฝึกอย่างสม่ำเสมอ

2.4 พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตไว้ว่า "สุขภาพจิตหมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะปรับปรุงตัวให้มีความสุขและเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตของตนเองได้โดยไม่เสียดุลยภาพทำให้มีความสุข ความสบายใจ รวมทั้งสามารถสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อแย้งเกิดขึ้นภายในจิตใจ (Conflict) แต่อย่างไรก็ตาม สุขภาพจิตมิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคทางจิตและโรคทางประสาทเท่านั้นไม่ หากแต่รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดีอีกด้วย (51)

ลักษณะสภาพที่ดีทางจิต บุคคลที่มีสุขภาพทางจิตนั้นควรประกอบด้วยลักษณะ ดังนี้

1. รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดี ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีย่อมรู้จักตนเองและเข้าใจตนเองได้ดีในเรื่องต่างๆ เช่น รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่โกรธง่าย ไม่มีอารมณ์หวั่นกลัว ไม่อิจฉาริษยา หรือความวิตกกังวลต่างๆ

2. รู้จักและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี การปรับสุขภาพจิตที่ดีนั้น การรู้จักและเข้าใจตนเองแต่เพียงฝ่ายเดียวนั้นยังไม่เป็นการเพียงพอ เพราะคนเราย่อมจะต้องอยู่ในสังคมกับบุคคลอื่น

ความเครียด (Stress)

ความหมาย

กองสุขภาพจิต (อ๋างโน อัมพร โอตระกูล)(52)ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นความกระวนกระวายใจเนื่องมาจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนอง หรือผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

สุจริต สุวรรณชีพ(53) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะของจิตใจเราเองที่ตื่นตัวพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งเราคาดว่าสถานการณ์หรือความกดดันนั้นๆหนักเบาหรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติของเราที่จะแก้ไขหรือขจัดปัดเป่าให้หมดสิ้น หรือบรรเทาเบาบางลง

การจัดการกับความเครียด

บรรลุ ศิริพานิช (54) กล่าวว่า ความเครียดในขนาดธรรมดาเป็นเรื่องปกติที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้นในชีวิตประจำวัน ผลของความเครียดในแง่ดีนั้นจะช่วยกระตุ้นให้แก้ไขปรับปรุงตัวเองเพื่อให้เข้ากับเหตุการณ์ใหม่ๆ สภาวะใหม่ๆ ส่วนในแง่ร้ายนั้นถ้าเกิดความเครียดบ่อยๆ และนานอาจเป็นโทษทั้งร่างกายและจิตใจ การมีปฏิริยาตอบโต้เหตุการณ์บางอย่างเป็นเรื่องของแต่ละคน บางคนตอบโต้ได้อย่างง่ายๆ แม้แต่เป็นสถานการณ์ที่ยาก

นิจวรรณ เกิดเจริญ (55) ได้กล่าวถึงวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้

1. เมื่อเครียดอาจผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังเพลงร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือที่มีเนื้อหาสนุกๆ ตลกหรือออกกำลังกายเบาๆ เล่นกีฬา หางานอดิเรกทำเที่ยวพักผ่อน ร่วมกิจกรรมทางสังคมกับคนอื่นเพื่อให้สบายใจขึ้น

2. พยายามปรึกษาเรื่องไม่สบายใจหรือทำให้กังวลใจกับญาติพี่น้องเพื่อนสนิทหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อเป็นการระบายและหาแนวทางในการคลายเครียด

3. เขียนสิ่งที่ทำให้ทุกข์ใจคับข้องใจ ลงในกระดาษตามที่อยากจะระบาย จากนั้นอาจฉีกทิ้งหรือมาฉีกทบทวนดู ซึ่งอาจทำให้เรามองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและแก้ไขปัญหา

4. สำนวณวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเองถ้าคิดว่าไม่เหมาะสมควรเปลี่ยนแปลงความคิดนั้น นอกจากนี้พยายามมองหาข้อดีของสิ่งที่ทำให้เครียด บอกตนเองว่า ความเครียดทำให้เราพัฒนาตนเองได้ดีขึ้นเรื่อยๆ เราก็จะไม่ทุกข์กับความเครียดนั้น

5. ใช้เทคนิคต่างๆ ในการผ่อนคลายความเครียดซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การฝึกการหายใจ การจินตนาการถึงเหตุการณ์หรือสถานที่ที่ทำให้มีความรู้สึกสงบ มีความสุข ให้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 อย่างเต็มที่ในการรับรู้และสัมผัสความรู้สึกต่างๆ ที่จินตนาการถึง การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ตอนที่ 3 ชุมชนแออัด

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน (Community)

มีนักคิดที่ให้ความหมายและขอบเขตของชุมชนแตกต่างกันออกไป พอจะสรุปได้ดังนี้ (56)

Ferdinand Tonnies ชาวเยอรมัน เป็นคนแรกที่ใช้คำนิยามชุมชนอย่างเป็นระบบ เรียกว่า Gemeinschaft (ชุมชนชนบท) และ Gesellschaft (ชุมชนเมือง) ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1887

Kenneth Wilkinson นักสังคมวิทยาอเมริกัน เคยเป็นประธานสมาคมสังคมวิทยาอเมริกัน กล่าวว่า องค์ประกอบ 3 ประการ ที่ใช้ความเป็นชุมชน ได้แก่ นิเวศวิทยาชุมชน (Local Ecology) เน้นลักษณะของชุมชนที่อยู่อาศัย, สังคมของชุมชน (Local Society) เน้นลักษณะชุมชนที่มีโครงสร้างแบบองค์รวม (Holistic Structure) เช่น กลุ่มหรือสังคมที่สามารถตอบสนองความต้องการร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของคนในชุมชน และการกระทำร่วมของชุมชน (Community Actions) เป็นความพยายามร่วมกันของสมาชิกในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหหรือแสดงออกซึ่งเอกลักษณ์ทางสังคมและความเป็นปึกแผ่นของชุมชน

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข นักสังคมวิทยาชนบท มหาวิทยาลัยขอนแก่น สรุปลักษณะของชุมชนไว้มากมายโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับชุมชน รวม 11 ทฤษฎี เช่น ทฤษฎีนิเวศวิทยาชุมชน (Park, McKenzie) ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน (Tonnies, Redfield) เป็นต้น

Irwin Sanders เสนอวิธีการแบ่งประเภทของชุมชนออกเป็น 4 วิธี ได้แก่

1. ชุมชนในแง่ถิ่นที่อยู่ โดยมองที่ตั้งของชุมชน เช่น ชุมชนเมือง (กทม.) ชุมชนชานเมือง (ย่านบางนา) ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท

2. ชุมชนในแง่นิเวศวิทยา โดยมองสภาพแวดล้อมของพื้นที่เป็นสำคัญ ถ้าคนอยู่ร่วมกันมากในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งจะเป็นเขตเมืองที่คนอยู่หนาแน่น (Concentration) ถ้าที่อยู่มีการบริการและคมนาคมติดต่อกันมากจะเป็นเขตศูนย์กลาง (Centralization) ถ้าอยู่พื้นที่ธุรกิจอุตสาหกรรมจะเป็นเขตที่แบ่งเป็นสัดส่วน (Segregation) ถ้าคนรุกร้าเข้าไปในเขตที่มีคนอยู่แล้วจะถือเป็นการรุกร้า (Invasion) ถ้าเป็นคนที่สามารถย้ายที่อยู่แบบรุกร้าเข้าไปอาศัยในที่ดินนั้นสำเร็จ จะเป็นการอยู่แบบสืบเนื่อง (Succession)

3. ชุมชนในแง่มนุษยชาติ โดยมองปริมาณคนในชุมชนจะมีมากขึ้นหรือลดลง เนื่องจากการอพยพ เพื่อการศึกษา หรือเพื่อแสวงหาอาชีพ

4. ชุมชนในแง่ระบบสังคม โดยมองความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เป็นความสัมพันธ์แบบแนวนอน (Horizontal Pattern) เช่น เพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์กับภายนอกชุมชนแบบแนวตั้ง (Vertical Pattern) เช่น คนในหมู่บ้านติดต่อกับคนในตำบล อำเภอ จังหวัด

ภาระหน้าที่ของชุมชนประกอบไปด้วย 6 ประการ คือ

- 1) การให้บริการขั้นพื้นฐานแก่สมาชิกในชุมชน โดยเน้นการบริการด้านสาธารณสุขและการศึกษา
- 2) การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเบื้องต้นแก่สมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะบริการสาธารณูปโภค เช่น ถนน น้ำประปา ไฟฟ้า
- 3) การจัดให้มีหน่วยการปกครองท้องถิ่น โดยสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นให้สามารถปกครองตนเองได้ ในชุมชนชนบทจะมี สภาตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชนเมืองมีเทศบาลหรือสุขาภิบาล
- 4) การจัดให้มีการคุ้มครองสวัสดิการสมาชิกในชุมชน ทั้งในด้านร่างกายและทรัพย์สินโดยมีสถานีตำรวจเพื่อรักษาคุ้มครองสวัสดิภาพ มีศาลเพื่อรักษากระบวนการยุติธรรมและมีหน่วยรักษาความปลอดภัยหรือยามประจำหมู่บ้าน
- 5) การดูแลควบคุมสวัสดิภาพของสมาชิกในชุมชน
- 6) การปลูกฝังค่านิยมที่เหมาะสมให้แก่สมาชิกในชุมชน เช่น ความรักชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์

องค์ประกอบในการพิจารณาชุมชนแออัด

ชุมชนแออัดหรือสลัม หรือแหล่งเสื่อมโทรม สามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ องค์ประกอบด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนี้

ด้านกายภาพ ชุมชนแออัดจะเป็นเขตที่อยู่อาศัยที่มีความหนาแน่นสูง อาคารสร้างด้วยวัสดุก่อสร้างที่มีราคาถูก ง่าย ตัวอาคารสร้างขึ้นอย่างง่าย ๆ ด้วยไม้ สังกะสี หรือกระดาษแข็ง ในสภาพที่เรียกว่าหลังคาประชิดกัน ขาดระบบสาธารณูปโภคโดยเฉพาะถนนเข้าสู่บริเวณและภายในบริเวณ ซึ่งจะใช้ไม้กระดานแคบๆ ปูยกเป็นทางเดิน เบื้องล่างมีน้ำขังและไม่ถ่ายเท เพราะบริเวณเดิมเป็นที่ลุ่มขัง ไม่ได้ปรับปรุงบริเวณก่อนสร้างอาคารที่อยู่อาศัย ภายในตัวอาคารห้องมีจำกัดพื้นที่โล่งมีน้อยไม่มีพื้นที่โล่งรอบๆบ้าน

ด้านสังคม ชุมชนแออัดมักจะเป็นจุดรวมของผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากถิ่นเดิมเดียวกัน เป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกันที่ขยายออกไป มักจะสร้างที่พักจากการเช่าที่ของเจ้าของเดิมจากการเช่ายึดที่ว่างอันเป็นที่สาธารณะหรือที่ของทางราชการที่ขาดการดูแล ในกรณีที่เช่าที่อยู่ค่าเช่าจะขึ้นอยู่กับทำเลและการเช่าถึง

ด้านเศรษฐกิจ ชุมชนแออัดมักจะเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย เนื่องจากย้ายถิ่นเข้ามาหางานทำ แต่ขาดประสบการณ์และความรู้ในการทำงานด้านต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกรรม จึงเป็นแรงงานที่ขาดความชำนาญ มีรายได้ไม่แน่นอน หรือไม่ก็ว่างงาน แต่มีความจำเป็นที่จะต้องต่อสู้เพื่อการอยู่รอด ซึ่งต้องทนอาศัยอยู่ในสภาพดังกล่าวแทนที่จะหวนกลับไปอยู่ถิ่นเดิม

ความหมายของชุมชนแออัด (อ้างถึงในชมชื่น จันทรสมบูรณ์)(57)

หนังสือ Encyclopedia Britanica ได้ให้ความหมายว่า ที่อยู่อาศัยที่ไม่มีที่ว่าง ขำรดทรุดโทรม ขาดบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัยหรืออยู่อาศัยกันอย่างยัดเยียด อันทำให้ไม่อาจใช้เป็นที่อยู่อาศัยเพื่อดำเนินชีวิตในครอบครัวให้มีความสุขกายสบายใจได้

Longman Dictionary of Contemporary English ให้ความหมายของ Slum ไว้ว่า "a city area of poor living conditions and dirty unrepaired building"

สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความหมายว่า "ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่นไร้ระเบียบและชำรุดทรุดโทรมประชาชนอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยให้ถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือน 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่หนึ่งไร่เป็น 1 ชุมชน"

การเคหะแห่งชาติ(4)ให้ความหมายของชุมชนแออัดว่าหมายถึง บริเวณพื้นที่ที่มีอาคารที่ใช้ในการอยู่อาศัยไม่ต่ำกว่า15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ไร่ และมีผู้อยู่อาศัยอย่างแออัดรวมทั้งมีสภาพไม่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำขังอับชื้นหรือสกปรกน่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ความปลอดภัยหรือเป็นแหล่งที่น่าจะก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

จากการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับชุมชนแออัดจากแหล่งต่าง ๆ ทำให้พอจะสรุปความหมายของชุมชนแออัดได้ว่า หมายถึง บริเวณพื้นที่ที่อยู่อาศัยที่มีความแออัด ไร้ระเบียบ มีสภาพบ้านเรือนและสภาพแวดล้อมต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย รวมถึงการเป็นแหล่งที่อาจก่อให้เกิดการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมที่ดีของประชาชน

สาเหตุของการเกิดชุมชนแออัด

จากการศึกษาของจักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการและคณะ และพันธุดา บุญเหลือหล่อ (อ้างถึงในชมชื่น จันทรมนบุรี)(57)สามารถรวบรวมสาเหตุการเกิดชุมชนแออัด ซึ่งมีสาเหตุมาจากทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงประชากรด้วยและสาเหตุส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน ได้แก่

1.การอพยพย้ายถิ่นเข้ามาเพราะแรงผลักดัน (push factor) จากชนบทที่แห้งแล้งหมดทางทำมาหากินและแรงดึงดูด(pull factor) ซึ่งเป็นศูนย์กลางความเจริญประกอบกับลักษณะของประชากรที่เข้ามาส่วนใหญ่จะเป็นคนยากจนหรือชนชั้นแรงงานได้ทำให้ประชากรเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วการให้บริการและตอบสนองความต้องการของรัฐไม่สามารถทำได้ทันที่ จึงเกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย เช่น การขาดแคลนที่อยู่อาศัย การทำมาหากิน สุขภาพอนามัย เป็นต้น

2.การขาดแคลนที่อยู่อาศัย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของจำนวนประชากรจากการย้ายถิ่น ก่อให้เกิดการขาดแคลนที่อยู่อาศัยจำนวนมาก

3.ความยากจนของประชากรและลักษณะนิสัย ประชากรเหล่านี้มาจากการอพยพของคนในชนบทที่มีรายได้น้อยมาสู่เมือง เพื่อแสวงหาหนทางที่ดีกว่า หรือจากคนยากจนในเมืองที่มาจากแหล่งไฟไหม้ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัยของตัวผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดเอง ที่มักไม่ค่อยคำนึงถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนหรือคิดปรับปรุงให้ดีขึ้นเพราะมีความเคยชินกับสภาพไม่เป็น

ระเบียบหรือรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพทำให้ไม่สามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมหรือที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นได้

4. สาเหตุทางด้านกายภาพ สาเหตุสำคัญในการเกิดชุมชนแออัดในเมือง แบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ เรื่องที่ดิน และเรื่องที่อยู่อาศัย ซึ่งประเด็นทั้ง 2 นี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดแคลนที่อยู่อาศัยของผู้ที่มีรายได้น้อย

4.1 เรื่องที่ดินและกรรมสิทธิ์ที่ดิน จากการศึกษาของจักรกฤษณ์และคณะ (58) พบว่าชุมชนแออัดจะเกิดขึ้นในที่ดิน 2 ประเภท คือ ที่ดินของรัฐ และที่ดินของเอกชน ที่ดินของรัฐ ได้แก่ กรณีที่ประชาชนเข้าไปครอบครองพื้นที่ ในลักษณะหยั่งเชิงคุกก่อน โดยปลูกสร้างอาคารขึ้นมาโดยพลการ ส่วนใหญ่เมื่อแรกเริ่มจะเข้าไปอาศัยเป็นการชั่วคราว ต่อมาเมื่อบุคคลอื่นตามเข้ามายึดครองและปลูกสร้างใกล้เคียงกันมากรายกำลังต่อรองก็มีมากขึ้น ผู้อยู่อาศัยเหล่านี้ใช้วิธีคือแย่งยึดเอาทำเลนั้นเป็นที่อยู่อาศัยอย่างถาวรต่อไป ที่ของรัฐที่มักถูกบุกรุกได้แก่ ที่ดินเขินริมแม่น้ำ ลำคลอง บึง ที่ดินสาธารณะ ที่ธรณีสงฆ์ ที่ทางการเวนคืนแล้วยังไม่ได้ใช้ประโยชน์

ที่ดินของเอกชน ได้แก่ ที่ดินซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ของเอกชนที่ยังไม่ได้ทำประโยชน์ หรือไม่มีเวลามาดูแลได้เพียงพอ รวมทั้งเขตต่อระหว่างที่ดินของแต่ละเจ้าของซึ่งต่างไม่แน่ใจว่าอยู่ในเขตของใคร เพราะหลักปักเขตแดนไม่ชัดเจน จึงมีคนบุกรุกเข้าไปปลูกที่อยู่อาศัย หรือในบางกรณีก็เป็นความสมัครใจของเจ้าของที่เอง ที่จะให้คนเหล่านั้นเช่าอยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว โดยคิดหรือไม่คิดค่าเช่า โดยเจ้าของที่ดินแบ่งแนวที่ดินให้เช่าได้ตามใจชอบ เป็นแปลงเล็กแปลงน้อย โดยไม่จำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพหรือบริการใด ๆ และรัฐบาลเองก็ได้มีกฎหมายใดที่จะประกันสิทธิพื้นฐานให้กับผู้เช่าได้ เมื่อมีการขยายครอบครัวหรือมีคนอพยพมาขอเช่าที่อยู่เพิ่มขึ้น เพิ่มความแออัดและหนาแน่นขึ้น โดยมีได้มีการปรับปรุงสภาพชุมชนให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น และเมื่อเวลาผ่านไปนานเข้า คนที่อาศัยอยู่จะทวีจำนวนมากขึ้นในที่สุดเจ้าของที่ดินก็มีความลำบากในการจะให้คนเหล่านั้นเคลื่อนย้ายไปอยู่ที่อื่นต่อไป

4.2 เรื่องสภาพของที่อยู่อาศัย จากการศึกษาของพันธุดา บุญเหลือหล่อ (อ้างถึงใน ชมชื่น จันทรสมบุญ) (57) พบว่า ขบวนการในการเกิดสลัมอันเนื่องจากสภาพของที่อยู่อาศัยมี 2 ลักษณะ คือ สลัมที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของที่อยู่อาศัยซึ่งเคยมีสภาพดีมาก่อน เกิดเนื่องจากการลดความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้ปานกลางหรือสูง ทำให้ที่อยู่อาศัยนั้นว่างลงผู้มีรายได้น้อย

น้อยจึงย้ายเข้าไปอยู่แทน สาเหตุที่ทำให้ความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยปานกลางหรือ
สูงลดลง อาจสรุปได้ดังนี้

-ความเสื่อมโทรมทางกายภาพของอาคารจากอายุการก่อสร้างที่เก่าแก่

-ความล้าสมัยของรูปทรงอาคาร แม้เจ้าของจะทำนุบำรุงอาคารให้มีสภาพดี แต่
วิวัฒนาการของที่อยู่อาศัยแบบใหม่ ๆ ที่สวยงามทันสมัยเป็นจำนวนมาก ดึงดูดให้มีผู้สนใจสร้างที่
อยู่อาศัยแบบใหม่มากกว่า

-อิทธิพลจากภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดินในบริเวณที่อยู่อาศัย เช่น
การขยายโรงงานอุตสาหกรรมลูก้าย่านที่พักอาศัย การขยายพื้นที่ของเขตพาณิชย์กรรมบนถนน
สายหลัก มีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย เช่น มลภาวะทางเสียง ฝุ่น

-ความทรุดโทรมของลักษณะกายภาพของอาคารโดยรอบ ทำให้ความต้องการที่อยู่
อาศัยในบริเวณนั้นลดลงเพราะถ้าเจ้าของอาคารปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ดีก็ทำให้มีคนต้องการบ้าน
ของเขามากขึ้นสามารถเพิ่มค่าเช่าได้ และเมื่อคนรายได้สูงและครอบครัวที่อาศัยในบ้านคุณภาพดีก็
จะมีอิทธิพลต่อลักษณะภายนอกชุมชนได้ นั่นคือทำให้ชุมชนน่าอยู่ขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าเจ้าของ
บ้านมีการลงทุนในที่อยู่อาศัยอย่างจำกัด ก็พลอยทำให้ที่อยู่อาศัยอื่น ๆ ใกล้เคียงคุณภาพต่ำลงไป
มีผลทำให้กลายเป็นสลัมมากขึ้น

สลัมที่เกิดขึ้นใหม่สร้างด้วยวัสดุไม่ถาวร เช่น เศษไม้ สังกะสี พลาสติก ยางรถยนต์ เป็นต้น
ซึ่งพบว่ามีความลักษณะกายภาพที่ทรุดโทรมมากกว่าสลัมในประเภทแรก สลัมประเภทนี้มักพบอยู่ทั่วไป
ส่วนมากอยู่รอบนอกของเมือง เพราะการพัฒนาที่อยู่อาศัยในเมืองถึงจุดอิ่มตัวในความเป็นไปได้ที่
จะแบ่ง Living Space ให้ย่อยลงไปอีก

ประเภทของชุมชนแออัด(60)

สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดประเภทของชุมชนเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1.ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนส่วนใหญ่ที่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบและชำรุด
ทรุดโทรม ประชาชนอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
อนามัยและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยให้ถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อย
15 หลังคาเรือน ต่อพื้นที่ 1 ไร่

1.ชุมชนชานเมือง หมายถึง ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีพื้นที่ดำเนินการด้านเกษตรกรรม ซึ่ง
อยู่รอบนอกเมืองเป็นส่วนใหญ่มีบ้านเรือนไม่แออัดแต่ขาดการวางแผนทางด้านผังชุมชน

เส้นทางระบายน้ำทางเดินเท้าเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาน้ำท่วมขังและการสัญจรไปมาของประชาชนในชุมชน

2.ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร หมายถึง ชุมชนที่มีบ้านจัดสรรที่เป็นบ้านที่อยู่อาศัยและดำเนินการในภาคเอกชน โดยมีลักษณะบ้านเป็น บ้านเดี่ยวที่มีบริเวณ ทาวน์เฮาส์ ตึกแถว หรือบ้านแฝด สภาพทั่วไปควรจะต้องมีการพัฒนา เช่น ทางระบายน้ำ ขยะ ทางเท้า

3.เคหะชุมชน หมายถึง ชุมชนที่ได้รับการจัดตั้งดำเนินการและดูแลโครงการ โดยการเคหะแห่งชาติ มีสภาพเป็นแฟลตมีการดูแลและดำเนินการในด้าน ทางระบายน้ำ ขยะ ทางเท้า เศรษฐกิจ สังคม อนามัย และอื่นๆ

4.ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่มีความหนาแน่นของบ้านน้อยกว่าชุมชนแออัด คือน้อยกว่า 15 หลัง ต่อไร่ แต่มีความหนาแน่นของจำนวนบ้านมากกว่าชุมชนชานเมือง เช่น ในกรุงเทพมหานครได้มีการจัดทำประกาศกำหนดเป็นชุมชนโดยที่ชุมชนดังกล่าวไม่เป็นชุมชน ตามที่กล่าวมาในข้ออื่นๆ

สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลเมืองสระบุรี

ขนาดและที่ตั้ง

เทศบาลเมืองสระบุรี ตั้งอยู่ในเขตท้องที่ของอำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี เป็นจังหวัดในภาคกลางอยู่ห่างจากกรุงเทพไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือระยะทาง 108 กิโลเมตร ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1 (ถนนพหลโยธิน) และตามทางรถไฟสายตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะทาง 113 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 20.13 ตารางกิโลเมตร หรือ 12,435 ไร่

ด้านสังคม

- จำนวนประชากรในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี ณ ปี 2543 มีประชากรทั้งสิ้น 66,906 คน เป็นชาย 36,341 คน หญิง 30,565 คน จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 16,570 ครัวเรือน คิดประชากรโดยเฉลี่ยต่อพื้นที่ 3,345 คน/ตารางกิโลเมตร

- การศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาล 10 โรงเรียน

- ศาสนา โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศ

เทศบาลเมืองสระบุรี ตั้งอยู่บนพื้นที่ราบและเป็นลูกคลื่นลอนลาด สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลาง อยู่ทีระดับความสูงประมาณ 13-15 เมตร มีความลาดเอียงต่ำลงบริเวณรอบนอกเมือง

ในฤดูฝนจะมีน้ำท่วมขังบริเวณที่ต่ำเนื่องจากบางจุดระบายน้ำไปไม่พอ ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี มีแม่น้ำป่าสักไหลผ่าน มีทางรถไฟสายตะวันออกเฉียงเหนือผ่านมุกกลางพื้นที่ มีภูมิอากาศแบบมรสุมเขตร้อน ในฤดูฝนมีฝนน้อย แห้งแล้งชัดเจนในฤดูหนาว

ทรัพยากรธรรมชาติ

มีแหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญ คือ แม่น้ำป่าสักไหลผ่าน คิดเป็นความยาวในส่วนที่ไหลผ่านจังหวัดสระบุรีประมาณ 105 กิโลเมตร แม่น้ำป่าสักมีความสำคัญต่อการอุปโภค บริโภค การเกษตร รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ของจังหวัดสระบุรี ในด้านป่าไม้เป็นประเภทป่าไม้เบญจพรรณ นอกจากนี้ยังมีทรัพยากรด้านโบราณสถาน โบราณวัตถุและศิลปวัฒนธรรมประเพณี ที่เป็นเอกลักษณ์ของจังหวัด ได้แก่ รอยพระพุทธรบาท พระพุทธราย ประเพณีตักบาตรดอกไม้ ฯลฯ

สภาพเศรษฐกิจและสังคม

เทศบาลเมืองสระบุรี มีการจัดตั้งชุมชนรวมทั้งสิ้น 25 ชุมชน ครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในเขตเทศบาล โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการ 4 ปี ต่อครั้ง ประชาชนยังมีไฟฟ้าและน้ำประปาใช้ไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ส่วนด้านการคมนาคมสะดวก การใช้พื้นที่เพื่อการเกษตรกรรมมีบางส่วน เช่น ทำนา ทำสวน พื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นที่อยู่อาศัย และประกอบอาชีพค้าขาย ประชาชนในเขตเทศบาล มีรายได้เฉลี่ยไม่มากนัก ไม่มีแหล่งท่องเที่ยวภายในเขตเทศบาล

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร(59)ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ เพศ อายุ และภาวะเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดย การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความใส่ใจในสุขภาพของตนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจรักษาสุขภาพในกรณีไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครั้งคราว ในด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีโดยพบว่าส่วนใหญ่จะออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน ซึ่งจะเป็นลักษณะการปฏิบัติตามวิถีชีวิตประจำวัน

มากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและอ่านข่าวด้านสุขภาพน้อยมากหรือไม่ เคยเลยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.001 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะ สุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ เพศ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจ ความบังเอิญด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และอายุ

วันดี แยมจันทร์ฉาย (60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตามแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอล์คเกอร์ ซีคริสท์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) (20) แบบวัดการรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปของ เซอร์เรอร์ และคณะ (Sherer, et al., 1982) และแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเองผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างจำนวนปีที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการบรรลุอุดมการณ์ของตนและการรับประทานอาหารและพบความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพและเพศกับการออกกำลังกายนั้นคือ เพศชาย มีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง

สุทธิกิจ นุชนทสาร (61) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทจังหวัดนนทบุรีโดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีแหล่งบริการด้านต่างๆ และประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อำนาจตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 48.40 รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยร่วม สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 47.40 สำหรับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 17.20 ส่วนตัวแปรด้านสังคมจิต ที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตัวแปรในปัจจัยร่วมที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ ประสบการณ์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นุชระพี สุทธิกุล(62) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ รายได้ครอบครัวและการมีโครงการ/กิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่า ปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูโดยรวมทุกด้านได้ ร้อยละ 36.5 และพบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูได้ดีที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา และทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

วนลดา ทองใบ (63) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คณงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี โดยนำPRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบิดา/มารดา จากเพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการจาก

โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งหมด สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีได้ร้อยละ 37.2

สุกัญญา ไผทโสภณ (64) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานีโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของPender มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ธรรมชาติมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับ สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้สถานภาพทาง สุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การมีนโยบาย กฎระเบียบ ในการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดให้มีกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ (14) ศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในกลุ่มเยาวชน แม่บ้านและคนงานในโรงงาน โดยใช้แนวคิด แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion Model) ของ Pender และ PRECEDE- PROCEDE Model ของ Green และ Kreuter จำนวนตัวอย่าง 6,659 ราย ทั้งในกรุงเทพฯ และ จาก 12 จังหวัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้าน บวก มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ สูงกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกและความเชื่อ ในโชคชะตาที่มีความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบันปานกลางถึงดีที่สุดใน ค่านิยมต่อการส่งเสริม สุขภาพในระดับสูงกว่า“ปานกลาง” เพียงเล็กน้อย ร้อยละที่สูงของกลุ่มเยาวชน แม่บ้านและคนงาน ในโรงงานให้ค่าต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ในระดับปานกลาง – ต่ำ ทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับที่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วม(Common health promoting behaviors)ที่ร้อยละสูงกว่า 50 ของ ทุกกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าได้ปฏิบัติเป็นประจำคือ“การไม่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ส่วนพฤติกรรม อื่นๆ เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การไม่ใช้ยาแรงยับยั้งประสาท การใช้หมวกกันน็อคเมื่อขี่รถจักรยานยนต์และการใช้เข็มขัดนิรภัย มีบางกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่ร้อยละ 50 ขึ้นไปได้ปฏิบัติ สม่าเสมอซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง3กลุ่ม มีพฤติกรรมเสี่ยงร่วม และพฤติกรรมที่จะต้องรีบ ดำเนินการแก้ไข ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ การ รับรู้สามารถแห่งตน ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติ อิทธิพลของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ทัศนคติ การรับรู้อำนาจของตน และอายุ

กนกวรรณ จันทร์แดง (65) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ใ้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist และ Pender กลุ่มตัวอย่าง 330 คน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน ส่วนการบริหารจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและจากการจำแนกพบพบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามได้ ร้อยละ 16.5 และพบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำอิสลามได้ ร้อยละ 10.2 และพบว่า การมีโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามได้ร้อยละ 17.1 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด

งานวิจัยในต่างประเทศ

Pender, Walker, Sechrist, Stromborg (66) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58) เลือกศึกษา ปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สภาวะสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้น ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 589 คน ใช้วิธีการเลือกโดยความสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Health value วัดความสำคัญของสุขภาพ แบบวัดความเชื่อถืออำนาจภายใน-ภายนอกของวอลล์สตันและคณะ (Wallston, et al., 1978) The personal competency rating scale วัดการรับรู้ความสามารถในตน, Laffrey health conception scale วัดคำจำกัดความสุขภาพ คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ 1 ข้อความ แบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist และ Pender (20) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียดนอกจาก

นั้นอีก 3 เดือนต่อมาได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานซ้ำ พบว่า โดยภาพรวม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน มีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยปัจจัยความรู้-การรับรู้ และ ปัจจัยร่วมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 31.00

Ahn HG.(67)ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานบริษัทที่ทำงานเกี่ยวกับSecurity Investment เมืองปูซานประเทศเกาหลี การวิจัยเป็นการสำรวจพนักงาน 21 บริษัท จำนวน 203 คน ปัจจัยที่นำมาพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ และระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ Health Promotion Behavior Model ของ Pender และ ใช้ Health Preventive Behavior Model ของ Backer ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพคือการรับรู้การควบคุมสุขภาพ($r = 0.39$) ความสำคัญของสุขภาพ($r=0.35$) รูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัว ($r=0.30$) ทางเลือกของการส่งเสริมสุขภาพ($r =0.22$) ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพคือ การตรวจร่างกาย ประจำปี นิสัยการบริโภค ยา ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การล้างมือเมื่อกลับถึงบ้าน การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การไม่เปลี่ยนแก้ว น้ำ การออกกำลังกาย การงดหรือลดการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องน้อยต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดต่อการส่งเสริมสุขภาพ คือ ความเกียจคร้านและมีเวลาจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรม สิ่งสำคัญที่สุดในการเผยแพร่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สื่อต่างๆ

Shi L. (68) ศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรและสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากรและสถานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการรวบรวมของ Behavioral Risk Factors surveillance System (BRFSS, 1994) ใน South Carolina เก็บข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้ใหญ่ 2,000 คน ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงที่มีอายุ 18-24 ปี และมากกว่า 65ปี ซึ่งจบการศึกษาระดับวิทยาลัย มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชายที่อายุ 25-44 ปี และไม่ได้รับการศึกษา ส่วนปัจจัยด้านเชื้อชาติและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น นโยบายที่ควรดำเนินการ คือ การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเพศชายที่มีอายุ 25-44 ปี ซึ่งได้รับการศึกษาน้อย

Naslund GK.(69) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และความเชื่อในคนงานชาวสวีเดน วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความเชื่อที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความรู้และความเชื่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานอายุ18-65 ปี จำนวน1,359 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบค่อนข้างสูง และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก กับความเชื่อต่อความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอิทธิพลของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ต่อปัจจัยเสี่ยงของโรคมีความสัมพันธ์กับความเชื่อในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความเชื่อมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นการสรุปว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเชื่อ และระหว่างความเชื่อกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาทิศทางของความสัมพันธ์ด้วย

Fox PJ., Breuer W., และ Wright JA.(70) ศึกษาผลกระทบของโครงการส่งเสริมสุขภาพในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากปัญหาข้อถกเถียงในเรื่องทิศทางการดำเนินงานโครงการให้สุขศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษานี้เป็นแบบ Prospective Randomized Study เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแก่คู่สมรส ว่าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างไรบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อายุ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 237 คน ที่เข้าร่วมโครงการในคลินิกเวชกรรมป้องกัน ทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยได้รับการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ และกลุ่มควบคุม ทุกคนได้รับการประเมินในมาตรฐานเดียวกัน ได้แก่ ประวัติด้านสุขภาพ การประเมินภาวะโภชนาการ และการตรวจร่างกายจากพยาบาลสาธารณสุข กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษา และการสนับสนุนให้ดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ต่อมาระยะเวลา1ปี ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการสัมภาษณ์ว่าได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ ผลการศึกษาได้มีการประเมินปัจจัย 17 ประการที่ใช้เป็นตัวประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ปรากฏว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ กับกลุ่มที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดิมอยู่แล้ว เมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก และควบคุมตัวแปรด้านสังคมเศรษฐกิจและตัวแปรด้านประชากร พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) จึงสรุปว่า กระบวนการวางแผนให้คำปรึกษาโดยพยาบาลสาธารณสุขและมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะสามารถเพิ่มมาตรการด้านการป้องกันสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Takemura S., Hashimoto M. และ Gunji A.(71) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการทางการแพทย์กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ วัดดูประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการทางการแพทย์ กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน อายุ 40-59 ปี จำนวน 568 คน ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยมีการประเมินในเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนการให้บริการทางการแพทย์ ถาถึงจำนวนครั้งที่มาพบบุคลากรทางการแพทย์ ภายในระยะเวลา 1 ปี ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการทางการแพทย์ กับการมาตรวจสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการทางการแพทย์กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพปัจจัยอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพและผู้ที่มีการใช้บริการทางการแพทย์ มีคะแนนมากกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้บริการทางการแพทย์ และการมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสนใจต่อสุขภาพ

Tohna S. และ Hata E.(72) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 40 ปี โดยใช้แบบจำลอง Health Belief Model กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหมู่บ้านชาวเขาและหมู่บ้านชาวประมง จำนวน 1,120 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชายและพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและหมู่บ้านชาวเขามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าหมู่บ้านชาวประมง เมื่อพิจารณาตัวแปรด้านอาชีพพบว่า ผู้ที่มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัทชาวเขาและแม่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพส่วนตัวและอาชีพชาวประมง ส่วนระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการพยากรณ์ พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย แต่พบข้อขัดแย้งคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดของสมองหรือโรคมะเร็งจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise Multiple Regression พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 33 โดยมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัว

แปรที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด และพบว่า เพศ อาชีพ มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

Ahijevych K, และ Bernard (73) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำจำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์และคณะ(Walker, et al .,1987) จำนวน48 ข้อโดยมีคำถามที่ใช้วัดความถี่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self actualization) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) ด้านการช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal support) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกัน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ความแตกต่างของลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ดังนี้ อายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัวและอาชีพ ส่วนสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 12.00 ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ รายได้(ร้อยละ 5.8) ประวัติการมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 4.3) อาชีพ (ร้อยละ 2.3) ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและจำนวนผู้อยู่อาศัยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกันพบว่า ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lusk , Kerr และ Ronis (อ้างถึงโนพิเชฐ เจริญเกษ)(74) ศึกษาในรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับคือ ระดับบริหาร พนักงานขาย และคนงาน ตัวอย่างเป็นคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน638 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile)จำนวน 48 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรหลายตัว (MANOVA) ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

นั้น พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง กับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกันพบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับคนงาน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อจำแนกตามชนชาติโดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาวและชนผิวดำพบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกายและด้านการช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าเพศชายด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกันด้านการศึกษา พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Felton GM. Parsons MA. และ Bartoces MG.(75) ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะด้านประชากร: ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของเชื้อชาติ เพศและการศึกษาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาค่านิยมต่อสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นลูกจ้าง 331 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Three-way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า เพศ การออกกำลังกาย การพักผ่อนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพศหญิงที่การศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้การควบคุมตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำเพศหญิงให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ เชื้อชาติ การศึกษา ต่อปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และเสนอแนะว่าพยาบาลอนามัยชุมชนและพยาบาลประจำโรงงานจะต้องมีการวางแผนโครงการพัฒนาสุขภาพโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ