

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ได้เรียบเรียงเพื่อการศึกษาเป็นลำดับ
ดังนี้

1. ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
2. แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้มี
สุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถ
ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ไว้หลากหลาย ดังนี้

Palank (1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่
ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต
และความสมบูรณ์ของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมี
กิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆที่ลดภาวะเครียด
และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender et al. (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม
ต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมาย
ในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตาม
เป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล (2551) กล่าวว่า
การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม
และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตน

สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

Pender นักทฤษฎีทางการแพทย์ ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence - or approach - oriented model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนางสัตว์ชัย, 2554)

1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบไปด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ได้อธิบายถึงกระบวนการทางจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (Active role) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996)

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรง และโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายาม และไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นตามแนวคิดของ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สุรินทร์กลัมพากร และคณะ, 2554) ที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกสะสมไว้ในความทรงจำ และต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำก็มีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย จะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังการกระทำพฤติกรรม จะบันทึกไว้เป็นความจำ พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender et al., 2006) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิตได้แก่ ความรู้สึถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เฉพาะ เช่น การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior - specific cognition and affect) ซึ่งปัจจัยด้านนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action)

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมโดยเพิ่มขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัว และลดความรู้สึกอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้ากลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นด้วย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self - efficacy) การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้สมรรถนะมากขึ้น ขณะเดียวกันยังการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยิ่งรับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงและการรับรู้อุปสรรค ที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ

2.3.1 ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น

2.3.2 ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น แล้วมาเปรียบเทียบกับตัวเอง

2.3.3 การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้สามารถนำความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ประโยชน์

2.3.4 สภาพร่างกาย เช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจจากความสามารถของตน

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity - related affect) บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ หรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวก และด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคมกำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับ หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มในการออกกำลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome)

3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำวันเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลชื่นชอบจนเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการคือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลาและสถานที่ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหากลวิธีที่จะกระทำ และเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

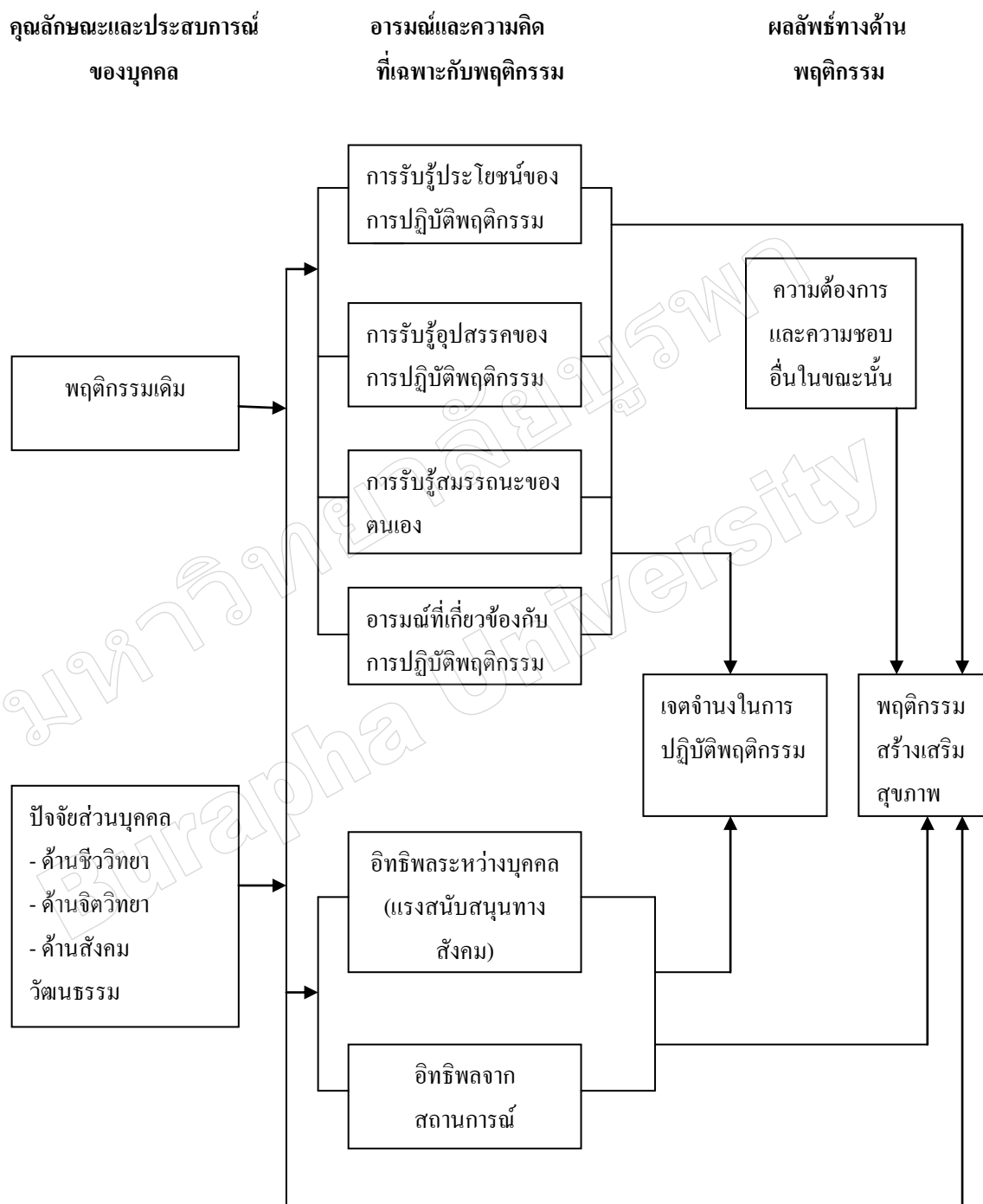
3.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามาจะกีดกันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อยเนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health - promoting behavior) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จใน
ผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่
ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised)

ที่มา (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011, p. 45)

ในการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น Pender et al. (2006) ได้พัฒนาแบบวัดวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Style Profile II: HPLP - II) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Walker, Sechrist, and Pender (1987) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (Walker et al., 1987; Pender et al., 2006 อ้างถึงใน นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2547)

1. ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดสีและของมีนเมา เพื่อสร้างเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่างๆของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ
5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิต
6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การศึกษาในครั้งนี้ จึงประเมินพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ตามแบบประเมินแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (HPLP - II) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความ

รับผิดชอบต่อร่างกาย ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด

การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ตามแนวคิดของ Pender et al. (2006) ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ อาทิเช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลามีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี (ภัทรจิต นิลราช, 2546) พยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี (ณัฐภรณ์ ผลิกเพชร, 2548) สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยพบว่าด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และต่ำที่สุดคือด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (อรทัย อินทร์แก้ว, 2550) และจากการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยทำงานทั่วไป พบว่าประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านพฤติกรรมบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง (ถัสดาวรรณ อังควาณิช, 2550)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มต่าง ๆ โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีที่สุด รองลงมาคือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านโภชนาการตามลำดับ ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

1.1 เพศ

เพศเป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender et al., 2006) เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ความคิดและความเชื่อ ซึ่งย่อมส่งผลให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การศึกษาของบุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่ว่าเพศพยาบาลสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (p - value < .05) การศึกษาของ จิราภรณ์ ชันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (p - value < .01) รวมทั้งการศึกษาในบุคลากรกลุ่มอื่น ได้แก่ การศึกษาของนันทวรรณ เมฆา (2550) ในบุคลากรในสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชายเช่นกัน และการศึกษาในต่างประเทศของ Lee, Ko, and Lee (2006) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเกาหลี จำนวน 1920 คน ก็พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .001)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาบางส่วนกลับพบว่าเพศต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ เอมอร์ โพธิ์ประสิทธิ์ (2548) ในบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ การศึกษาของ อรไท แดงชาติ (2548) ที่ทำการการศึกษาในบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ และการศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรของศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด

1.2 อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย และความรู้สึนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งอาจเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (Orem, 1991 อ้างถึงใน นันทมนัส บุญโถ่ง, 2552) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย ได้แก่การศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร

(2548) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .13$, $p\text{-value} = .046$) และอายุเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพได้ ($R^2\text{Change} = .016$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ($p\text{-value} < .05$) จิราภรณ์ ขันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และเอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ (2548) ในบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง ($x^2 = 13.78$, $p\text{-value} = .032$) และนันทวรรณ เมฆา (2550) ในบุคลากรในสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และการศึกษาในต่างประเทศของ Lee et al. (2006) ก็พบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

แต่การศึกษาบางส่วนพบว่าอายุต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ วนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549) ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวเฉียว และการศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด

1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นบทบาททางสังคม คู่สมรสมีหน้าที่ต้องอุปการะ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของคู่สมรสด้วยความเข้าใจ ความรัก การยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่สร้างความขัดแย้งต่อกัน มีการปรึกษาปัญหา และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ย่อมก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความสุขกันในครอบครัว มีความสุขในชีวิตคู่ และเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ จึงพบว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าสถานภาพสมรสโสด หย่า หม้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549) ในพยาบาลวิชาชีพ ($x^2 = 14.50$, $p\text{-value} < .01$) การศึกษาของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศของ Pirincci, Rahman, Durmus, and Erdem (2008) ที่ศึกษาในคณะผู้ร่วมงานในสถาบันการศึกษาจำนวน 509 คน พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาบางส่วนกลับพบว่าอายุต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548) ในพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง และการศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด

1.4 ระดับการศึกษา

การศึกษาอาจมีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจของคนโดยทั่วไป (Maville & Huerta, 2008) โดยระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพและการแสวงหาหนทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ อาทิเช่น การศึกษาของ จิราภรณ์ ชันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ($x^2 = 41.57$, p -value < .01) ฉัฐภรณ์ พลิกเพชร (2548) ในพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง และการศึกษาในบุคลากรกลุ่มอื่น ได้แก่ การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($x^2 = 14.32$, p -value < .05) การศึกษาในต่างประเทศของ Cao et al. (2012) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุชายและหญิงชาวจีน จำนวน 1012 คน ก็พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lee et al. (2006) ที่พบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

ในขณะที่การศึกษบางส่วนพบว่าระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด และการศึกษาของ อรไท แดงชาติ (2548) ในบุคลากรโรงพยาบาล

1.5 รายได้

รายได้มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวัน ในการบริโภค และการใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสสร้างความมั่นคงในชีวิต ความมั่นคงทางสังคม และการหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาของ จิราภรณ์ ชันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ($x^2 = 31.87$, p -value < .001) การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($x^2 = 25.82$, p -value = .003) และการศึกษาของ ประไพพรพันธ์ บัวพรหมมี (2553) ในบุคลากรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี (p -value < .05) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศของ Cao et al. (2012) พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายและหญิงชาวจีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

ในทางตรงกันข้ามบางการศึกษาพบว่า รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ ชลาทิพย์ หลีง่วน (2549) ในบุคลากรโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และการศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหารระดับสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุด

1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพแบ่งได้เป็น ภาวะสุขภาพสมบูรณ์ หมายถึง การไม่มีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ หมายถึง การมีโรคประจำตัว บุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ สามารถกระทำ หรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันโรคได้ ขณะเดียวกันบุคคลที่มีภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ ก็สามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($r = .25, p - \text{value} < .001$) สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการระดับชั้นสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด ($r = .22, p - \text{value} < .01$) ปรียพร วิศาลบุรณ์ (2549) ในลูกจ้างโรงพยาบาลตำรวจ ($r = .147, p - \text{value} < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. ปัจจัยด้านปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม (Pender et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมาใน บุคลากรกลุ่มต่าง ๆ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548) ในพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ (2548) ในบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ วนิดา มกรกิจวินุญย์ (2549) ในพยาบาลวิชาชีพใน ภชร มาลีสุก (2549) ในเจ้าหน้าที่ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ เรวดี กุศลมูล (2549) ในพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากร

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($r = .28, p - \text{value} < .01$) การศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ในตำรวจไทย และการศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการระดับชั้นสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มียู่จริง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อการรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาส่วนใหญ่ ได้แก่ การศึกษาของ ณัฐกรณ์ ผลึกเพชร (2548) ในพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง การศึกษาของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาของ สุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการระดับชั้นสัญญาบัตรในศูนย์รักษาความปลอดภัย กองบัญชาการทหารสูงสุด ($p - \text{value} < .001$) และการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ในตำรวจไทย

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมาในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ ภัชรา มาสิกุล (2549) ในเจ้าหน้าที่ทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ($r = .60, p - \text{value} < .01$) บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ณัฐกรณ์ ผลึกเพชร (2548) ในเจ้าหน้าที่พยาบาล และการศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($r = .47, p - \text{value} < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ในตำรวจไทย การศึกษาในต่างประเทศ โดย Hendrick and Hendrick (2005) ที่ทำการศึกษาในนักเรียนชาวอเมริกันผิวสี 168 คน ที่มีประวัติเป็นนักกีฬาของสถาบัน ที่พบว่าความหวัง และการมีสมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมา

ส่วนใหญ่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ จิรากร ชันมัน (2549) ในบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ($r = .59, p - \text{value} < .01$) ชลาทิพย์ หลีจ้วน (2549) ในบุคลากรโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วนิดา มกรกิจวินุสย์ (2549) ในพยาบาลวิชาชีพ สุดาวงศ์หาบุตร และพิไลวรรณ กลางประพันธ์ (2550) ในบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลหนองคาย บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ($r = .14, p - \text{value} < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มอื่น ได้แก่ การศึกษาของ สุปานิ สรรพชัย (2550) และสุวิภา อนุจรพันธ์ (2550) ในข้าราชการทหาร การศึกษาในต่างประเทศโดย Young, Mi, and Kyung (2010) ซึ่งทำการศึกษาในผู้หญิงสูงอายุชาวเกาหลีที่อยู่ในชุมชน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.53$) และการศึกษาของ Ayres, Atkins, and Mahat (2010) ที่ศึกษาในวัยรุ่นชาวเอเชียที่อยู่ในสหราชอาณาจักร จำนวน 151 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ สุมาลี เรืองจักร (2549) ในพลทหารกองประจำการ ในสังกัดกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และการศึกษาของ ปรียพร วิศวบุญ (2549) ในลูกจ้างโรงพยาบาลตำรวจ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังกล่าวข้างต้นซึ่งทำการศึกษาในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ พบปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม