

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดการศึกษาดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ
2. มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Universities)
 - 2.1 ความเป็นมาของมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพในประเทศและต่างประเทศ
3. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2 ประเภทของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนิสิต
4. พัฒนาการของวัยรุ่น
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

การส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (WHO, 1986) ระบุเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไว้ว่า “การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการ (Process) ในการเพิ่มศักยภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถที่จะควบคุมและปรับปรุงสุขภาพ WHO ได้มุ่งไปในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Everyday Life) ของประชาชนทั่วไป และยังมุ่งเน้นให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องร่วมมือกันทุกฝ่าย ไม่ใช่เป็นเรื่องของฝ่ายการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว หน่วยงานและองค์กรทุกสาขาต้องร่วมมือดำเนินงานอย่างใกล้ชิด การส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นการรวมเอาหน่วยงานที่มีความหลากหลายมาร่วมเสริมพลังกัน ทำงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน WHO ยังมุ่งหมายให้

ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจนบังเกิดผลอย่างจริงจัง และมุ่งหวังให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องของกิจกรรมทางสุขภาพและทางสังคม โดยไม่เน้นเรื่องการรักษาพยาบาล” นอกจากนี้ในการประชุมครั้งสำคัญระหว่างประเทศ ที่จัดขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ณ เมืองออตตาวา ค.ศ. 1986 อันก่อให้เกิด กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ได้กำหนดคำจำกัดความการส่งเสริมสุขภาพดังนี้ “การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของพวกเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น” การส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีสุขภาพที่ดี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, หน้า 3; WHO, 1986)

O’ Donnel (1994, p. 16) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็น วิทยาศาสตร์และศิลปะในการช่วยให้คนเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่วิถีชีวิตที่ทำให้คนมีสุขภาพที่ดีที่สุด”

Kreuter and Dwore (1994, p. 16) ให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพว่า “การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการสนับสนุนทางสุขภาพของบุคคลแต่ละคน ครอบครัว ชุมชนเอกชนและรัฐ เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Positive Health Practices)”

Lipsan and Steiger (1996, p. 18) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อให้สุขภาพดีมากที่สุด แรงจูงใจคือเพื่อปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นมากกว่าป้องกันโรค กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งสู่การเพิ่มระดับของความผาสุก (Well-Being) และการพัฒนาตามศักยภาพ เช่น บุคคลอาจจะออกกำลังกายเพื่อที่จะใช้ร่างกายให้เต็มศักยภาพสูงสุดและเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกดีที่สุด เป็นต้น

Pender (1996, p. 34) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มชนกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชนและสังคม การส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวเน้นความพยายามกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมุ่งที่การกระทำในเชิงบวก

ประเวศ วะสี (2541, หน้า 15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุด ในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดีและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบายโดยอาจเรียกกระบวนการเหล่านี้ว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good Health for All)

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพไว้หลายแนวคิด ดังเช่น

Green and Kreuter (1991, pp. 22-31; 2005, pp. 7-17) เสนอการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมหรือ THE PRECEDE-PROCEED MODEL โดยแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมายและการวางแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในตำราและงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และเป็นแนวคิดหลักในการวิจัยนี้ ซึ่งมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ
2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้น จำเป็นจะต้องใช้หลาย ๆ วิธีการผสมผสาน บูรณาการศาสตร์/วิทยาการหลาย ๆ แขนง ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ชีวแพทย์ (Biomedical Sciences) ซึ่งประกอบด้วย ศาสตร์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ รัฐศาสตร์ การศึกษาและการบริหาร

แบบจำลอง THE PRECEDE-PROCEED MODEL ประกอบด้วยส่วนประกอบ

2 ส่วนคือ

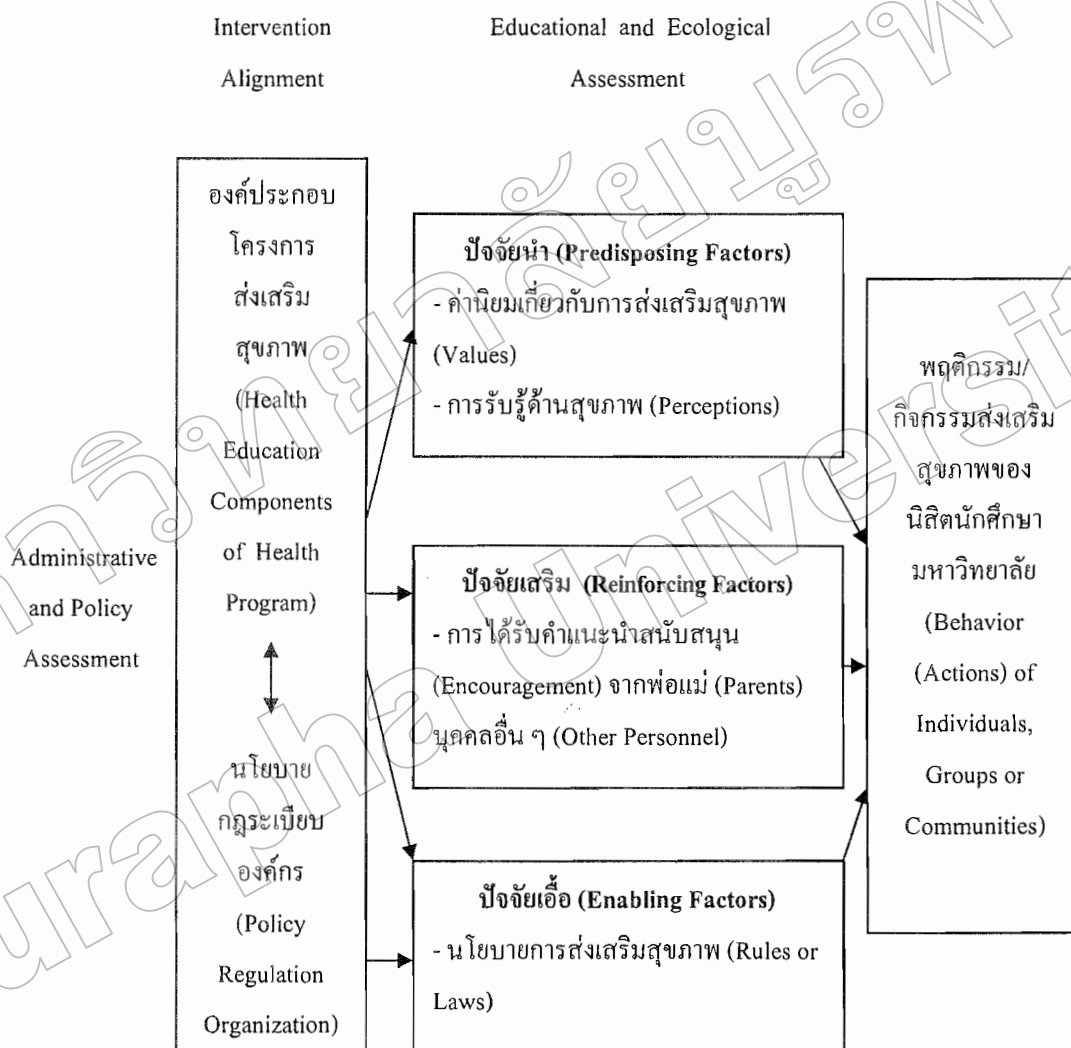
ส่วนที่ 1 ระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation)

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development)

THE PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005, pp. 7-17) มีเป้าหมายคือ คุณภาพชีวิต/ การมีสุขภาพที่ดี โดยในขั้น Educational and ecological assessment ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและแบ่งกลุ่มองค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Values) การรับรู้ด้านสุขภาพ (Perceptions)

2. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำสนับสนุน (Encouragement) จากพ่อแม่ (Parents) บุคคลอื่น ๆ (Other Personnel)
3. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (Rules or Laws) ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพ



ภาพที่ 2 พฤติกรรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจาก THE PRECEDE-PROCEED MODEL ของ Green and Kreuter (2005, pp. 7-17)

องค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 363-365) ได้เสนอหลักกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในการประชุมนานาชาติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีหลักกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพดังนี้

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาคสาธารณสุขหรือนอกภาคสาธารณสุข โดยคำนึงถึงผลกระทบของนโยบายที่มีต่อสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากการตัดสินใจทางนโยบาย นอกจากนี้ยังรวมถึง การค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคส่วนต่าง ๆ ไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกับพยายามที่จะลดและป้องกันอุปสรรคดังกล่าว

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ชุมชนทุกระดับตั้งแต่ท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาคและโลก จะต้องร่วมกันพิทักษ์ดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกถือเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล จึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจของชุมชน การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

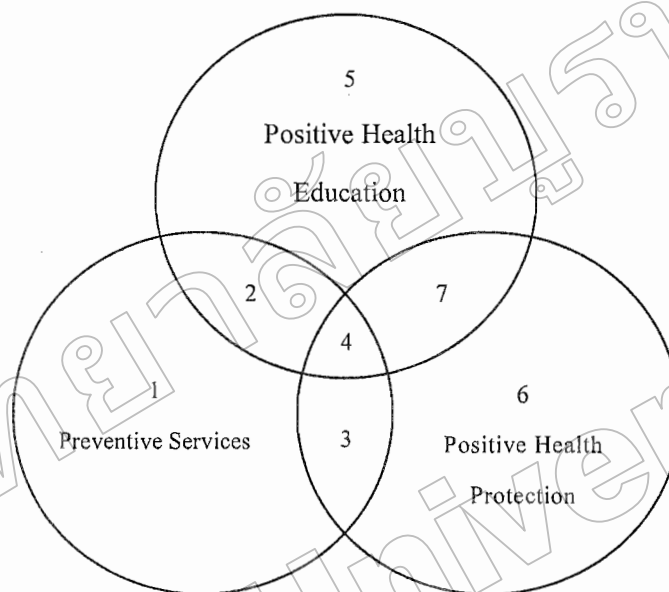
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ครอบคลุมถึงการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้มากขึ้นและเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ภาคสาธารณสุขจะต้องดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสุขภาพ การฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขาเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นสุขภาพแบบองค์รวม

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999 cited in Leger, 1999, pp. 51-57) ยังได้กำหนดองค์ประกอบในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือสถาบันการศึกษาส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. นโยบายสุขภาพ
2. สภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพ
3. สภาพแวดล้อมทางด้านสังคม
4. ความสัมพันธ์กับชุมชน
5. ทักษะด้านสุขภาพของบุคคล
6. บริการด้านสุขภาพ

Tannahill (1990, pp. 58-59) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (A Model of Health Promotion) เพื่อใช้อธิบาย วางแผนและปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ เรียกว่า “Tannahill Model” โดย Tannahill Model ประกอบด้วยวงกลมของกิจกรรม 3 ด้านที่มีส่วนทับซ้อนกัน ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ Tannahill Model (Tannahill, 1990, p. 58)

จากแผนภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งได้เป็น 7 กิจกรรมดังหมายเลข 1-7 ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

หมายเลข 1 การบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Preventive Services) ตัวอย่างเช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก การค้นหาผู้มีความดันโลหิตสูง การคัดกรองความผิดปกติและพิการแต่กำเนิด การดูแลเรื่องพัฒนาการ รวมถึงวิธีการใช้หมากฝรั่งชนิด Nicotine containing ให้ผู้สูบบุหรี่เคี้ยวเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

หมายเลข 2 การศึกษาด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค (Preventive Health Education) วิธีนี้รวมถึงความพยายามในการใช้การศึกษาเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีวิถีชีวิตในการป้องกันการเจ็บป่วย และความพยายามกระตุ้นการรับบริการการป้องกันโรค วิธีนี้ใช้กระบวนการศึกษาแบบ 2 ทาง ต้องมีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสมและจัดให้มีบริการการป้องกันโรคด้วย

หมายเลข 3 การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค (Preventive Health Protection) เป็นกิจกรรมที่ทับซ้อนระหว่างการคุ้มครองและการป้องกัน เช่น การคุ้มครองป้องกันพันธุกรรมโดยใส่ฟลูออไรด์ลงในน้ำดื่ม เป็นต้น

หมายเลข 4 การศึกษาด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและดูแลสุขภาพ (Health Education for Preventive Health Protection) การให้การศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการคุ้มครองป้องกันด้วย ซึ่งตัวอย่างที่แสดงให้เห็น เช่น การรณรงค์ให้เข็มขัดนิรภัยและการพยายามให้มีการออกกฎหมายบังคับ เป็นต้น

หมายเลข 5 การให้ศึกษาด้านสุขภาพ (Positive Health Education) จะมีการให้ศึกษาด้านสุขภาพใน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรก จะเป็นการให้ศึกษาด้านสุขภาพเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้เวลาว่างในการออกกำลังกายและรูปแบบที่สอง คือ การใช้ศึกษาด้านสุขภาพเพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคล/ กลุ่มคนหรือชุมชนทั้งหมด เพื่อพัฒนาและสร้างสุขภาพที่ดี

หมายเลข 6 การดูแลสุขภาพ (Positive Health Protection) เป็นการออกมาตรการนโยบายข้อบังคับ เพื่อคุ้มครองสุขภาพ ตัวอย่างเช่น นโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน หรือมาตรการทางสาธารณะที่จะส่งเสริมการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นต้น

หมายเลข 7 การศึกษาด้านสุขภาพเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพ (Health Education Aimed at Positive Health Protection) เป็นการให้ศึกษาด้านสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักของประชาชนและผู้กำหนดนโยบาย โดยให้มีการสนับสนุนมาตรการการคุ้มครองด้านสุขภาพ รวมถึงนโยบายเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างการเรียนรู้และร่วมกันคุ้มครองสุขภาพของสมาชิกในสังคม วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ (2541, หน้า 6-8) ได้เสนอเกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 รูปแบบได้แก่

1. รูปแบบของสังคม-วัฒนธรรม (The Social-Cultural Model) รูปแบบนี้มุ่งให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด วัตถุประสงค์ของรูปแบบคือการปรับปรุงโครงสร้างทางสังคม-ชุมชน ยุทธวิธีที่ใช้จะนำมาตรการทางการศึกษามาใช้ร่วมกับนโยบายทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

2. รูปแบบจิตวิทยาสังคม (The Psycho Social Model) มุ่งให้ความสำคัญกับคนและสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย วัตถุประสงค์ของรูปแบบนี้ คือ การปรับปรุงพฤติกรรมของคนที่เป็นปัจจัยภายในตัวคนและปัจจัยภายนอก ด้วยการใช้วิธีการพัฒนาคนและสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงศักยภาพของแต่ละคน

3. รูปแบบจริยธรรม-กฎหมาย (The Legal-Moral Model) มุ่งให้ความสำคัญกับการออกกฎหมายร่วมกับการใช้หลักศีลธรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลงโทษและควบคุมพฤติกรรมของคน วิธีที่ใช้คือ การใช้กฎหมายและหลักศีลธรรม

4. รูปแบบสาธารณสุข (The Public Health Model) รูปแบบนี้มุ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้มาตรการทางการศึกษาร่วมกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพมิใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นสิ่งที่มีการปฏิบัติมาแต่เดิม การที่จะทำให้สำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากหลายฝ่าย เพื่อให้มีการทำงานอย่างประสานกัน และควรจะมีการทำกิจกรรมให้ครอบคลุม เพื่อเป็นการเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาพ ให้แก่ คน สังคมและสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน เป็นบริการด้านหนึ่งของบริการสาธารณสุขมี 4 ประการดังนี้ (คณะทำงานระบบสร้างสุขภาพกับการกระจายอำนาจ, 2544, หน้า 3-4)

1. ประชาชนต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากรัฐ
 2. ประชาชนต้องได้รับการป้องกันการเจ็บป่วยพิการโดยไม่จำเป็น
 3. ประชาชนต้องได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี
 4. ประชาชนต้องมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันตัวเองได้
- ตลอดจนมีทักษะในการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

โดยสรุป แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องของกระบวนการที่รัฐจะต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น โดยมุ่งที่การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อให้คนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและสังคมได้ด้วยการรู้จักการปรับปรุงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ นับได้ว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน และการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยหาวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของประเทศชาติ

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีส่วนช่วยผลักดันให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) กำหนดความหมายของสุขภาพไว้ในมาตรา 3 ดังนี้ “สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และให้ความหมายเพิ่มเติมของคำว่าปัญญาไว้ว่า “ปัญญา หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น” โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุถึงสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพดังเช่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 ข) มาตรา 5 หมวด 1 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวาระหนึ่ง” มาตรา 6 หมวด 1 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติว่า “สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมสุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย” เป็นต้น นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังกำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) เพื่อเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีและได้นำเอายุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่เน้นการเชื่อมโยงพลัง 3 ประสาน ระหว่างการสร้างความรู้หรือการทำงานทางวิชาการ การเคลื่อนไหวของสังคม และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง โดยในมาตรา 24(3) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งได้จัดไปแล้ว 2 ครั้ง ใน พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2552 และสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 21-22; กระทรวงสาธารณสุข, 2550 ข)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ได้กำหนดเพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น

สรุปพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553 มุ่งเน้นความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งระบุสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ จัดตั้งสมัชชาสุขภาพและหน่วยงานด้านสุขภาพเพิ่มเติมด้วย

2. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552” ขึ้น เพื่อเป็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน (ตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ซึ่งได้มีการประกาศใช้แล้วเมื่อ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552 มีเป้าหมายกรอบเวลา เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพระยะยาวไปถึงปี พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย 12 หมวด ตามสาระสำคัญที่กฎหมายกำหนด ในมาตรา 47 ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 21-22)

หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ

หมวด 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

หมวด 6 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

หมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค

หมวด 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

สรุปธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จัดขึ้นเพื่อเป็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมีทิศทางถูกต้องชัดเจนและมีพลังสามารถปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้บรรลุเป้าหมายแห่งสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

3. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2554)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550, หน้า 7-10) กำหนดสาระสำคัญด้านสุขภาพดังนี้

ปรัชญาและแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ได้น้อมนำ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ” และยึดหลักการที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” โดยมีแนวคิดหลัก 2 ประการคือ

แนวคิดหลักประการแรก: จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียงที่มีหลักการสำคัญ 7 ประการคือ ยึดทางสายกลาง มีความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณ การมีเหตุผล มีระบบภูมิคุ้มกัน รู้เท่าทันโลก มีคุณธรรมและจริยธรรม โดยระบบสุขภาพพอเพียงมีภาพลักษณ์และคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังนี้

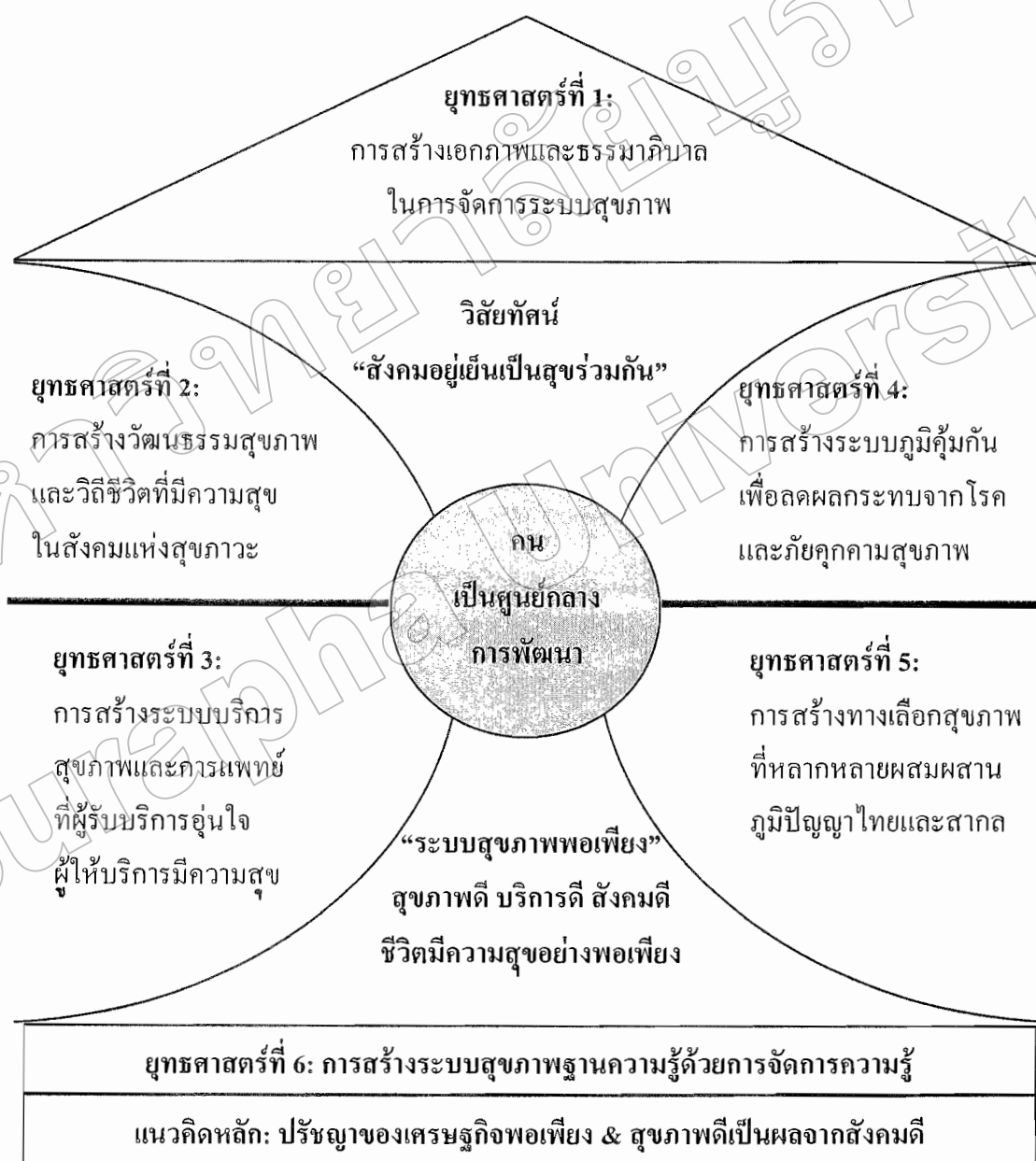
1. มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
2. มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ
3. มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
4. มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
5. มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
6. มีคุณธรรม จริยธรรม ซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

แนวคิดหลักประการที่สอง: สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดีหรือสังคมแห่งสุขภาพะ เป็นสังคมที่เป็นธรรม เอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน ไม่กดขี่หรือเอารัดเอาเปรียบกัน เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์เสมอกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ

วิสัยทัศน์ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทยที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้แนวปฏิบัติปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ไว้ว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง”

พันธกิจ ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เป็นการพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทยเพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งจะเป็นจริงได้ก็ด้วยภาคีร่วมพัฒนาทุกภาคส่วน โดยต้องมีพันธกิจสำคัญในการพัฒนา คือ

สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่
สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
ความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนา
ประเทศตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550
ก, หน้า 53) เป็นดังภาพ



ภาพที่ 4 กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 ก, หน้า 53)

4. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี พ.ศ. 2554-2558

กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี พ.ศ. 2554-2558

ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 44-45)

ปรัชญา คือ เชื้อมนัประชาชน รวมพลังสร้างสังคมสุขภาพ

วิสัยทัศน์ คือ ประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคมมีบทบาทและร่วมรับผิดชอบอย่างตั้งใจ เต็มใจด้วยจิตสำนึกและศรัทธาในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและสภาพแวดล้อม

พันธกิจ ได้แก่

1. สร้างค่านิยมร่วม วิถีคิด ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. สร้างความสมดุลระหว่างการบริการ (Service-Oriented) และการพัฒนาสุขภาพ (Development-Oriented) โดยผสมผสานมาตรการทางวิชาการ กับมาตรการทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม

3. พัฒนาศักยภาพประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพในทุกระดับ

5. สนับสนุนการคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้ประชาชนแสดง/ มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

2. พัฒนาศักยภาพแกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ อปท. องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และอื่น ๆ ให้สามารถนำแนวคิดและประสานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในพื้นที่

3. พัฒนาระบบและเครื่องมือการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ ได้แก่ การจัดการ งบประมาณ บุคลากร ข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร และอื่น ๆ

4. ส่งเสริมให้ชุมชนมีการเฝ้าระวังและสร้างมาตรการทางสังคม เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน

5. สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน

โดยสรุป นโยบายการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ต่างมุ่งเน้นกระบวนการที่จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี เพื่อความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม อันจะก่อให้เกิดสังคมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ

ความเป็นมาของมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ

“มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ” บางแห่งเรียกว่า “มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ” เริ่มมีการกล่าวถึงเมื่อองค์การอนามัยโลกจัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นใน พ.ศ. 2529 ที่กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา ก่อให้เกิดกฎบัตรออกตาวาขึ้น กฎบัตรออกตาวากล่าวถึง กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการอันได้แก่ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพจัดอยู่ในกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพข้อ 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยกลยุทธ์ข้อนี้ครอบคลุมถึงการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเพื่อสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 363-380) มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพยังได้ถูกบรรจุไว้ในการประชุมนานาชาติขององค์การอนามัยโลกหลายครั้ง ดังเช่น การประชุมครั้งที่ 2 หลังกฎบัตรออกตาวาเกิดขึ้น ระหว่างวันที่ 5-9 เมษายน พ.ศ. 2531 ณ กรุงเอเดิลด์ ประเทศออสเตรเลีย ได้กล่าวถึง “การศึกษา” เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การประชุมครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 9-15 มิถุนายน พ.ศ. 2534 ณ เมืองซันด์สวาลด์ ประเทศสวีเดน ได้กล่าวถึง “การศึกษา” จัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพประการหนึ่ง ความคิดริเริ่มในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจะต้องมาจากทุกภาคส่วนในสังคมไม่ว่าจะเป็นภาคการศึกษา วัฒนธรรม การเคหะและการพัฒนาชุมชนเมือง หรือภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม โดยขอบข่ายของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจะครอบคลุม 6 ด้าน คือ การศึกษา อาหารและโภชนาการ บ้านและชุมชนโดยรอบ การงานและอาชีพ การคมนาคม และการสนับสนุนดูแลทางสังคม การประชุมครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ก่อให้เกิด “คำประกาศจาการ์ตา: การสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21” การประชุมได้กล่าวถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควรเริ่มด้วยฐานของชุมชนหรือสถานที่ เช่น ตลาด โรงเรียน

(สถาบันการศึกษา) เขตเทศบาล ฯลฯ นอกจากนี้ต้องสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วม เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 364-368)

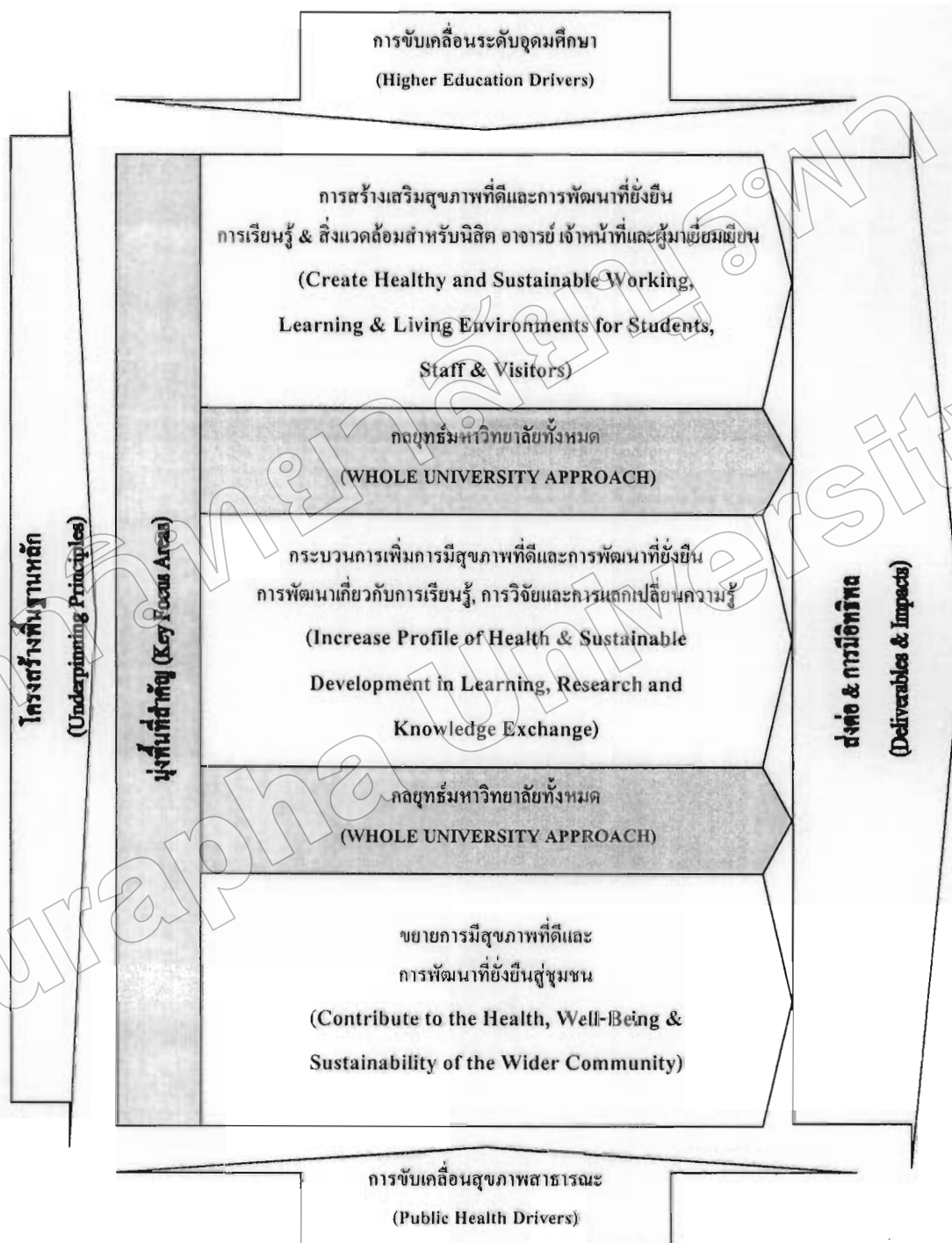
มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพในประเทศและต่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) กล่าวถึง มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Universities หรือ HPU) ว่า “เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1995 โดยมหาวิทยาลัย Lancaster (Lancaster University หรือ UCLAN) ประเทศอังกฤษ และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ 2 มหาวิทยาลัยแรกในยุโรป คือ มหาวิทยาลัย Lancaster และ มหาวิทยาลัย Central Lancashire มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์แรกเริ่มเพื่อบูรณาการระบบและโครงสร้าง ภายใต้การสนับสนุนของวัฒนธรรมมหาวิทยาลัย โดยมีพันธกิจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของนิสิต อาจารย์และกระจายการส่งเสริมสุขภาพไปสู่ชุมชน” หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (World Health Organization Regional Office for Europe, 1998, p. 3) ได้เผยแพร่เอกสารชื่อ “Health Promoting Universities” ซึ่งมีสาระสำคัญกล่าวคือ การส่งเสริมสุขภาพควรตั้งอยู่บนฐานการเพิ่มประสิทธิภาพของมหาวิทยาลัยในการปรับปรุงค่านิยมและสุขภาพให้แก่นิสิตและประชาชนดังนี้

1. ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของนิสิต อาจารย์ เจ้าหน้าที่ รวมทั้งชุมชน โดยผ่านทางนโยบายและการฝึกหัดปฏิบัติ
2. ด้านการเพิ่มการสอนการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ด้านการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพและขยาย

การส่งเสริมสุขภาพสู่ชุมชน

มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนาอย่างจริงจังในปี ค.ศ. 2006 ณ ประเทศอังกฤษ โดยริเริ่มพัฒนาความเป็นผู้นำและการบริหารจัดการที่ดีสำหรับมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพขึ้น มีการกำหนดวิสัยทัศน์ดังนี้ “มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพปรารถนาที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ และวัฒนธรรมองค์กรเพื่อเพิ่มการมีสุขภาพที่ดี ความผาสุกปลอดภัยและการพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชน ประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาเต็มศักยภาพ” นอกจากนี้ได้มีการนำเสนอรูปแบบ (Model) สำหรับมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยความร่วมมือของ RSPH (Royal Society for Public Health) มหาวิทยาลัย Central Lancashire และมหาวิทยาลัย Manchester Metropolitan ของประเทศอังกฤษ (Dooris, Cawood, Doherty & Powell, 2010, p. 6) ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 5 รูปแบบกลยุทธ์การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย (Dooris et al., 2010, p. 6)

จากภาพที่ 5 พบว่า การขับเคลื่อนระดับอุดมศึกษา (Higher Education Drivers) โครงสร้างพื้นฐานหลัก (Underpinning Principles) การขับเคลื่อนสุขภาพสาธารณะ (Public Health Drivers) เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดกลยุทธ์การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัย ส่งเสริมสุขภาพในประเทศอังกฤษ สำหรับมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ใช้ชื่อว่า “มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ” เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้กฎบัตรออกตาวา โดยในช่วง พ.ศ. 2530-2550 แม้การขับเคลื่อนของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health for All 2000) จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาท การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของคนในชนบทผ่านกลไก อสม. ผสส. รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ แต่สถานการณ์การพัฒนาสาธารณสุขในภาคเมือง โรงงานอุตสาหกรรม หน่วยงาน องค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ ประชาชน ชุมชน ยังมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพไม่มาก จนกระทั่งปลายทศวรรษกระแสแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรากฏในกฎบัตรออกตาวา จึงเริ่มส่งผลต่อทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในภาคเมืองด้วย โดยเกิดโครงการสำคัญ ๆ หลายโครงการ อาทิ โครงการเมื่อน้ำอยู่ โครงการโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาส่งเสริมสุขภาพ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโครงการสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 370)

ปัจจุบันมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในความควบคุมดูแลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ปัจจุบันสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะผ่านทางสถาบันอุดมศึกษาไปแล้ว จำนวน 53 มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย มหาวิทยาลัยรัฐ 8 มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเอกชน 12 มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล 9 มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏ 24 มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพยังได้รับการบรรจุไว้ในแผนหลักของสสส. ประจำปี พ.ศ. 2554-2556 ซึ่งประกอบไปด้วย 13 แผนหลัก ได้แก่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554, หน้า 43)

1. แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ
2. แผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. แผนสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติภัย
4. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
5. แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ
6. แผนสุขภาพะชุมชน
7. แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
8. แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร

9. แผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ
10. แผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม
11. แผนสนับสนุนโครงการเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม
12. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ
13. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพได้รับการบรรจุไว้ในแผนหลักที่ 11 แผนสนับสนุนโครงการเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม ในส่วนของการพัฒนานวัตกรรมหรือองค์ความรู้เพื่อสร้างรูปธรรมมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพต่อไปในอนาคต

มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพในภาคตะวันออก ได้แก่

1. มหาวิทยาลัยบูรพาเป็นสถาบันอุดมศึกษาของรัฐบาลในภูมิภาคตะวันออก

ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานมหาวิทยาลัยบูรพาตระหนักว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของนิสิต คณาจารย์และบุคลากร เป็นเรื่องสำคัญจึงได้ให้การสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง แต่จากการสำรวจสุขภาพที่ดีของประชาคมในมหาวิทยาลัยบูรพาพบว่า คณาจารย์และนิสิตส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร ความปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาคมในมหาวิทยาลัยโดยถ่วงน้ำหนัก มหาวิทยาลัยบูรพาจึงได้เข้าร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในโครงการเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนางานในด้านนโยบาย และโครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

ตัวอย่างโครงการต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ โครงการ “สร้างความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพ” โครงการ “ศิลปะการใช้ชีวิตของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา” โครงการ “ป้องกันอุบัติเหตุจราจร” โครงการ “ขยับกาย สบายชีวี” โครงการ “จิตสดใส พลังใจเข้มแข็ง” โครงการ “BUU กินดี มีสุข” เป็นต้น (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2555)

2. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ประกอบด้วย วิทยาเขตบางพระ จักรพงษ์วนารอด จันทบุรีและอุเทนถวาย

แนวคิดในการพัฒนาโครงการมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนัก การสร้าง

แนวคิดใหม่ ปรับกระบวนการทัศน์ใหม่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาคม (นิสิต/ นักศึกษา คณะผู้บริหาร อาจารย์ ข้าราชการ บุคลากร) ทุกระดับในมหาวิทยาลัยอย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง โดยในการพัฒนาโครงการของมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพนั้น พัฒนาส่วนต่าง ๆ ดังนี้ (นิโบล นิมังรัตน์, 2555)

2.1 ชื่อโครงการ ตัวอย่างเช่น โครงการเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล

2.2 หลักการและเหตุผล ตัวอย่างเช่น โครงการพัฒนาการเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ เป็นภารกิจที่สำคัญในการพัฒนาเยาวชนไทยให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาประเทศ แต่ปัจจุบันพบว่า ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยนั้นมีปัจจัยเสี่ยงมากมายที่ส่งผลต่อสุขภาพของนักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัย อาทิ ความเครียด โภชนาการ การพนัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด เพศสัมพันธ์ หอบหืด มลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางเสียง เป็นต้น ดังนั้นจึงตระหนักว่า การพัฒนาสุขภาพของนักศึกษาและบุคลากรให้ยั่งยืนนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถของมหาวิทยาลัยในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการสร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในการนี้จึงขอรับการสนับสนุนในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นจาก สสส. เพื่อให้คณาจารย์ ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง นักศึกษา ได้ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในอันที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

2.3 วิสัยทัศน์และเป้าหมาย เป็นมหาวิทยาลัยที่มีศักยภาพในการเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ โดยยึดหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง

2.4 วัตถุประสงค์

เพื่อให้มหาวิทยาลัยมีขีดความสามารถในการกำหนดนโยบาย แผน ตลอดจนการดำเนินงานเพื่อเป็นมหาวิทยาลัยที่มีสุขภาพที่ดีโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของนิสิต นักศึกษา อาจารย์ บุคลากร ในทุกขั้นตอน โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

2.4.1 พัฒนาขีดความสามารถในการกำหนดนโยบายและแผน เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ

2.4.2 พัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ

2.4.3 พัฒนารูปแบบโครงสร้างการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพจนสามารถเป็นศูนย์ในการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย

2.4.4 เพิ่มขีดความสามารถในการสังเคราะห์องค์ความรู้ในการบริหารจัดการที่ได้จากการดำเนินการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับมหาวิทยาลัยในเครือข่าย

2.4.5 เพิ่มขีดความสามารถในการติดตามประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ

2.4.6 จัดกระบวนการเสริมสร้างให้บุคลากรเกิดความตระหนักถึงความสำคัญและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2.4.7 สนับสนุนให้บุคลากรเกิดศักยภาพในการจัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพในปีต่อไปได้

2.5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงระบบและเชิงผลลัพธ์

ตัวชี้วัดเชิงระบบ ได้แก่ 1) เกิดนโยบาย แผน และการดำเนินการเพื่อเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ที่เกิดจากความร่วมมือของประชาคมในมหาวิทยาลัย 2) เกิดรูปแบบการดำเนินงาน/โครงการตามแผนที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ 3) เกิดรูปแบบการแก้ไขปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะเรื่องตามบริบทของแต่ละมหาวิทยาลัยและวิทยาเขต 4) มีคณะกรรมการ/หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับจากประชาคมในมหาวิทยาลัย 5) มีระบบการติดตามประเมินผลที่สามารถแสดงผลลัพธ์ ผลสำเร็จและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ 6) มีรายงานผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงาน 7) เมื่อสิ้นสุดโครงการ มหาวิทยาลัยสามารถจัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพในปีถัดไปได้

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ 1) นิสิต/ นักศึกษา อาจารย์ ข้าราชการ บุคลากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของมหาวิทยาลัยตระหนักถึงความสำคัญและวิธีการในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) นิสิต/ นักศึกษา อาจารย์ ข้าราชการ บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น 3) สิ่งแวดล้อมภายในและรอบ ๆ มหาวิทยาลัยในการสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น ทั้งด้านกายภาพและทางสังคม

2.6 ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.7 งบประมาณ และ

2.8 ระยะเวลาดำเนินงาน

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 126) ให้ความหมายของกิจกรรมไว้ว่า “กิจกรรม หมายถึง การที่ผู้เรียนปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเรียนรู้”

กรมวิชาการ (2533, หน้า 3) ระบุว่า “การจัดกิจกรรมจะให้ประโยชน์หลายประการ ดังนี้ ได้ค้นพบความสนใจและความถนัดที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ได้ค้นพบว่าตนเหมาะสมกับบทบาทใดในกลุ่ม และยอมรับในบทบาทนั้น ทำให้รักและผูกพันกับโรงเรียน รู้จักช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ฝึกนิสัยที่ดีของการอยู่ในสังคม เช่น การยอมรับผู้อื่น ความอดทน การถนอมน้ำใจกัน เป็นต้น”

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545, หน้า 3-28) ระบุถึงทิศทางใหม่ในการจัดกิจกรรมไว้ในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2559 ว่า “ทิศทางใหม่ในการพัฒนาขีดหลักการให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจในกิจกรรมสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับตนเองและชุมชนท้องถิ่น”

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2551, หน้า 89-90) ระบุถึงกิจกรรมในกรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2565 ว่า “จะส่งเสริมกิจกรรมนอกหลักสูตร เพื่อเพิ่มพื้นที่การเรียนรู้ของเยาวชนและนักศึกษาในรูปแบบของทักษะชีวิต ทักษะสังคม (Socialization) โดยปรับรูปแบบและเนื้อหาให้เหมาะสมกับสภาพสังคม รวมทั้งบูรณาการกิจกรรมนอกหลักสูตรและชีวิตจริงเข้ากับหลักสูตร เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะ และมีความท้าทายต่อนักศึกษาและต่ออาจารย์มากกว่าการสอนจากตำราอย่างเดียว และจัดให้มีระบบวัดผลงาน (KPI) ของอาจารย์ทางด้านการดูแลนักศึกษา ทั้งทางวิชาการ กิจกรรมนอกหลักสูตรและจริยธรรม เพิ่มเติมจากวิชาการ จัดให้มีการเรียนการสอนและกิจกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการทางด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ การนำ การแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม ความอดทน คุณธรรม ทั้งนี้การศึกษาในระบบ “ศิลปศาสตร์” จะเป็นกลไกสำคัญ”

Gochman (1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532, หน้า 44-45) กล่าวถึง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นการแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องนิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

Pender (1996, pp. 105-110) กล่าวถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า การให้การศึกษาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการสอนและการให้คำปรึกษา โดยการให้ข้อมูลสารสนเทศและแนะนำให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับกิจกรรมที่สำคัญในการจัดการศึกษาด้านสุขภาพมีดังนี้ 1) ให้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความพิการ และวิถีทางที่บุคคลสามารถปรับปรุงและปกป้องสุขภาพของตนเองได้ 2) ให้ข้อมูล

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและวิถีทางที่บุคคลสามารถลดระดับของภาวะเสี่ยงต่อโรคเฉพาะ บางอย่างลงได้ 3) จูงใจให้บุคคลต้องการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่อสุขภาพ มากยิ่งขึ้น 4) ช่วยบุคคลให้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงรักษา การปฏิบัติและมีวิถีชีวิต ที่ถูกต้องต่อสุขภาพ 5) แนะนำการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยสภาพการณ์ที่ถูกสุขลักษณะ และพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อสุขภาพ

Kaplan (1994, pp. 214-222) กล่าวถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่า ได้รับการออกแบบ มาเพื่อการป้องกันการตายก่อนวัยอันสมควร หรือเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น แต่ความพยายามในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมิใช่ได้ผลดีเท่าเทียมกันหมด ตัวอย่างเช่น การป้องกันการ สูบบุหรี่ย่อมมีประโยชน์มากมายแต่ในเรื่องอื่น ๆ เช่น การป้องกันโรคหัวใจประโยชน์ที่ได้ ก็เป็นเรื่องที่ยังถกเถียงกันอยู่ และการออกคำสั่งกฎหมายสำหรับผู้ทำงานในสถานประกอบการ ก็ยังได้ประโยชน์ไม่ชัดเจน

สรุปว่า กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกรอย่างใดอย่างหนึ่ง ในการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพ เพื่อการเรียนรู้และฝึกนิสัยที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น หลักสูตรกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

Tyler (1949) เสนอแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรของ Tyler คือ หลักการและเหตุผลในการสร้างหลักสูตรที่ว่า ในการจัดหลักสูตรนั้นควรตอบคำถามพื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) มีความมุ่งหมายทางการศึกษา อะไรบ้างที่ควรแสวงหา 2) มีประสบการณ์ทางการศึกษาอะไรบ้างที่ควรจัดขึ้นเพื่อช่วยให้บรรลุ จุดประสงค์ที่กำหนดไว้ 3) จัดประสบการณ์ทางการศึกษาอย่างไร จึงทำให้มีประสิทธิภาพ 4) ประเมินผลประสิทธิภาพของประสบการณ์ในการเรียนรู้อย่างไร จึงตัดสินใจได้ว่าบรรลุถึง จุดประสงค์ที่กำหนดไว้

Taba (1962) เสนอแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรต่าง ๆ รวมทั้งหลักสูตรกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพว่า องค์ประกอบของหลักสูตรมี 4 ประการด้วยกันคือ 1) วัตถุประสงค์ (ซึ่งอาจจะ เป็นวัตถุประสงค์ทั่วไปของหลักสูตร) 2) เนื้อหาวิชาและจำนวนคาบการเรียนรู้ 3) กระบวนการ เรียนการสอนและกิจกรรม 4) การประเมินผลตามวัตถุประสงค์

สรุปจากแนวคิดเกี่ยวกับหลักสูตรของ Tyler และ Taba ดังกล่าวข้างต้น จึงนำมา ประยุกต์ใช้ ได้องค์ประกอบหลักสูตรกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนิสิตมหาวิทยาลัยใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) ชื่อหลักสูตร 2) จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 3) ความรู้ในการ เรียนรู้ เนื้อหาสาระ 4) การประเมินก่อนเรียนรู้ 5) กิจกรรมการเรียนรู้ 6) การประเมินหลังเรียนรู้

ประเภทของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ประเภทของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีหลายแนวคิดดังรายละเอียดต่อไปนี้

Pender (1996, p. 134) ได้ปรับปรุงการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยนำรูปแบบการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอลเคอร์และคณะ (Walker et al., 1987, pp. 76-81) มาปรับปรุงใหม่ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งให้ชื่อว่า “แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพ II (Health Promoting Lifestyle Profile II: HPLP-II)” ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดสีและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ
5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมาย หรือการวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิต
6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

Lipsan and Steiger (1996, p. 18) เสนอกิจกรรมหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจค้นหาโรค และการบริหารจัดการโรค

ประเวศ วะสี (2541) กล่าวถึง ประเภทพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และป้องกันโรคได้หลายอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และภูมิแพ้ เป็นต้น
2. กินอาหารที่ถูกต้อง คือ กินพอประมาณได้สัดส่วน ครบถ้วน กินผักผลไม้ มาก ๆ ช่วยป้องกันโรคอ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคสมองเสื่อม
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป ลำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและอันตราย
4. สร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ เช่น ความกดดันหรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม เช่น รมเย็น สะอาดปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัยและความเอื้ออาทรต่อกัน
6. มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยให้บุคคลลดความเห็นแก่ตัว เข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติ ทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณอันทำให้สุขภาพดียิ่ง
7. มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีอิสรภาพ ทำให้มีความสุข และมีแรงจูงใจอยากเรียนรู้

กุหลาบ รัตนสังฆธรรม และวิไล สถิตย์เสถียร (2542, หน้า 62) แบ่งประเภทพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 4 ด้านคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการรับประทานอาหาร พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการนอนหลับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการพักผ่อน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542, หน้า 6-9) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน มีหลายมิติเกี่ยวข้องกับทั้งทางตรงและทางอ้อม ขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะเอกัตบุคคลเท่านั้น หากแต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวเนื่องกับหลายสิ่งหลายอย่างที่อยู่ในวิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) เพียงแต่ว่าแต่ละศาสตร์สาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจะยึดถือหลักการที่จะเข้าใจ ยอมรับ และให้ความสำคัญแตกต่างกันไป องค์ประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพ มีแนวทางในการพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพในหลักการต่าง ๆ ในระดับมหภาคได้ดังนี้

1. รูปแบบสังคม-วัฒนธรรม (The Socia-Cultural Model) ตามแนวคิดของรูปแบบนี้เชื่อว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในสังคมมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ให้ความสำคัญว่าระบบต่าง ๆ ในสังคมมีหน้าที่ปลูกฝัง ถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมมาตรฐาน

องค์ประกอบในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือสถาบันการศึกษาส่งเสริมสุขภาพ

ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายสุขภาพ 2) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3) สภาพแวดล้อมทางสังคม 4) ความสัมพันธ์กับชุมชน 5) ทักษะด้านสุขภาพของบุคคล 6) บริการด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (World Health Organization Regional Office for Europe, 1998, p. 3) เสนอแนวคิดมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพหรือ Health Promoting Universities ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้ 1) ค่านิยม (To Adding Value) 2) นโยบาย (Policies) 3) ความสัมพันธ์กับชุมชน-กิจกรรมชุมชน (Outreach into The Community) 4) การฝึกหัดปฏิบัติ (Practices) 5) การสอนการอบรม (To Teaching) 6) เพิ่มการวิจัย (Research) 7) การสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ (By Developing Health Promotion Alliances)

องค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 363-365) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหลักกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในการประชุมระหว่างประเทศ 7 ครั้งจนถึงปัจจุบัน โดยครั้งแรกจัดที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ก่อให้เกิด “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)” ซึ่งการประชุมนานาชาติที่ผ่านมาทั้ง 7 ครั้งดังกล่าว มีจุดเน้นหลักเกี่ยวกับกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก อันประกอบด้วย 1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) 5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานวิจัยของ กอบบุญ พึ่งประดิษฐ์ (2550) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสนับสนุน อายุ รายได้ ลักษณะมุงอนาคต ส่วนงานวิจัยของ อรพรรณ พรหมเชยธีระ (2549) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ การได้รับแรงสนับสนุน นโยบาย ส่งเสริมสุขภาพ เจตคติ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และงานวิจัยของ พัชรพรรณ ตรีศักดิ์ศรี (2548) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ ความรู้ เจตคติ งานวิจัยของ ณัฐจิรา จำราช (2547) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่านิยม การรับรู้ การได้รับคำแนะนำสนับสนุน การรับรู้ นโยบาย การส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ ระดับชั้นปี เพศ คณะวิชา สอดคล้องงานวิจัยของ ทิพวัน คำบรรลือ (2546) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่านิยม การรับรู้ การได้รับคำแนะนำสนับสนุน เจตคติ การได้รับข้อมูลข่าวสาร งานวิจัยของ ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่านิยม สภาพแวดล้อม ภูมิปัญญา เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่านิยม การรับรู้ การได้รับคำแนะนำสนับสนุน การมีแหล่งบริการสุขภาพ รายได้ สาขาวิชา การได้รับข้อมูลข่าวสาร พื้นที่ที่พักอาศัย การศึกษาของบิดามารดา อาชีพของบิดา

มารดา แบบแผนการใช้บริการสุขภาพ ดัชนีความหนาของร่างกาย (รายละเอียดเพิ่มเติมในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (งานวิจัยในประเทศ))

จากที่กล่าวมา สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพ
2. นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ
3. การรับรู้ด้านสุขภาพ
4. ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

โดยมีเกณฑ์ในการเลือกจากการซ้ำกันของปัจจัยตั้งแต่ร้อยละ 50 ให้คงปัจจัยนั้นไว้ แต่ถ้าปัจจัยใดมีลักษณะซ้ำกันน้อยกว่าร้อยละ 50 ให้ตัดปัจจัยนั้นออก จึงเหลือ 4 ด้านดังกล่าว รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนิสิตมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก

ด้าน/ แหล่งข้อมูล	การดำเนินงานโรงเรียน/ สถาบันการศึกษาส่งเสริมสุขภาพของ WHO (1999 cited in Leger, 1999)	แนวคิดมหาวิทยาลัยที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Universities) (WHO Regional Office for Europe, 1998, p. 3)	แนวคิดหลักของ WHO การส่งเสริมสุขภาพของ WHO ในทศวรรษระหว่างประเทศ 7 ครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554)	กองบัญชาการ (2550)	อุปกรณ์ (2549)	พิธีกรรม (2548)	นิสิต (2547)	ทิวทัศน์ (2546)	ประวัติ (2543)	อุปกรณ์ (2540)	สรุป (ความถี่ที่ได้) N รวม = 10
ด้านที่เกี่ยวกับโรงเรียนสุขภาพ		✓					✓	✓	✓	✓	ร้อยละ 50.00 (5)
การวิจัยด้านสุขภาพ						✓	✓	✓		✓	ร้อยละ 50.00 (5)
การได้รับรู้และสนับสนุน		✓		✓			✓	✓		✓	ร้อยละ 50.00 (5)
นโยบายและโรงเรียนสุขภาพ	✓		✓				✓				ร้อยละ 50.00 (5)
สภาพแวดล้อม	✓		✓						✓		ร้อยละ 30.00 (3)
ความยั่งยืนกับชุมชน- กิจกรรมชุมชน	✓	✓	✓								ร้อยละ 30.00 (3)
ทักษะด้านสุขภาพของบุคคล	✓		✓								ร้อยละ 20.00 (2)
บริการสุขภาพและการระดม	✓		✓							✓	ร้อยละ 30.00 (3)
อื่นๆ				✓							ร้อยละ 10.00 (1)
ราชภัฏ				✓						✓	ร้อยละ 20.00 (2)
ลักษณะภูมิประเทศ				✓							ร้อยละ 10.00 (1)
ความรู้							✓				ร้อยละ 20.00 (2)
เทคโนโลยีและทัศนคติ						✓					ร้อยละ 30.00 (3)
ระดับพื้นที่							✓	✓			ร้อยละ 10.00 (1)
เพศ											ร้อยละ 10.00 (1)
คณะสาขาวิชา							✓	✓		✓	ร้อยละ 20.00 (2)
การได้รับรู้และยอมรับ								✓	✓	✓	ร้อยละ 30.00 (3)
อุปกรณ์ที่ก่อให้เกิด											ร้อยละ 20.00 (2)
การศึกษาระดับมหาวิทยาลัย											ร้อยละ 10.00 (1)
อาชีพและวิชาชีพ											ร้อยละ 10.00 (1)
แบบแผนการใช้บริการสุขภาพ											ร้อยละ 10.00 (1)
ความหมายของสุขภาพ		✓								✓	ร้อยละ 10.00 (1)
การให้คำปรึกษา		✓								✓	ร้อยละ 10.00 (1)
การดูแลสุขภาพ		✓								✓	ร้อยละ 10.00 (1)
การวิจัย		✓								✓	ร้อยละ 10.00 (1)
การค้นพบและนวัตกรรมสุขภาพ		✓								✓	ร้อยละ 10.00 (1)

จากตารางสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ซ้ำกันมากที่สุด คือ 1) การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพ 2) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ และ 4) ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter (2005, pp. 7-17) ที่ได้เสนอแนวคิด THE PRECEDE-PROCEED MODEL กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เช่น ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Values) การรับรู้ด้านสุขภาพ (Perceptions) 2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เช่น การได้รับคำแนะนำสนับสนุน (Encouragement) จากพ่อแม่ (Parents) บุคคลอื่น ๆ (Other Personnel) 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เช่น นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (Rules or Laws)

ความหมายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของการได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพ

Webster (1978, p. 952) ให้ความหมายว่า การแนะนำ หมายถึง การให้ความรู้ การสอน การให้ข้อมูล

House (1981 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2536, หน้า 177) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินผลตนเองในสังคม

Pender (1987, p. 396) ได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 2 ระบบ คือ

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุด และเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีการจูงใจสามารถโน้มน้าวใจให้ผู้ใกล้ชิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้สำเร็จ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายว่า แนะนำ หมายถึง ชี้แจงให้ทำหรือปฏิบัติ สนับสนุน หมายถึง ส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะ

พรรณภา จิตรดำรงขันติ (2540, หน้า 32) ให้ความหมายว่า การให้คำแนะนำ เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ข้อมูลแก่ผู้รับคำแนะนำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ พัฒนาในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ให้เจริญงอกงามสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้

ทิวาวัน คำบันถือ (2546, หน้า 10) ได้กล่าวถึง การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ด้านสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บิดามารดา เพื่อน อาจารย์ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปีภายใน ระยะเวลา 3 เดือน เป็นต้น

ณัฐธิดา จาราช (2547, หน้า 6) ให้ความหมายการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ด้านสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือ การรับคำแนะนำสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ จากพ่อแม่ ผู้ปกครองญาติพี่น้อง เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่พยาบาล ในด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพ หมายถึง การได้รับความรู้ การได้รับข้อมูล การชี้แจง การสั่งสอน รวมทั้งการช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากบุคคล ต่าง ๆ อันมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

ความหมายของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายว่า นโยบาย หมายถึง หลัก และวิธีปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ

คนัย เทียนพุด (2532, หน้า 167) กล่าวว่า นโยบาย หมายถึง การตัดสินใจต่าง ๆ ของกลุ่ม คนเกี่ยวกับการกระทำที่น่าจะเป็นไปได้บางอย่าง ในการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายที่ยอมรับแล้ว

จรัส สุวรรณเวลา (2533, หน้า 10) กล่าวว่า นโยบาย หมายถึง ทางเลือกหรือวิธีการ ดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์หนึ่ง ๆ ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อถือปฏิบัติ

ณัฐธิดา จาราช (2547, หน้า 6) ได้ให้ความหมายของการรับรู้นโยบายการส่งเสริม สุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับนโยบายหรือโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของทางมหาวิทยาลัยที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

พัชรพรรณ ตรีศักดิ์ศรี (2548) ได้กล่าวถึง การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่สถานศึกษาให้ความสำคัญโดยประกาศ เป็นระเบียบ ข้อควรปฏิบัติที่เอื้ออำนวยต่อการกระทำและการปฏิบัติของนักศึกษาในการส่งเสริม สุขภาพ

สรุปได้ว่า นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ทิศทางการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของการรับรู้ด้านสุขภาพ

Bertley (1972, pp. 22-23) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง ความจริงของสิ่งทั้งหลายในโลกที่บุคคลได้รับ และประมวลเป็นประสบการณ์ของตน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้น ๆ อีกทั้งยังส่งผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ อีกด้วย พฤติกรรมของบุคคลมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายนอกที่มากระทบตัวบุคคลเท่านั้น แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญอีกด้วย

Garrison and Magoon (1972, p. 637) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความหมายหรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกาย (ประสาทสัมผัสต่าง ๆ) กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้ทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร การที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายว่า รับรู้ หมายถึง ยืนยันว่ารู้ รับว่ารู้

ทิววัน คำบรรลือ (2546, หน้า 9) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือการแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของนักศึกษาที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการประเมินจากสุขภาพทั่วไปในภาพรวม

ณัฐญา ขำราช (2547, หน้า 6) ได้ให้ความหมายการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือการแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของนักศึกษาที่มีผลต่อภาวะทางสุขภาพของตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุ

สรุปได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

Miller (1965, p. 100) ให้ความหมายว่า ค่านิยม เป็นทัศนคติและความเชื่อที่ฝังลึกในชีวิตของบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลทุก ๆ ด้าน จากพฤติกรรมง่าย ๆ และธรรมดาที่สุด เช่น การแต่งกาย จนถึงพฤติกรรมที่ยากและซับซ้อน เช่น การแสดงความคิดเห็น การเลือกคู่ครอง เป็นต้น

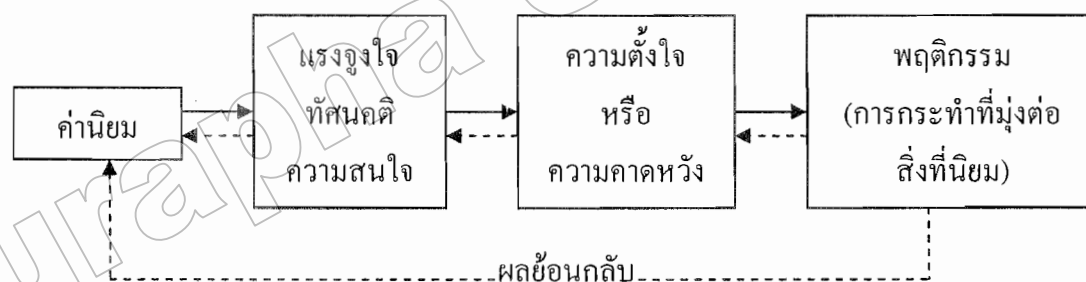
Rokeach (1970, p. 5) ให้ความหมายว่า ค่านิยม หมายถึง ความเชื่อ (Belief) อย่างหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะถาวร เป็นแนวปฏิบัติหรือเป้าหมายของชีวิตในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ตนเองหรือสังคมเห็นดีเห็นชอบในการยึดถือปฏิบัติตาม มากกว่าแนวทางหรือเป้าหมายอย่างอื่น

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายว่า ค่านิยม หมายถึง สิ่งที่คุณค่าหรือสังคมยึดถือเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจ และกำหนดการกระทำของตนเอง

ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) ได้ให้ความหมายค่านิยมทางสุขภาพ หมายถึง การให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญต่อสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของนักศึกษา โดยพิจารณาแล้วว่า สิ่งนั้นมีค่า มีความสำคัญต่อสุขภาพ และต้องการยึดเป็นหลักปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ทิวาวัน คำบรรลือ (2546, หน้า 9) ได้กล่าวถึง ค่านิยมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้ความสำคัญ การให้คุณค่า การเลือกและยึดถือในการปฏิบัติของนักศึกษาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

Rokeach (1973) และประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2543) ได้สรุปอิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ในทำนองเดียวกัน ดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 6 อิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2543)

สรุปได้ว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ทัศนคติ สิ่งที่คุณค่าหรือกลุ่มคนในสังคมยึดถือเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจ และกำหนดการกระทำของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

พัฒนาการของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่น แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. พัฒนาการทางร่างกาย (Physical Development)

ร่างกายจะเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว แขนขาจะยาวขึ้นก่อนจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอื่น ประมาณ 2 ปี เพศหญิงจะมีไขมันมากกว่าเพศชาย เพศชายจะมีกล้ามเนื้อมากกว่า ทำให้เพศชายแข็งแรงกว่า (ศิริพร ชวนชาติ, 2551, หน้า 12) การเจริญเติบโตทางร่างกายมีทั้งส่วนที่เป็นภายนอกและภายใน เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่าง หน้าตา การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนการมีประจำเดือนในเด็กผู้หญิง การทำงานของต่อมบางชนิด เป็นต้น การเจริญเติบโตเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการทางกาย มีช่วงหนึ่งซึ่งเป็นระยะเวลาของการพัก เมื่อผ่านพ้นช่วงนี้ไปแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายรวดเร็ว ความสูงของเด็กตอนต้นปีและปลายปีมีความแตกต่างกันอย่างมาก การสะสมไขมันในร่างกายมีมากกว่าวัยเด็ก โดยเฉพาะเด็กหญิง ระบบการย่อยอาหารและการใช้ประโยชน์จากอาหารทำงานเร็วและมากกว่าเดิม เพราะร่างกายกำลังเจริญเติบโต เด็กจึงหิว กินเก่ง ง่วงนอนบ่อย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทำให้เด็กรู้สึกอ่อนไหวง่ายเกี่ยวกับสัดส่วน สุขภาพโดยทั่วไปของเด็กวัยนี้ดีกว่าวัยที่ผ่านมา และมีการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างสมบูรณ์ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540, หน้า 331-358; สุชา จันทน์เอม, 2540, หน้า 138-155) สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางเพศ วัยรุ่นชายจะนมขึ้นพาน (ห้วนมโตขึ้นเล็กน้อย กดเจ็บ) เสียงแตก หนวดเคราขึ้น และเริ่มมีฝันเปียก (Nocturnal ejaculation) คือ การหลั่งน้ำอสุจิในขณะหลับ และฝันเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ ส่วนวัยรุ่นหญิงเต้านมมีขนาดโตขึ้น มีไขมันเพิ่มขึ้นทำให้รูปร่าง มีทรวดทรง สะโพกผายออก และเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (Menarche) ทั้งสองเพศจะมีขนขึ้นบริเวณอวัยวะเพศ มีกลิ่นตัว มีสิวขึ้น (พนม เกตุมาน, 2550; ศิริพร ชวนชาติ, 2551, หน้า 12)

2. พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological Development)

วัยรุ่นจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self Awareness) โดยวัยนี้จะเริ่มมีความสามารถในการรับรู้ตนเองด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 เอกลักษณ์ (Identity)

Erickson (1968) กล่าวว่า “การค้นหาค้นหาตนเอง” เป็นพัฒนาการที่สำคัญในช่วงวัยรุ่น ซึ่งต้องพัฒนาให้ “พบตนเอง” จึงจะผ่านพ้นภาวะวิกฤติในวัยรุ่นไปได้ และเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมั่นคง และยังกล่าวว่า วัยรุ่นมีความเป็นตัวของตัวเอง มีเอกลักษณ์ที่มั่นคง (Identity) เพราะ เป็นการนำไปสู่การสร้างความรักใคร่ผูกพันกับผู้อื่น (Intimacy) ได้ วัยรุ่นที่ไม่อยากค้นหาค้นหาตนเองหรือหาตนเองไม่พบ คือ วัยรุ่นที่สับสนในตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาของครอบครัว สถาบันการศึกษา สังคม ในรายที่ร้ายแรงอาจเป็นอาชญากร อัมพาต ใช้สารเสพติด

2.2 ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self Image)

ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self Image) คือ การมองภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ หน้าตา รูปร่าง ความสวยความหล่อ ความพิการ ข้อดีข้อด้อยทางร่างกายของตนเอง วัยรุ่นจะสนใจหรือให้เวลาเกี่ยวกับรูปร่างผิวพรรณมากกว่าวัยอื่น ๆ ถ้าตัวมีข้อด้อยกว่าคนอื่นก็จะเกิดความอับอาย (พนม เกตุมาน, 2550)

2.3 การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (Acceptance)

วัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนอย่างมาก การได้รับการยอมรับจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เห็นคุณค่าของตนเอง มั่นใจตนเอง วัยรุ่นจึงมักอยากเด่น อยากดัง อยากให้คนอื่นรู้จักมาก ๆ (ศิริพร ชวนชาติ, 2551, หน้า 13)

2.4 ความภาคภูมิใจตนเอง (Self Esteem)

เกิดจากการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของเพื่อน และคนอื่น ๆ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นคนดี และมีประโยชน์แก่ผู้อื่น ทำอะไรได้สำเร็จ วัยรุ่นที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มักประสบปัญหาโรคซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตาย (Bongar, 2002; Harter & Marold, 1991; Patton, 1991)

2.5 ความเป็นตัวของตัวเอง (Independent)

วัยรุ่นจะรักอิสระ เสรีภาพ ไม่ค่อยชอบอยู่ในกฎเกณฑ์กติกาใด ๆ ชอบคิดเอง ทำเอง พึ่งตนเอง เชื่อความคิดตนเอง มีปฏิกิริยาตอบโต้ผู้ใหญ่ที่บีบบังคับสูง ความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง ซึ่งจะมีสูงสุดในวัยนี้ ทำให้อาจเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายถ้าวัยรุ่นขาดการยั้งคิดที่ดี การได้ทำอะไรด้วยตนเองและทำได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเอง (Self Confidence)

2.6 การควบคุมตนเอง (Self Control)

วัยรุ่นจะเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด การรู้จักยั้งคิด การคิดให้เป็นระบบ เพื่อให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (ศิริพร ชวนชาติ, 2551, หน้า 13)

2.7 อารมณ์ (Mood)

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ความเปลี่ยนแปลง และการเจริญเติบโตทางร่างกาย ทั้งภายในและภายนอกกระทบต่อแบบแผนอารมณ์ของวัยรุ่น เด็กมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว ไม่มั่นคง ระดับของอารมณ์นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพดั้งเดิมของวัยรุ่น ตัวเร้าอารมณ์ เด็กบางคนเริ่มแสดงบุคลิก อารมณ์ประจำตัวออกมาให้ผู้อื่นทราบบ้างแล้ว เช่น อารมณ์ร้อน อารมณ์ขี้วิตกกังวล ขี้อิจฉา เจ้าอารมณ์ เป็นต้น อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กมีทุกประเภท เช่น รัก ชอบ โกรธเกลียด อิจฉา ริษยา สับสน หงุดหงิด ฯลฯ ไม่ว่าอารมณ์ประเภทใด มักมีความรุนแรง อ่อนไหวง่าย เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมอารมณ์ยังไม่ได้ดี บางครั้งพลุ่งพล่าน บางครั้งเก็บกด บางครั้งมั่นใจสูง

บุคคลต่างวัยต้องใช้ความอดทนมากเพื่อเข้าใจ และสร้างสัมพันธภาพกับพวกเขา เด็กวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อย่างรวดเร็วและรุนแรง จนเรียกว่าวัย “พายุบูแคม” (Storm and Stress) คือ มีความรุนแรง อ่อนไหวง่าย เปลี่ยนแปลงง่าย มีการควบคุมอารมณ์ไม่ดีพอ มีลักษณะเปิดเผยตรงไปตรงมา อย่างไรก็ตามวัยรุ่นที่มีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาด้วยดี ปรับตัวได้ ก็ไม่จำเป็นต้องมีสภาพของอารมณ์ที่สับสนหรือมีลักษณะ เป็นพายุบูแคมหรือถ้ามีก็เป็นช่วงสั้น และไม่รุนแรง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540, หน้า 331-358; สุชา จันทน์เอม, 2540, หน้า 138-155) วัยรุ่นอยู่ในขั้นพอใจในการรักเพศตรงข้าม (Genital Stage) ความพึงพอใจ และความสุขต่าง ๆ เป็นแรงขับมาจากวุฒิภาวะทางเพศ เริ่มสนใจเพศตรงข้าม มีแรงจูงใจที่จะรักผู้อื่น ต้องการอิสระจากพ่อแม่มากขึ้น เพศชายจะเลียนแบบพ่อ เพศหญิง จะเลียนแบบแม่ (ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, 2541)

2.8 จริยธรรม (Moral Development)

ศีลธรรมจรรยาซึ่งพัฒนามาจากในวัยเด็ก โดยเด็กวัยรุ่นจะเป็นเด็กดี เพื่อได้รับการยอมรับจากบิดามารดา ครู กลุ่มเพื่อน และสังคม จะพัฒนาศีลธรรมเข้าสู่ผู้ใหญ่ต่อไป (Kohlberg, 1969; 1980 cited in Lefrancois, 1996)

3. พัฒนาการทางสังคม (Social Development)

วัยนี้จะเริ่มห่างจากทางบ้าน ไม่ค่อยสนิทสนมคลุกคลีกับพ่อแม่พี่น้องเหมือนเดิม แต่จะสนใจเพื่อนมากกว่า จะใช้เวลากับเพื่อนนาน ๆ มีกิจกรรมนอกบ้านมาก ไม่อยากไปไหนกับทางบ้าน เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม สนใจสังคมสิ่งแวดล้อม ปรับตัวเองให้เข้ากับกฎเกณฑ์กติกาของกลุ่มของสังคมได้ดีขึ้น มีความสามารถในทักษะสังคม การสื่อสารเจรจา การแก้ปัญหาการประนีประนอม การยืดหยุ่นโอนอ่อนผ่อนตามกัน และการทำงานร่วมกับผู้อื่น (พนม เกตุมาน, 2550; ศิริพร ชวนชาติ, 2551, หน้า 14) วัยนี้มีการรวมกลุ่มโดยเป็นไปตามธรรมชาติ เด็กเลือกเข้ากลุ่มโดยไม่มีใครตั้งกฎเกณฑ์ว่าต้องทำ การคบเพื่อนร่วมวัย เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่สำคัญยิ่งต่อจิตใจเด็กวัยรุ่น แต่การคบเพื่อนก็มีทั้งคุณและโทษ เด็กวัยรุ่นต้องการความมีอิสระ และการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการให้เป็นที่ยอมรับนับถือของเพื่อน และบุคคลอื่นในสังคม โดยการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การแต่งกายที่พิถีพิถัน มีกิริยาอาการหรือการใช้ภาษาแปลก ๆ มขุสร สว่างบำรุง (2545, หน้า 154) กล่าวถึง ปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นว่าเป็นเรื่องของการปรับตัวทางสังคม เพื่อนต่างเพศ บุคคลภายนอก ครอบครัว สิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาตลอดจนสังคม ทั้งนี้เพราะการออกไปเผชิญโลกภายนอกที่เปิดกว้างและยังเป็น ส่วนหนึ่งของบทบาทหน้าที่ในสังคมทำให้วัยรุ่นต้องพบปะกับบุคคลหลายประเภทที่แตกต่างกันในทุกด้านนับตั้งแต่บุคลิกทางกายภาพ ความคิด เจตคติ ความสนใจที่ไม่เหมือนกัน ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้

4. พัฒนาการทางสติปัญญา (Intellectual Development)

พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ศักยภาพในการคิดของวัยรุ่นเริ่มพัฒนาไปสู่ความมีเหตุมีผลที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ทางสังคม และการตัดสินใจทางด้านศีลธรรม ส่วนสำคัญของการคิดจะสามารถคิดเกี่ยวกับเรื่องราวของตน และบุคคลอื่นได้ พร้อมทั้งจินตนาการเรื่องราวที่บุคคลอื่นกำลังคิดเกี่ยวกับพวกเขาว่ามีเจตคติไปในแง่ใด จัดได้ว่าระดับพัฒนาการของวัยรุ่นนี้มีความสามารถในการคิดได้อย่างสมบูรณ์แบบ มีอุดมคติ สามารถวิเคราะห์วิจารณ์สังคม การเมือง ปัญหาเศรษฐกิจ หรือมีส่วนร่วมกับสังคมในรูปแบบของการร่วมมือต่อต้าน วัฒนธรรม ส่งเสริมอย่างใดอย่างหนึ่ง วัยรุ่นจะพัฒนาความคิดถึงขั้นสูงสุด คือ ขั้นใช้ความคิดเชิงนามธรรม (Formal Operational Thought Stage) Piaget (1969) ได้กล่าวถึงขั้นนี้ไว้ว่า เป็นขั้นพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นตอนต้นถึงช่วงวัยรุ่น สามารถคิดอย่างหมกมุ่น สามารถคิดสิ่งที่เป็นนามธรรม และข้อสรุปเกี่ยวกับสมมติฐานของเหตุการณ์ รวมทั้งคาดการณ์สิ่งที่จะเป็นไปได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540, หน้า 331-358; สุชา จันทน์อม, 2540, หน้า 138-155; ปริญา ทองสอน, นลอง ทับศรี และวิจิต สุรัตน์เรืองชัย, 2549, หน้า 8; สุกัญญา โลจนากิวัฒน์, 2548, หน้า 50; Kail & Cavanaugh, 2007, p. 16) ทั้งยังหมายถึง ความสามารถเรียนรู้ เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ลึกซึ้งขึ้นแบบ Abstract Thinking มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และสังเคราะห์สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามวัยรุ่นยังอาจขาดความยั้งคิด มีความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ นอกจากนี้ Piaget ยังได้เสนอหลักของพัฒนาการซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ของวัยรุ่นไว้ 3 หัวข้อคือ

ข้อแรก พัฒนาการเป็นไปตามระดับวุฒิภาวะ (Maturation) เป็นกระบวนการที่แน่นอน นั่นคือ พัฒนาการวัยหนึ่งอาจทำนายได้จากลักษณะของวัยตอนต้น

ข้อที่สอง พัฒนาการเป็นไปตามการสะสมการเรียนรู้ (Learning) ที่ได้จากประสบการณ์กับสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยนำเข้า ส่วนพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่แสดงออก การกระตุ้นการเรียนรู้เกิดจากปัจจัยภายนอก

ข้อที่สาม พัฒนาการเกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างทฤษฎีวิวุฒิภาวะ (Maturational Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) โดยทั้งวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญของพัฒนาการ

Piaget ยังได้เสนอทฤษฎีการสร้างความรู้ (Constructivism) เรียกว่า ทฤษฎี Constructivism ของ Piaget โดยเชื่อว่า วัยรุ่นและบุคคลทั่วไปสามารถสร้างความรู้ขึ้นเองได้ จากสมองซึ่งมีการพัฒนาให้เกิดปัญญา โดยมีการปรับตัวด้วยการซึมซับหรือดูดซึม (Assimilation) และกระบวนการปรับโครงสร้างทางสติปัญญา ลักษณะการเกิดความรู้หรือกระบวนการเรียนรู้ เริ่มจากการได้รับข้อมูลตลอดจนประสบการณ์ใหม่ไปผสมผสานกับความรู้เดิมหรือ โครงสร้างทางสติปัญญาเดิมของตน

สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ทางสังคม วุฒิภาวะ เป็นเหตุให้โครงสร้างเดิมเปลี่ยนไป แต่หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิมให้เข้ากันได้ ก็จะเกิดภาวะไม่สมดุล (Disequilibrium) ซึ่งวัยรุ่นจะต้องใช้กระบวนการปรับสภาวะ (Accommodation) เข้าไปช่วย (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุญ, 2549, หน้า 39; Wadsworth, 1996, pp. 2-5)

สรุปได้ว่าพัฒนาการของวัยรุ่น แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพัฒนาการทางร่างกาย 2) ด้านพัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านพัฒนาการทางสังคมและ 4) ด้านพัฒนาการทางสติปัญญา วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมาก ส่งผลต่อจิตใจ จะมีความกังวลใจ สนใจในตนเอง และความสวยความงามมาก เป็นวัยที่เพื่อนมีอิทธิพลอย่างยิ่ง ชอบการเลียนแบบ ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ไม่ชอบการบีบบังคับ อารมณ์รุนแรง สับสน อ่อนไหวง่าย ให้ความสนใจกับเพศตรงข้าม มักมีปัญหาด้านการปรับตัว เป็นต้น การค้นหาตนเอง จึงเป็นพัฒนาการที่สำคัญในช่วงวัยรุ่นซึ่งต้องพัฒนาให้ “พบตนเอง” จึงจะผ่านพ้นภาวะวิกฤติในช่วงวัยรุ่นไปได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

กอบบุญ พึ่งประดิษฐ์ (2550) ศึกษาเรื่องการศึกษาลักษณะมุ่งอนาคต การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาโปรแกรมวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏในกลุ่มรัตนโกสินทร์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของนักศึกษาโปรแกรมวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏในกลุ่มรัตนโกสินทร์อยู่ในระดับค่อนข้างดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และด้านการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ลักษณะมุ่งอนาคตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และด้านการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรรายได้ อายุ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะมุ่งอนาคต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาโปรแกรมวิชานิติศาสตร์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 28.20

อรพรรณ พรหมเชยธีระ (2549) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก อยู่ในระดับปานกลาง

2) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก แต่ปัจจัยนำเข้า ด้านเจตคติ และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว อาจารย์เพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พัชรพรรณ ตรีศักดิ์ศรี (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดี 2) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ การมีแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพมหานคร

อารีย์ เขียวประมุข (2548) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (51.7%) รองลงมาคือระดับสูง (32.3 %) และระดับต่ำน้อยที่สุด (15.9 %) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด (68.1%) รองลงมาคือ ระดับพอใช้ (31.9 %) และไม่พบเลยในระดับดี ด้านการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด (91.4%) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (8.6%) และไม่พบเลยในระดับมาก ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (59.1%) รองลงมาคือ ระดับต้องปรับปรุง (28.4%) และในระดับดีน้อยที่สุด (12.5 %) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (59.9%) รองลงมาคือ ระดับดี (33.6%) และในระดับต้องปรับปรุงน้อยที่สุด (6.5%) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (61.6%) รองลงมาคือ ระดับต้องปรับปรุง (32.3%) และระดับดีน้อยที่สุด (6.0%) ในภาพรวมนักศึกษา

ทุกกลุ่มมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับพอใช้ นักศึกษาที่มีการเล่นกีฬาต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายต่างกัน ส่วนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน การวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการเพื่อให้นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

ณัฐจิรา จำราช (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า 1) นักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี 2) นักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศ ระดับชั้นปี คณะวิชา ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ทิวาวัน คำบรรลือ (2546) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง 2) นักศึกษาพยาบาลมีค่านิยมการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นปี รายได้ และสภาพแวดล้อมต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน 4) การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 25.00

ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสถาบันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษายาบาล เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ค่านิยมทางสุขภาพด้านอาหารและการบริโภค 2) ค่านิยมทางสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตใจ 3) สภาพแวดล้อมในแหล่งฝึกปฏิบัติด้านจิตสังคม 4) ภูมิลาเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5) ค่านิยมทางสุขภาพด้านการรักษาความสะอาด 6) ค่านิยมทางสุขภาพด้านการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และ 7) ภูมิลาเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 48.1 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล = .299 (ค่านิยมทางสุขภาพด้านอาหารและการบริโภค) + .188 (ค่านิยมทางสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตใจ) + .196 (สภาพแวดล้อมในแหล่งฝึกปฏิบัติด้านจิตสังคม) + .176 (ภูมิลาเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) + .175 (ค่านิยมทางสุขภาพด้านการรักษาความสะอาด) + .122 (ค่านิยมทางสุขภาพด้านการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ) + .80 (ภูมิลาเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์และคณะ (2543) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการปฏิบัติสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลในระดับปกติ นักศึกษารับประทานอาหารครบสามมื้อ โดยอาจเป็นมื้อเช้า กลางวัน และเย็นหรือเป็นมื้อกลางวัน เย็น และกลางคืน และรับประทานได้ครบห้าหมู่ โดยอาจเป็นอาหารซื้อสำเร็จรูป และปรุงเองบ้าง นักศึกษามีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ วิธีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติส่วนใหญ่คือ การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ และแอโรบิกแดนซ์ กิจกรรมพักผ่อนที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ คือ ฟังวิทยุ ฟังเพลง พูดคุยกับผู้อื่น ดูโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ จั๊บบายชื่อของหรือเดินเล่น ความเครียดของนักศึกษาส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเรียน โดยเฉพาะการเรียนภาคปฏิบัติ ในคลินิก การจัดการความเครียดของนักศึกษาส่วนใหญ่ ใช้วิธีการพักผ่อนหรือนอนหลับ และการพูดคุยปรึกษากับผู้อื่น นักศึกษามีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยปรึกษาหารือได้มากกว่า 2 คน มีการติดต่อปรึกษาหารือกับอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ประจำชั้น และอาจารย์หอพักหรือผู้ปกครอง เป็นบางครั้งเมื่อมีความจำเป็น นักศึกษามีส่วนร่วมในการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม และร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ รวมทั้งการประหยัดสาธารณูปโภค นักศึกษาไปรับบริการตรวจรักษาทางสุขภาพเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย โดยไปรับบริการที่หน่วยอนามัยที่มหาวิทยาลัยจัดให้ และจากแหล่งบริการสุขภาพของหน่วยงานอื่นของรัฐ และของเอกชนเป็นบางครั้ง

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ สาขาวิชาที่ศึกษา พื้นที่ที่พักอาศัย การศึกษาของบิดา-มารดา อาชีพของบิดา-มารดา รายได้ของครอบครัว ดังนั้นความหนาของร่างกาย แบบแผนการใช้บริการสุขภาพ และการมีแหล่งบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา

ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสาร จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ การจำแนกพบว่า ปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 34.1 และปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ การมีแหล่งบริการสุขภาพ รองลงมาคือ พื้นที่ที่พักอาศัย และค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดให้มี โครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้มี กิจกรรมครอบคลุมด้านการปรับเปลี่ยนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา การจัดหลักสูตร การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษา แนะนำสำหรับนักศึกษา การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับอาจารย์ ข้าราชการทุกระดับ โดยเน้นทั้งด้านบริการ และการจัดการศึกษา รวมทั้งการขอความร่วมมือจากชุมชนในการสนับสนุน

งานวิจัยต่างประเทศ

Eva (2006) ศึกษาเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันของ นักศึกษาวิทยาลัย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 37.6 เพศหญิงร้อยละ 62.4 มีวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา รายละเอียดในแต่ละด้านของวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ พบว่า คะแนนเฉลี่ยที่มีค่าสูงสุด ได้แก่ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ย ต่ำสุดคือ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยด้านการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง นักศึกษามีคะแนนสูงสุด ในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านจิตวิญญาณ

Von (2004) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษามหาวิทยาลัยเซาธ์อีสต์เทิร์น ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74 เพศชาย ร้อยละ 26 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 19.7 ปี มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง และเป็นตัวแปร ที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่วนตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญคือ การสูบบุหรี่ จากการศึกษารายงาน ว่าถึงแม้นักศึกษาจะพบว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ แต่นักศึกษา ยังสูบบุหรี่ ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่า

การที่นักศึกษายังสูบบุหรี่ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งนี้ นักศึกษาอาจมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะหยุดการสูบบุหรี่ เมื่อไรก็ได้

Ahijevych and Bernard (1994) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ความแตกต่างของลักษณะทางประชากร มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ดังนี้ อายุ ($r = .21$) จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ($r = .16$) จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ($r = .21$) รายได้ ($r = .22$) ประวัติการมีโรคประจำตัว ($r = .21$) และอาชีพ ($r = .21$) ส่วนสถานะภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 12 ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว อาชีพ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และจำนวนผู้อาศัยที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่า ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Simmons (1993) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหารเรือ โดยใช้แบบวัดประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน และด้านการจัดการความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 45 และ 44 ตามลำดับ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกด้าน และ การศึกษาระดับวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้าน ยกเว้นด้านการจัดการความเครียด นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency; ESCA) อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 35 และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุก ๆ ด้านได้ดี สำหรับตัวแปรคุณลักษณะนั้น พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการรับประทานอาหารได้ ส่วนสถานะภาพสมรส สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความเข้าใจตนเอง การช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน รวมทั้งความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

Pender, Walker, Sechrist and Stromborg (1990) ศึกษาเรื่องวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของคนในสถานประกอบการ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนที่สูงที่สุดคือ ด้าน

บรรลุปเป้าหมายในชีวิต และด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด หลังจากนั้นอีก 3 เดือนต่อมาได้ทำการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานกลุ่มเดิมซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานมีค่าคะแนนสูงขึ้นในปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้ควบคุมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.00

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพ เจตคติและทัศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยประเภทอื่น ๆ เช่น มหาวิทยาลัยเอกชน มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพ รายได้ความรู้ และคณะสาขาวิชา สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในประชาชน ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และการศึกษา เป็นต้น