

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความเสี่ยงด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

สิ่งคุกคามหรืออันตรายต่อสุขภาพที่อาจเกิดต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีหลายปัจจัยด้วยกัน จากคู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) และ ตำราอาชีวเวชศาสตร์ (2542) พอจะสรุปเป็นปัจจัยที่สำคัญ ๆ ได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางด้านกายภาพ ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ รังสีที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโรค รวมทั้งแสง เสียง และความร้อนในขบวนการทำงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ เช่น ถ้าได้รับรังสีขนาดต่ำ ๆ เป็นประจำอยู่เป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดมะเร็งตามอวัยวะต่าง ๆ แสง แสง และความร้อน ทำให้สูญเสียสมรรถภาพทางการได้ยิน การสื่อข้อความผิดพลาด ไม่มีสมาธิในการทำงาน เกิดความรำคาญ มีอาการอ่อนเพลีย และมีผลต่อจิตใจ เป็นต้น

ปัจจัยทางด้านเคมี มีการใช้ สารเคมีต่าง ๆ มากมายหลายชนิด เช่น ยาต่าง ๆ สารฆ่าเชื้อ รวมทั้ง สารเคมีที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโรคต่าง ๆ ซึ่งสารเคมีเหล่านี้มีผลทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเป็นสารก่อมะเร็ง หรือเป็นสารที่มีผลต่อพันธุกรรม เป็นต้น

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่าง ๆ ซึ่งมีการแพร่กระจายภายในโรงพยาบาล หรือ อาจเกิดจากการได้รับสัมผัส โดยตรงจากผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีพวกสารชีวภาพต่าง ๆ ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ จากแบคทีเรียไวรัส และเชื้อราเช่น วัณโรค ตับอักเสบจากไวรัสบี บาดทะยัก กลากเกลื้อน เป็นต้น

ปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ และอุบัติเหตุในการทำงาน ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตราย จากการทำงานได้ โดยปัจจัยเหล่านี้อาจเกิดจากท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสม หรือความประมาทใน ขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ ผลกระทบที่ตามมาที่พบบ่อย ได้แก่ การถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด และโรคปวด หลังจากการทำงาน

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและสังคมขององค์กร เกิดขึ้นได้เนื่องจากการทำงานในโรงพยาบาล เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและความเป็นความตายของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะงานที่ต้องอาศัยความรับผิดชอบมาก ต้องทำงานที่มีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปฏิบัติงาน เป็นอย่างมาก เป็นต้น

จากรายงานวิชาการประจำปีชมรมอาชีวเวชศาสตร์ ของรองศาสตราจารย์ นายแพทย์โยธิน เบญจวงษ์ (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยงด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในปัจจัยต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ตามลักษณะงาน ดังต่อไปนี้

1. แพทย์ ลักษณะงานเป็นผู้สั่งการ (หัวหน้างาน) ทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นผู้ตรวจสุขภาพ รวบรวมผลการตรวจอื่น ๆ และวิเคราะห์ ทำการรักษา ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัสสารคัดหลั่ง การสัมผัสเลือด มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น วัณโรค (TB: Tuberculosis), ไวรัสมิคุ้มกันเสื่อมในคน (HIV: Human Immunodeficiency Virus), ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ความเสี่ยงในงานทางเคมีคือ แอลกอฮอล์ (Alcohol), ลาเทกซ์ (Latex) สบู่ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) มีผลต่อสุขภาพเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง (Contact Dermatitis) ซึ่งอาจเป็นมะเร็งได้ในอนาคต ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ ความเครียด ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ต้องทำงานหนักเช่นอยู่เวรตึก ๆ ถูกตามด้วยลมคำกั้น มีผลต่อสุขภาพ อาจเกิดการทางประสาทได้ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงและมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น ความเสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ การนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน มีผลต่อสุขภาพ อาจเกิดอาการปวดหลัง และความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น เข็มตำ โดนมีดผ่าตัดบาด มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการติดเชื้อ หรือบาดเจ็บได้

2. พยาบาล ลักษณะงานทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยให้การพยาบาลต่าง ๆ ให้ความรู้ และคำแนะนำผู้ป่วย ช่วยเหลือแพทย์ด้านการรักษา ช่วยติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรในการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์การตรวจสิ่งแวดล้อมที่สงสัย มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ แสงสว่างไม่เพียงพอมีผลต่อการเกิดการล้าของตา ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัสสารคัดหลั่ง การสัมผัสเลือด มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น วัณโรค (TB: Tuberculosis), ไวรัสมิคุ้มกันเสื่อมในคน (HIV: Human Immunodeficiency Virus), ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ความเสี่ยงในงานทางเคมีคือ แอลกอฮอล์ (Alcohol), ลาเทกซ์ (Latex) สบู่ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) มีผลต่อสุขภาพเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง (Contact Dermatitis) ซึ่งอาจเป็นมะเร็งได้ในอนาคต ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ ความเครียด ต้องทำงานหนักเช่นอยู่เวรตึก ๆ มีผลต่อสุขภาพ อาจเกิดอาการทางประสาทได้ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงและมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น ความ

เสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ การนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน มีผลต่อสุขภาพ อาจเกิดอาการปวดหลัง และความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น เข็มตำ มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดบาดแผล

3. **นักรังสีการแพทย์** ลักษณะงานจัดทำผู้ป่วย ทำการเอ็กซเรย์ ล้างฟิล์มในห้องมืด มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ อันตรายจากการได้รับรังสี มีผลต่อสุขภาพเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มะเร็ง บาดแผลไหม้ อาการทางระบบประสาทกลาง (CNS: Central Nervous System) สัมผัสในห้องมืดแสงสว่างไม่เพียงพอ มีผลต่อการเกิดการล้าของตา ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัส ซิลเวอร์ไนเตรท (Silver Nitrate) มีผลต่อสุขภาพเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ความเสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ การยกเคลื่อนย้ายจัดทำให้ผู้ป่วย มีผลต่อสุขภาพเกิดอาการปวดหลังได้ ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุเนื่องจากมองไม่เห็นในห้องมืด

4. **นักเทคนิคการแพทย์** ลักษณะงาน เจาะเลือดจัดเก็บสารคัดหลั่ง เช่น เสมหะ ปัสสาวะ การตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเชื้อ การย้อมตรวจ การตรวจวิเคราะห์เลือด และสารคัดหลั่ง มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ มีผลเกี่ยวกับสายตา และเกิดการล้าของตา มีความเสี่ยงในงานทางเคมี คือ สัมผัสกรด ด่าง ลาเทกซ์ (Latex) การสวมถุงมือ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค มีผลต่อสุขภาพเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัสสารคัดหลั่ง อุจจาระ ปัสสาวะ เลือด มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น วัณโรค (TB: Tuberculosis), ไวรัสภูมิคุ้มกันเสื่อมในคน (HIV: Human Immunodeficiency Virus), ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ ความเครียด มีผลต่อสุขภาพทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความเสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ ต้องก้ม ๆ เงย ๆ เวลาทำงาน มีผลต่อสุขภาพอาจเกิดอาการปวดหลัง ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น เข็มตำ โคนของมีดหรือเศษแก้วบาดได้ มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดบาดแผล

5. **พนักงานขับรถ** ลักษณะงานใช้สายตามองเส้นทางในการขับรถ ใช้มือและเท้าควบคุมการทำงานของเครื่องยนต์ คู่มือที่ชี้จะเดินทางมีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ มีผลเกี่ยวกับสายตา และเกิดการล้าของตา สารทำละลายอินทรีย์ (Organic Solvents) ในน้ำมันเครื่องมีผลต่อสุขภาพ ทำให้ปวดศีรษะ วิงเวียน ชักหมดสติ ขาดมึนปลายมือปลายเท้า มลพิษในอากาศและฝุ่นในอากาศ มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดภูมิแพ้ ความเสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ จากท่าทางการขับรถและคอเกร็ง มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดอาการปวดหลังและปวดคอ ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ ความเครียดจากการขับรถ กลัวไม่ตรงต่อเวลา มีผลต่อสุขภาพทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น

เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีผลต่อสุขภาพอาจทำให้สูญเสียอวัยวะ

6. พนักงานแปล ลักษณะงานมีหน้าที่ยกหรือหามผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ อาจช่วยขนอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ ความร้อนและการสั่นสะเทือน (Vibration) ขณะเซ็นแปล มีผลต่อสุขภาพ อาจเกิดอาการอ่อนเพลีย และอาจเกิดกลุ่มอาการทางแขนและมืออื่นเนื่องมาจากการสั่นสะเทือน (Hand - arm Vibration Syndrome) ความเสี่ยงในงานทางการยศาสตร์ (Ergonomic) คือการยกหรือหามผู้ป่วยในท่าทางที่ไม่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ มีผลต่อสุขภาพ ทำให้ปวดหลังหรือปวดข้อมือ ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง เลือด มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น ไวรัสภูมิคุ้มกันเสื่อมในคน (HIV: Human Immunodeficiency Virus), ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ ความเครียดจากกลัวแพทย์หรือพยาบาลด่าทอ มีผลต่อสุขภาพ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น บาดเจ็บจากรถขึ้น

7. คนงาน ลักษณะงานทำความสะอาด และเก็บขยะติดเชื้อ มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ ความร้อนมีผลต่อสุขภาพเกิดอาการอ่อนเพลีย อาจหมดสติได้ เสียงดังมีผลต่อสุขภาพ สูญเสียสมรรถภาพทางการได้ยิน ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง เลือดที่ปนเปื้อน มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น ไวรัสภูมิคุ้มกันเสื่อมในคน (HIV: Human Immunodeficiency Virus), ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ความเสี่ยงในงานทางเคมีคือ สารเคมี เครื่องล้างสิ่งสกปรก (Detergent) อลกอฮอล์ (Alcohol) น้ำยาฆ่าเชื้อโรค มีผลต่อสุขภาพเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ความเสี่ยงในงานทางการยศาสตร์ (Ergonomic) คือ ต้องก้ม ๆ เงย ๆ เวลาทำงาน มีผลต่อสุขภาพอาจเกิดอาการปวดหลัง ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ เมื่อทำงานซ้ำซาก มีผลต่อสุขภาพทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น โดนเข็มตำ มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการติดเชื้อได้

8. งานโภชนาการ ลักษณะงานเตรียมอาหาร ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยบนเตียง เก็บล้างและทำความสะอาดภายในครัว และส่งอาหารตามตึก มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ แสงสว่างไม่เพียงพอมีผลต่อสุขภาพต้องใช้สายตามาก การทำงานซ้ำลง อาจเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมได้ ความร้อนมีผลต่อสุขภาพ ทำให้รู้สึกไม่สบายกายและใจ ถ้าร้อนมากๆ เกิดการเป็นตะคริวเนื่องจากความร้อนได้ (Heat Clamp) ฝุ่นควันจากการประกอบอาหาร ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ การสัมผัสกับโรคที่ติดต่อผ่านทางสัตว์ที่นำมาประกอบอาหาร มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการติดเชื้อ ท้องเดิน ความเสี่ยงในงานทางเคมีคือ สัมผัสน้ำยาล้างจาน ลาเทกซ์ (Latex) มีผลต่อสุขภาพ เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง (Contact Dermatitis) หรือเกิดผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic Dermatitis)

ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ เครียดจากการทำงานหนักที่ต้องตื่นเข้ามาประกอบอาหาร มีผลต่อสุขภาพ ทำอาหารได้ไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดอุบัติเหตุ ความเสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ ยืนติดต่อกันนาน ๆ การเข็นรถส่งอาหาร และยกของหนักมีผลต่อสุขภาพ ทำให้ปวดหลัง และการใช้มือ ไหล่ แขน ทำงานซ้ำซาก มีผลต่อสุขภาพเกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้ (RSI: Repetition Stain Injury) ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น ถูกรถของมีคมบาด น้ำร้อนลวก ถึงแก่เสียชีวิตมีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดบาดแผล หรือเป็นอันตรายแก่ชีวิต

9. งานซักฟอก ลักษณะงาน เก็บผ้าจากตึก แยกผ้า ซักผ้า อบผ้า ตากผ้า ซ่อมแซมผ้า ที่ชำรุด พับผ้า นำผ้าบางส่วนไปนึ่งเพื่อส่งห้องผ่าตัด ส่งผ้าตามตึก มีความเสี่ยงในงานทางกายภาพคือ ความร้อนมีผลต่อสุขภาพเกิดการเป็นตะคริวเนื่องจากความร้อนได้ (Heat Clamp) เสี่ยงดัง มีผลต่อสุขภาพเกิดการสูญเสียการได้ยินแบบค่อยเป็นค่อยไปได้ (Noise - induce Hearing Loss) ฝุ่นฝ้ายมีผลต่อสุขภาพ ระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ หรือเกิด โรคปอดฝุ่นฝ้าย (Byssinosis) การระบายอากาศไม่ดี มีฝุ่นละออง เชื้อโรคฟุ้งกระจาย มีผลต่อสุขภาพ อาจเกิด โรคระบบทางเดินหายใจ ความเสี่ยงในงานทางเคมีคือ เครื่องล้างสิ่งสกปรก (Detergent) ลาเทกซ์ (Latex) สารต่าง ๆ ที่ใช้ในการฟอกขาว มีผลต่อสุขภาพเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง (Contact Dermatitis) หรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน ความเสี่ยงในงานทางชีวภาพคือ สิ่งคัดหลั่งที่ติดกับเสื้อผ้า มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการติดเชื้อ ความเสี่ยงในงานทางกายศาสตร์ (Ergonomic) คือ ยกของหนัก เข็นรถรับผ้า มีผลต่อสุขภาพทำให้ปวดหลัง การเคลื่อนไหวที่ซ้ำบ่อยมีผลต่อสุขภาพ เกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบ (RSI: Repetition Stain Injury) ความเสี่ยงในงานทางจิตใจคือ ความเครียดจากการทำงานที่จำเจ มีผลต่อสุขภาพทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เกิดอุบัติเหตุได้ ความเสี่ยงในงานด้านอุบัติเหตุ เช่น เข็มตำขณะแยกผ้า มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการติดเชื้อได้

ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ลักษณะการทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งแยกตามการทำงานของแต่ละหน่วยงานที่ได้จากผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลตะกั่วป่า ตามคู่มือเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาล ปี 2550 ที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้น โดยในระยะแรกเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินความเสี่ยง ต่อมาได้จัดอบรมให้ความรู้หัวหน้าหน่วยงานเพื่อให้

ร่วมดำเนินการประเมินความเสี่ยง โดยหัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น เจ้าหน้าที่อาชีวอนามัยจะเป็นผู้ดำเนินการประเมินซ้ำและใช้เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ในการตรวจสอบ เช่น การวัดแสงสว่าง วัดความดังเสียง และความร้อน เป็นต้น หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัยจะเป็นผู้สรุปผลตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มเสี่ยงออกได้เป็น 3 กลุ่ม

ตามกลุ่มคะแนนที่เกิดจากคะแนนโอกาสของการเกิดอันตราย คูณกับคะแนนความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากสิ่งคุกคามนั้น ๆ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีค่าคะแนน 6 หรือ 9 เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง คือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รังสีวิทยา สวัสดิการสังคม ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยหนัก กุมารเวชกรรม สูติ - นรีเวชกรรม อายุรกรรม จักษุวิทยา ทันตกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉิน จิตเวช วิทยุณิพยาบาล ห้องผ่าตัด ยานพาหนะ ช่อมบำรุง น้ำเสีย/ เตาเผา แผนงานและสารสนเทศ จ่ายกลาง ชักฟอก/ คัดเย็บ โภชนาการ พยาธิวิทยา เกษตรกรรม งานพัสดุ กลุ่มที่ 2 มีค่าคะแนน 3 หรือ 4 เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง คือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน บริหารงานทั่วไป แพทย์แผนไทย การเงิน ใดเทียม สุขศึกษา เวชกรรมฟื้นฟู เวชกรรมสังคม อาชีวเวชกรรม องค์กรแพทย์ และกลุ่มที่ 3 มีค่าคะแนน 1 หรือ 2 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ คือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ งานการเจ้าหน้าที่ สำนักงานพยาบาล

ความเสี่ยงต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ ทั้งจากปัจจัยทางด้านกายภาพ ปัจจัยทางด้านเคมี ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและสังคม ถ้าหากผู้ปฏิบัติงานขาดการระมัดระวัง ป้องกัน จึงควรได้มีการดูแลให้เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายจากความเสี่ยงตามลักษณะงานดังกล่าวข้างต้น

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมเป็นกิริยาอาการ การกระทำ ของมนุษย์ที่อาจจะเป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจงหรือไม่ก็ได้ แตกต่างกันไปตามการรับรู้ว่าจะอะไรเป็นอะไร นำไปสู่การมีความคิด ทักษะ และเกิดการเรียนรู้ในที่สุด ดังนั้นพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ จึงเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลจะแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981) จึงได้มีการแบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง ปฏิบัติภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสั่งการ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบจิตเลือกไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิบัติหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน การขับรถ เป็นต้น พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่สามารถทำความเข้าใจได้ ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น ๆ (Miller & Dollard, 1941 cited in Shaw & Costanza, 1985)

สำหรับพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรค (Health Protection) (Palank, 1991; Murray & Zentner, 1993; Pender, 1996; สุกัญญา ไพทโสภณ, 2540, มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช, 2542, ขนิษฐา จันดี, 2544) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

พาแลงค์ (Palank, 1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

นอกจากการให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ยังได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบาย หรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นในงานวิจัยอีกด้วย (Johnson, et.al., 1993 อ้างถึงใน นุชระพี สุทธิกุล, 2540) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากบุคลากรที่มิสุขภาพ ก็คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในปี ค.ศ. 1987

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. 1975 จากนั้นก็ได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 แล้วจึงได้ศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการ

ส่งเสริมสุขภาพ พบว่าบางมโนทัศน์ย่อยเมื่อนำมาทดสอบด้วยการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติแล้วไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้ปรับปรุงมโนทัศน์เหล่านั้นใหม่ และนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอีกครั้งในปี ค.ศ. 1987 (Pender, 1987) โดยพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของกระบวนการรับรู้จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีรูปแบบโครงสร้างการส่งเสริมสุขภาพคล้ายคลึงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งตามความคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและปฏิบัติจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรู้คิด - การรับรู้ (Cognitive - perceptual Factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปี ค.ศ. 1987 ให้เห็นความสัมพันธ์ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านการรู้คิด - การรับรู้ ประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านการรู้คิด - การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าว แล้วตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (The Life Style and Health - habits Assessment: LHHA) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self-care) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational Activity) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) การจัดการความเครียด (Stress Management) การบรรลุอุดมการณ์ของตนเอง (Self-actualization) จดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others) การควบคุมสภาพแวดล้อม (Environment Control) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ต่อมาวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ (Health Promoting Life Style Profile: HPLP) มีการปรับลดข้อคำถามลงเหลือ 48 ข้อ โดยประเมินพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุอุดมการณ์ของตนเอง (Self-actualization) ความรับผิดชอบ

ต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การออกกำลังกาย (Exercise) โภชนาการ (Nutrition) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal Support) และการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในปี ค.ศ. 1996

เพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยการศึกษาวิจัยอยู่ตลอดเวลา จนถึงปี ค.ศ. 1996 ก็ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาอีกครั้ง (Pender, 1996) โดยการปรับปรุงโน้ตหลักและมโนทัศน์ย่อยใหม่ ให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้มากขึ้น ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้ประกอบด้วยโน้ตหลัก 3 มโนทัศน์ คือ

2.1 ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ซึ่งมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณา การเลือกวัดปัจจัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต หรือลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของพฤติกรรมสุขภาพ หรือมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายเท่านั้น แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

2.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior Related Behavior) ปัจจัยด้านพฤติกรรม

ในอดีตตัวทำนายที่ดีที่สุด คือ ความถี่ในการมีพฤติกรรมที่เหมือน ๆ กัน หรือคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจหรือใส่ใจรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง จะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) ประโยชน์ (Benefits) อุปสรรค (Barriers) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Self - related Affect) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986 cited in Pender, 1996) ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับ จะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ หรือทักษะของตน ผลประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำพฤติกรรมในอดีต ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) เรียกว่า การคาดหวังในผลการกระทำ (Outcome Expectation) จะทำให้บุคคลนั้น

มีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป็น ประสพการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำที่เปรียบเทียบกับเครื่องกีดขวางที่ต้องข้ามให้ผ่านพ้น เพื่อ ะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุก ๆ ครั้งจะมีอารมณ์หรือ ความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการแสดง พฤติกรรมจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำมาพิจารณาใคร่ครวญเมื่อจะเข้าสู่ พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาเสนอในลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เองบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว สอนวิธีให้ผู้รับบริการสามารถฟันฝ่า อุปสรรคทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว และก่อให้เกิดความสามารถในระดับ สูงขึ้น และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูล อกกลับทางบวก

2.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรม หมาย ซึ่งถูกปรับเปลี่ยนด้วยการพิจารณาใคร่ครวญตามธรรมชาติ ในรูปแบบ ระวังเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่นี้ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

2.1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Personal Biologic Factors) ประกอบด้วยตัวแปร ึ่ง ๆ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลสารของร่างกาย (Body Mass Index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal Status) ะหมดระดู (Menopausal Status) ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic Capacity) ความ ึ่งแรง ความกระฉับกระเฉง (Agility) หรือความสมดุลของร่างกาย (Balance)

2.1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Personal Psychologic Factors) ประกอบด้วย ปรต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self - motivation) ะจำกัดความสุขภาพ (Definition of Health) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status)

2.1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Personal Sociocultural Factors) ะกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ (Ethnicity) วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ะการศึกษ และสถานะเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม ริมสุขภาพได้เท่า ๆ กับต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อ ะกิดและความรู้สึก และทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่าง ามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ควรนำมาใช้ในกิจกรรมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม าว

2.2 ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Behavior - specific Cognitions and Affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลจะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือจากผลของการกระทำที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้จากการกระทำจะแสดงออกทางจิตใจ โดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของพฤติกรรมนั้น จากทฤษฎีความเชื่อ-ค่านิยม (Expectancy - value) การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของลักษณะและประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงหรือเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมามีความเชื่อในประโยชน์หรือความเชื่อที่ว่าผลจากการกระทำที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในทางบวกเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าจะไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นเงื่อนไขในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างเช่น ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัว (Increased Alertness) และลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreased Feeling of Fatigue) ประโยชน์ภายนอกได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คือผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเสียมากกว่า ความสำคัญของแรงจูงใจในการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นตัวสนับสนุนหลักในการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นที่เคยทดสอบกันมาแล้ว การคาดหวังความสำคัญของประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้นในอดีต จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์ โดยเป็นผลจากประโยชน์ของประสบการณ์ในอดีต

2.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Action) เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ (Perceptions Concerning the Unavailability) ความไม่สะดวกสบาย (Inconvenience) ค่าใช้จ่าย (Expense) ความยากลำบาก (Difficulty) หรือระยะเวลาที่ใช้ในการกระทำนั้น ๆ (Time - consuming Nature of a Particular Action) อุปสรรค

เปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม หรือจงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำและมีอุปสรรคมาก

การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น มีผลกระทบต่อการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวกันขวางการกระทำ และมีผลในทางอ้อมต่อความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม คือ มีความตั้งใจลดลง

2.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจพิจารณาว่าบุคคลนั้นสามารถที่จะทำอะไรได้บ้าง โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม การตัดสินใจความสามารถของบุคคลแสดงให้เห็นจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจพิจารณาที่ผลลัพธ์ (เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลผลิต การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคล ที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคล เป็นสิ่งที่สนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานที่พัฒนามาจากปัจจัย 4 ประการ คือ

2.2.3.1 การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จจากการที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเอง หรือจากการประเมินที่ได้รับจากบุคคลอื่น

2.2.3.2 ประสบการณ์จากการได้เห็นการกระทำของบุคคลอื่น โดยการสังเกตและนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง

2.2.3.3 จากการชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.2.3.4 สรีรภาพ (เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ความเจ็บ) สิ่งเหล่านี้บุคคลนำมาตัดสินใจความสามารถของตน

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ทางบวก ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถก็จะมากขึ้น ในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากขึ้นไปด้วย ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยการคาดหวังในความสามารถมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ

2.2.4 อารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Activity - related Affect)

เป็นความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจจะเป็นระดับน้อย ๆ ปานกลาง หรือรุนแรง และถูกตัดสินด้วยความคิด เก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self - related) หรืออารมณ์ที่เกี่ยวกับบริบทหรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context - related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีกหรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น อารมณ์ความรู้สึกร่วมกับพฤติกรรมสะท้อนเป็นปฏิกิริยาลูกโซ่ แสดงถึงความต่อเนื่องด้านอารมณ์ความรู้สึกโดยตรง หรือตอบสนองในทุกขั้นตอนตลอดการมีพฤติกรรมนั้น อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุกสนาน ความรู้สึกปลื้มปิติ หรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเฟลิดเฟลีน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่พอใจ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทางกลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยงในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างอารมณ์ความรู้สึก จึงต้องดูที่ความสมดุลระหว่างความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการแสดงพฤติกรรม ดังนั้นอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับที่มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเอง และความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรม

2.2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal Influences) ตามแนวคิดของรูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพ คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (พ่อแม่หรือพี่น้อง) กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่บรรทัดฐานของสังคม (ความคาดหวังของบุคคลอื่น) การสนับสนุนทางสังคม (อุปสรรคและการให้กำลังใจ) และการเป็นแบบอย่าง (เป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่นโดยผ่านการสังเกตการณ์กระทำพฤติกรรมเฉพาะนั้น ๆ) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึง

อารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาสุขภาพและส่วนที่เกี่ยวข้อง บรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการกระทำ ซึ่งบุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธได้ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น การเป็นแบบอย่างที่ทำให้กระทำติดต่อกันมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคม หรือส่งเสริมให้มีการวางแผนในการที่จะปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้เกิดที่จะปฏิบัติ หรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านความไวต่อความรู้สึก แบบอย่างและการสรรเสริญของผู้อื่น อย่างไรก็ตามการให้แรงจูงใจอย่างเพียงพอ ตามแนวทางของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีผลสะท้อน และคนแต่ละคนต้องใส่ใจต่อพฤติกรรม ความปรารถนา และการเข้ากับบุคคลอื่นได้โดยทำให้เขาเหล่านั้นสมบูรณ์ทำให้คล้ายกับการเรียนรู้ คือ การเลียนแบบพฤติกรรม

2.2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามน่าชื่นชมของสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงว่าจะทำอย่างไร ให้สภาพแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติและกระทำอย่างมีความสามารถได้ดี ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันไปด้วยกัน มากกว่าความรู้สึก ไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ตรงใจและน่าสนใจเป็นบริบทที่จูงใจให้บุคคลปรารถนาจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปรับปรุงใหม่นี้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ได้รับการให้ความหมายใหม่ และมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์อาจมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม โดยการแสดงให้เห็นในสภาพแวดล้อมนั้น โดยใส่สัญลักษณ์หรือสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายว่า “ห้ามสูบบุหรี่” แสดงให้เห็นสัญลักษณ์ซึ่งแสดงความต้องการของสถานที่นั้นว่าต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ หรือบริษัทที่ต้องการให้มีเสียงเบาหรือป้องกันการได้ยิน ต้องติดป้ายประกาศให้ทราบทั่วกัน ทั้งสองสถานการณ์นี้เป็นการกระทำเพื่อสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์มีการศึกษาถึงค่อนข้างน้อยมาก ก่อนที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพควรศึกษาให้ละเอียดลึกซึ้งว่ามีศักยภาพสำคัญอะไรหรือไม่ที่จะตัดสินพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งอาจเป็นกุญแจสำคัญที่จะพิจารณาสิ่งใหม่ และเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพสำหรับเอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและคงพฤติกรรมนั้นไว้

2.3 พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Outcome) การกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจจะจูงใจให้บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพและประสบความสำเร็จได้ นอกจากนี้มีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก ทำให้บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือเกิดความชอบสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้กระทำในสิ่งที่ตั้งใจไว้ตั้งแต่ต้น

2.3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการที่กำหนด หรือพันธสัญญา ต่อแผนการกระทำ (Commitment to a Plan of Action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่แอสเซน และฟิชไบน์ ได้กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ (Ajzen & Fishbein, 1975 cited in Pender, 1996, p. 72) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดไว้ภายใต้กระบวนการด้านความรู้สึกรู้สึกความเข้าใจ ได้แก่

2.3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะ ในเวลาและสถานที่ที่กำหนด กับบุคคลที่เฉพาะหรือทำโดยลำพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดเข้ามาแทรก

2.3.1.2 วิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ต้องการหาวิธีการที่เฉพาะในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จ ตัวอย่างเช่น วิธีการที่ใช้แบบมีข้อตกลงร่วมกันในการกระทำกิจกรรมอย่างหนึ่ง โดยฝ่ายหนึ่งตกลงกับอีกฝ่ายหนึ่งว่าจะได้รับรางวัลถ้าความตั้งใจที่จะกระทำนั้นยังคงมีอยู่ วิธีการนี้ผู้ป่วยสามารถเลือกพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสริมแรงตามที่เขาชอบ และสามารถเลือกขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เขาต้องการ ความตั้งใจเพียงอย่างเดียวโดยไม่สัมพันธ์กับวิธีการนั้นจะคงมีแต่ความตั้งใจดี (Good Intentions) แต่มักจะล้มเหลวในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณค่า

2.3.2 ความต้องการและความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด ซึ่งสามารถจะกระทำได้ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความต้องการที่จะแทรกนี้ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่บุคคลได้เลือกแล้ว ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงาน หรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้น จะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจที่จะเลือกกระทำถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่บุคคลได้เลือกที่จะให้ผลตอบแทนที่มากกว่า หรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เมื่อพอใจพฤติกรรมที่

เลือกกระทำ ความสามารถในการเอาชนะปัจจัยความพอใจที่แทรกเข้ามา ขึ้นอยู่กับความสามารถของ เขาที่จะควบคุมตนเอง (Self-regulating) ดังตัวอย่างของการเกิดความพอใจที่จะกระทำ คือ การเลือก อาหารที่มีไขมันสูงมากกว่าอาหารที่มีไขมันต่ำ เพราะรสชาติของอาหาร หรือความพอใจเพราะชอบที่จะ รับประทาน หรือการขับรดผ่านศูนย์การค้ำเพราะพอใจที่จะได้จับจ่ายซื้อของหรืออ่านหนังสือ มากกว่าที่จะไปออกกำลังกาย เป็นต้น ทั้งความต้องการและความพึงพอใจในการเลือกกระทำ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใดนั้น จะทำให้เกิดแผนการปฏิบัติที่นอกเหนือจากที่บุคคลนั้นได้ตั้งใจ ไว้แล้ว ซึ่งความต้องการที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างจากอุปสรรคตรงที่บุคคลจะต้องแสดง พฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังต่อไปให้สำเร็จ เป็นพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอก หรือ ผลลัพธ์ที่ไม่เหมาะสม ส่วนความพึงพอใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างไปจากอุปสรรคเช่นกัน เพราะความพึงพอใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะแรงในช่วงเวลาที่สุดท้าย และขึ้นอยู่กับความพึง พพอใจที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาจากบุคคลสู่บุคคล ทำให้มีการวางแผนในการปฏิบัติด้านสุขภาพใน ทางบวก แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปในด้านความสามารถของเขาต่อการเอาใจใส่ และการ หลีกเลียงการทำลาย คนบางคนอาจจะโอนเอียงไปตามพัฒนาการหรือตามด้านชีวภาพที่จะมีการ ปฏิบัติมากกว่าอย่างอื่น การยับยั้งความพึงพอใจที่จะแข่งขันนั้นต้องใช้ความสามารถในการควบคุม ตนเอง การตัดสินใจที่เข้มแข็งต่อการวางแผนปฏิบัตินั้นอาจจะสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ และผลของความตั้งใจที่สมบูรณ์ ในรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยความต้องการและความ พพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใดกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลต่อความตั้งใจได้พอประมาณ

2.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health - promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควร ระลึกไว้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดจากสุขภาพในทางบวก (Attaining Positive Health Outcomes) แก่ผู้รับบริการ โดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพใน ทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากแบบประเมินแผนการ ดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Style Profile: HPLP) ซึ่งปรับปรุงมาจากอัลลั กเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ประกอบด้วยแบบแผน การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

กับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีเนมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

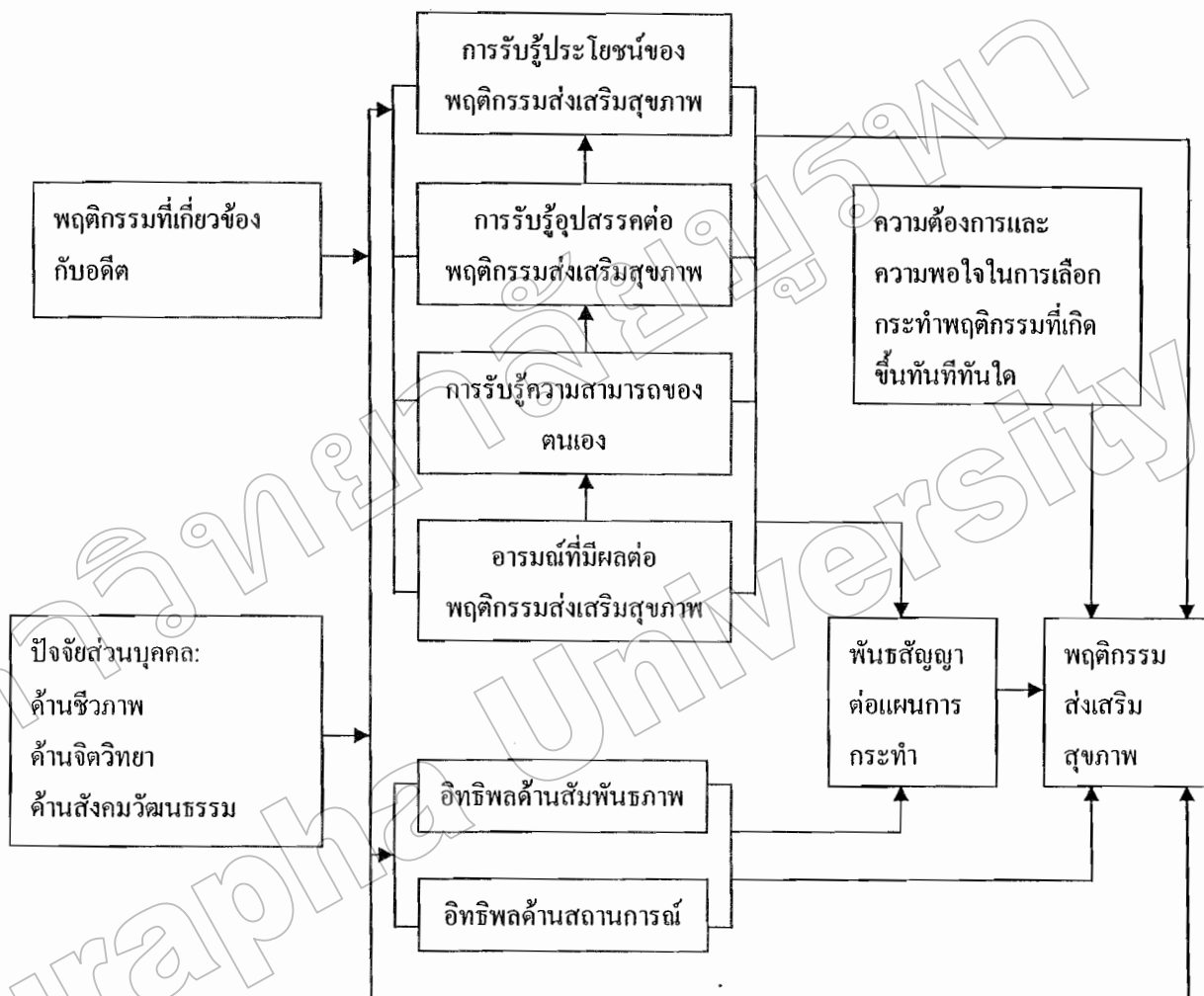
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน อาทิเช่น การศึกษาของสุริศา ล่ามช้าง, รัตนวดี ขอนตะวัน, จุติมา สุขเลิศตระกูล และวิภาดา คุณาวิกติกุล (2550) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์ กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของชลธิชา จันทะกิริ, จิราพร เกษพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2551)

ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ส่วนการจัดการกับความเครียด โภชนาการ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี การศึกษาของ ภัทรจิต นิลราช (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี ในจังหวัดสงขลาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูงส่วนความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของ ณัฐภรณ์ พลิกเพชร (2547) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนกิจกรรมทางกาย ร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรได้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพังงา ตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอไว้ ดังแสดงในภาพที่ 1

ประสบการณ์และลักษณะ ส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)	ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มี ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Behavior - specific Cognition and Affect)	พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Outcome)
---	---	--



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1996 (Revised Health Promotion Model
ที่มา Pender, 1996 อ้างถึงใน ขนิษฐา ขันดี, 2544)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพังงา ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน ชั่วโมงการทำงาน การทำงานเป็นกะ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 เพศ

เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม นอกจากนี้ เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย (Orem, 1980) และจากการศึกษาข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นแนวโน้มปัญหาสุขภาพของคนไทย ได้แก่ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงเกิดโรค พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง โดยผู้ชายร้อยละ 17 ผู้หญิงร้อยละ 2 ดื่มสุราต่อวันในระดับอันตราย คือดื่มเบียร์มากกว่า 2 ขวดหรือดื่มเหล้าขาวมากกว่า 5 เป๊ก (150 ซีซี.) หรือดื่มสุราผสมมากกว่า 1 ถัก (ครึ่งแบน) ส่วนการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้ชายสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 46 (จำนวนเฉลี่ย 13 มวนต่อวัน) ผู้หญิงสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 2 (จำนวนเฉลี่ย 8 มวนต่อวัน) ในขณะที่พฤติกรรมที่ช่วยสร้างสุขภาพ คือการออกกำลังกายและการบริโภคผัก ผลไม้กลับมีน้อยมาก โดยคิดเป็นผู้ชายร้อยละ 20.7 ผู้หญิงร้อยละ 24.2 มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ และผู้ชายร้อยละ 80 ผู้หญิงร้อยละ 76 บริโภคผัก ผลไม้ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ 400 กรัมต่อวัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2547 - 2549) จากการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร การศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และการศึกษาของมณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช (2542) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาในต่างประเทศโดย ลัสค์, เคอร์ และ โรนีส (Lusk, Kerr, & Ronis, 1995) ที่ได้ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขายและระดับคนงาน ตัวอย่างเป็นคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน ก็พบว่าเพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาของอุบล ไตรถวิล (2544) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยากลับพบว่า เพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาล้วนส่วนใหญ่

พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

1.2 อายุ

เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย และความรู้สึกก็นึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุด ในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991) จากการศึกษาของ วนลดา ทองใบ (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพนักงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของ ณัฐภรณ์ พลิกเพชร (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่มนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษา ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ก็พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ การศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ ไพรัตน์ วิศาลสกุลวงษ์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ อุษณีย์ แสงสุข (2546) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี กลับพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาในต่างประเทศ โดยวอกเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1987) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 - 88 ปี จำนวน 452 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ (อายุ 55 - 88 ปี) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านดีกว่าวัยกลางคน (อายุ 35 - 54 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18 - 34 ปี) ยกเว้นการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต การออกกำลังกาย และการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าอายุสามารถอธิบายแผนแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการออกกำลังกายและการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล โดยที่ ลัสก์, เคอร์และ โรนีส (Lusk, Kerr, & Ronis, 1995) ที่ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน

ตัวอย่างเป็นคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน พบว่าคนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพา ระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาล้วนใหญ่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุน้อยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอายุมาก

1.3 สถานภาพสมรส

คู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุน ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีความผูกพัน ความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีความอดทนให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปัน และพึ่งพาซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ จึงถือว่าคู่สมรส เป็นบุคคลที่มีบทบาททั้งในแง่สังคม อารมณ์ จิตใจ ที่จะโน้มน้าวให้บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่ผู้ใกล้ชิดให้ความไว้วางใจมากที่สุด (พิเชฐ เจริญเกษ, 2540) จากการศึกษาของมณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และการศึกษาของ อุษณี แสงสุข (2546) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟิรนันท์ วิศาลสกุลวงษ์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ก็พบว่าสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543) กรุงเทพมหานคร การศึกษาของ มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ อุบล ไตรถวิล (2544) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลับพบว่าสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยที่ณัฐภรณ์ พลิกเพชร (2547) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง ก็พบว่าสถานภาพสมรสไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาในต่างประเทศโดย วอกเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1987) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 - 88 ปี จำนวน

452 คน พบว่าสถานภาพสมรสสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไฮเจวีและเบอร์นาร์ด (Abhjevych & Bernard, 1994) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ และการศึกษาของลัสก์ เคอร์และโรนีส (Lusk, Kerr, & Ronis, 1995) ที่ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของแรงงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน ตัวอย่างเป็นคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน กลับพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาล้วนพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.4 ระดับการศึกษา

การศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในการเรียนรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีการศึกษามากจะพบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตน จะมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1987) ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญและเห็นประโยชน์ในการแสวงหาความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986) การศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ ณัฐภรณ์ พลิกเพชร (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ วาทีนา ทาตายุ (2545) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าความรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ กนกวรรณ จันทรวง (2541) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี พบว่าการศึกษามีผลต่อนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูได้เช่นเดียวกับการศึกษาของ มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ก็พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ยูพี กรรพฤทธิ์ (2543) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ อุบล ไตรถวิล (2544) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลับพบว่าระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับอุษณิ แสงสุข (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ก็พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาในต่างประเทศ โดยวอกเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1987) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 - 88 ปี จำนวน 452 คน พบว่าการศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการออกกำลังกาย และความรับผิดชอบต่อบุคคล โดยที่ดัฟฟี (Duffy, 1988) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35 - 65 ปี ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยสาธารณะขนาดใหญ่ในแถบภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 262 คน พบว่าความห่วงใยสนใจสุขภาพจากการจบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาล้วนพบว่ามีระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าระดับการศึกษาต่ำ

1.5 รายได้

เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตในด้านตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารได้เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพ รายได้จึงมีความสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Pender, 1982) จากการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา การศึกษาของ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ การศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร การศึกษาของ ผ่อง อนันตริยเวช (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดเทศบาล จังหวัดนนทบุรี และกรรศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม (2548) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ การศึกษาของชินชีวัน โพธิ์รุ่ง (2540) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรใน กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของอุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี กรรพฤทธิ์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่าครู ประถมศึกษาที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟิรนันท์ วิศาลสกุลวงษ์ (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่ารายได้ครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครู สุขศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร และการศึกษา ของ อุบล ไตรถวิล (2544) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลับพบว่ารายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับอุษณี แสงสุข (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษา ของณัฐภรณ์ พลิกเพชร (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลใน โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง ก็พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการศึกษาใน ต่างประเทศโดย วอกเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1987) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 - 88 ปี จำนวน 452 คน พบว่ารายได้สามารถอธิบายความผันแปรของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านโภชนาการการพัฒนาระบบสนับสนุน ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด และไฮเจวีและเบอร์นาร์ด (Ahijevych & Bernard, 1994) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำก็พบว่า รายได้สามารถอธิบายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษา ส่วนใหญ่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและรายได้มากมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพดีกว่ารายได้น้อย

1.6 ภาวะสุขภาพ

สุขภาพมีความหมายถึง “ภาวะ” (A State of Being) ที่ประกอบด้วยความหลากหลายของคุณภาพและลักษณะ (Quality and Characteristic) (Allender & Spradley, 2001) ความหมายสุขภาพขององค์การอนามัยโลกระบุว่าสุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนมีการดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขไม่เพียงแต่ปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1986 cited in Craven & Himle, 2000) แต่ในความหมายนี้นักวิชาการหลายท่านระบุว่า เป็นความหมายเชิงอุดมคติเป็นการยากที่จะบรรลุโดยเฉพาะในภาวะสมบูรณ์ สำหรับแนวคิดทางด้านชีวการแพทย์ (Sheridan & Radmacher, 1992) มองสุขภาพในลักษณะของการปราศจากโรค กล่าวคือถ้าไม่มีโรคถือว่ามีความสุขภาพดี (Healthy) แต่ถ้ามีโรคถือว่าอยู่ในภาวะของครุเจ็บป่วย หรือมีสุขภาพที่ไม่ดี (Unhealthy) โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดอัตราความเจ็บป่วย และพัฒนาภาวะสุขภาพให้มีการทำหน้าที่ได้อย่างสูงสุด (Walker, Valkan, Sechrist & Pender, 1988) ในการศึกษาครั้งนี้ วัดตัวแปรจากการประเมินภาวะสุขภาพ สภาพร่างกายในปัจจุบันที่มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์จากการไม่มีโรคประจำตัว และภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์จากการที่มีโรคประจำตัว โดยเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งลี และเอสเตอร์ (Lee & Ester, 1997) เสนอแนะว่า การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ ลาฟเฟย์ (Laffrey, 1982 cited in Pender, 1987) พบว่าความผูกพันที่ปราศจากโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดิชแมนและคณะ (Dishman, et.al., cited in Pender, 1987) ที่ให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมใน โปรแกรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีมักมีส่วนเกี่ยวข้องในการเพิ่มความเป็นไปได้ของพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับจากการศึกษาของ ฮอร์แกน (Horgan, 1987) ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 79 คน พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาในประเทศไทยโดยชลธิชา จันทะศิริ และคณะ (2551) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของ มนต์รัตน์ วงษ์หนองหัว (2537) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษาของไพจิตร ลาสุกุลทอง (2545) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม (2548) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านการทำงาน

2.1 ลักษณะงาน

โรงพยาบาลเป็นสถานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีกระบวนการการทำงานเป็นขั้นตอนทำให้ต้องมีหน่วยงานอื่น ๆ มาสนับสนุน เช่น หน่วยจ่ายกลาง ฝ่ายโภชนาการ หน่วยซ่อมบำรุง หน่วยงานพยาธิวิทยา แผนกเอกซเรย์ หน่วยซักฟอก เป็นต้น ในแต่ละหน่วยงานจะมีลักษณะงาน สภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างกันไป บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลจึงมีโอกาสสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายได้แตกต่างกัน สิ่งคุกคามสุขภาพ หมายถึงสิ่งใดก็ตามที่มีอยู่ในพื้นที่ทำงาน ที่มีศักยภาพที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานซึ่งอาจมีผลต่อชีวิต การบาดเจ็บเล็กน้อยถึงรุนแรง และมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ ตัวอย่างเช่น สารเคมี วัสดุอุปกรณ์ พลังงาน วิธีการทำงานหรือสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นต้น (รัชนิกร ชมสวน และคณะ, 2550) การพัฒนาและการปรับปรุงสภาพการทำงาน ความหนักเบาของงาน การใช้เครื่องมือที่เหมาะสม รวมไปถึงท่าทางการทำงาน เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึงการลดข้อผิดพลาดในการทำงานและการเพิ่มผลผลิต นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในการทำงานอีกด้วย (สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2542) ลักษณะของงาน ได้แก่ งานที่ต้องใช้การออกแรงมากในการทำงาน ระยะเวลา จังหวะการทำงาน เทคนิคในการทำงาน ตำแหน่งงาน (สลิธร เทพตระการพร, 2546) ซึ่งการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประเภทงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการทางสุขภาพ ด้านภาวะโภชนาการ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2 ชั่วโมงการทำงาน

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงานในการมีหลักเกณฑ์การจ้างงานที่เป็นธรรม เพื่อยกระดับมาตรฐานแรงงานไทยให้ทัดเทียมกับระดับมาตรฐานสากล ในฐานะประเทศสมาชิกองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization) หรือ ILO (พัชรินทร์ วิทยาเอนกนันท์, 2542) โดยกฎหมายแรงงานให้มีการปฏิบัติในเรื่องชั่วโมงการทำงานเป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ กำหนดเวลาทำงานปกติทุกประเภทงานต้องไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (มาตรา 23) เว้นแต่งานอันตรายไม่เกิน 7 ชั่วโมง

ต่อวันและไม่เกิน 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน, 2541) สำหรับชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในวันทำงานปกติ รวมชั่วโมงการทำงานในวันหยุด และชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในวันหยุด รวมกันแล้วต้องไม่เกิน 36 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

(www.brtotai.com/download/labourlaw) ลักษณะอาการของปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานที่ทำร้ายตนเอง จากการทำงานที่ใช้เวลายาวนานขึ้นเพื่อเพิ่มรายได้จากค่าล่วงเวลา หรือค่าทำงานในวันหยุด (วิโรจน์ ตูลาพันธ์, 2540) ที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดหลัง ปวดเมื่อยร่างกาย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ อีก เช่น ปวดหัว ปวดตา เป็นต้น (Cooper, Guthridge, & Riare, 1992; Pongsapich, 1992) ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) โดยที่การเกิดความเครียดจากการทำงานจะนำไปสู่ภาวะการหมดแรงงูใจในการทำงาน (Burn Out Syndrome) หรือเกิดความล้าจากการทำงานได้ (Kerr, Lusk & Ronis, 2002) ซึ่งปรียาภรณ์ วงศ์อนุตรโรจน์ (2532) ได้อธิบายถึงความล้าว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพทางกาย และทางจิตใจ เมื่อต้องทำงานในระยะเวลาติดต่อกันนาน ทำให้ผลผลิตลดลง และจากการศึกษาของปริญญาดาศา (2544) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า มีอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพียงร้อยละ 4.55 ที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การทำงานเป็นกะ

กะของการทำงาน คือ ช่วงเวลาที่คนงานต้องทำงาน ซึ่งโดยปกติจะอยู่ที่ประมาณ 8 ชั่วโมง การทำงานเป็นกะช่วงเวลาไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวกับการให้บริการต้องทำงาน 24 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากลักษณะของงานบังคับ เช่น งานในโรงพยาบาล (ศิริินทร์ เมฆโหระ, 2548) โรงพยาบาลทำงานเป็นกะ กะละ 8 ชั่วโมง แต่ทุกวันนี้เกือบทุกแห่ง โรงพยาบาลต้องขึ้นทำงานก่อนเวลาและลงจากที่ทำงานหลังเวลา เพราะมีช่วงเวลากการส่งเวร ซึ่งเป็นการสื่อสารสภาพของคนไข้และแนวทางการดูแลต่อเนื่อง (สุรัชย์ ปัญญาพุดพิงศ์, 2550) แบรค และคณะ (Barak et al., 1996) กล่าวว่าพยาบาลเป็นอาชีพที่ทำงานเป็นเวร ย่อมส่งผลกระทบต่อวงจรการนอนหลับ และเกิดปัญหาการนอนหลับตามมา จากสภาพคนที่ทำงานกะกลางคืนและคนที่ต้องทำงานเข้ากะประจำพบว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น มีความตึงเครียดที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ เกิดความอ่อนเพลีย นอนหลับยาก กระบวนการย่อยอาหาร ความอยากอาหาร และระบบขับของเสียในร่างกายผิดปกติ อัตราการหย่าร้างสูง ปัญหาทางเพศเพิ่มขึ้น การเข้าสังคมและศาสนาต่ำ การติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง ผลงานจากการทำงานน้อยลง อุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น การมีส่วนร่วมในองค์กรลดลง (กรเมษฐ์ คำแสน, 2549) เช่นเดียวกับ ศิริินทร์ เมฆโหระ (2548)

ได้อธิบายว่าผู้ที่ทำงานกะกลางคืนและต้องมานอนตอนกลางวัน ร่างกายอาจปรับตัวไม่ทัน ทำให้นอนไม่หลับส่งผลทำให้ร่างกายเกิดการล้าเรื้อรัง เหนื่อย หงุดหงิด หดหู่ได้ นอกจากนั้น ระบบการย่อยอาหารก็อาจแปรปรวน น้ำย่อยอาหารหลังไม่เป็นปกติ ความรู้สึกต่อการอยากอาหารลดลง และปัญหาที่สำคัญมาก ๆ อีกอย่างคือ ปัญหาทางครอบครัวและสังคม หลายคนรู้สึกห่างจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ที่หนักไปกว่านั้นอาจมีปัญหของครอบครัวแตกแยก เนื่องจากความไม่เข้าใจกันและไม่มีเวลาให้แก่กัน คนหนึ่งทำงานตอนกลางวันหลับตอนกลางคืน ขณะที่อีกคนหนึ่งทำงานตอนกลางคืนหลับตอนกลางวัน เวลาที่จะได้พูดคุยกันก็ลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็ลดลง การศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการทำงานเป็นกะกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นระยะของการคงอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้มีประสบการณ์การเรียนรู้และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยการปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มผู้ร่วมงาน เช่น พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และคนงานที่เป็นเพื่อนร่วมงาน ซึ่งการปรับตัวให้เข้ากับกฎข้อบังคับ ระเบียบวินัยในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เดมเบอร์และวอร์ม (Dember & Warm, 1979 อ้างถึงใน บุญมี ภูค่านจั่ว, 2548) กล่าวว่า ประสบการณ์เดิม ความจำ หรือความรู้เดิม ตลอดจนสถานการณ์ในขณะนั้น เป็นเครื่องช่วยให้กระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล (Information Processing) คือ เมื่อสิ่งเร้าหรือข้อมูลถูกป้อนเข้ามา กระบวนการภายในจะดำเนินการจัดกระทำกับข้อมูลเหล่านั้น โดยข้อมูลหรือตัวป้อน (Input) จะถูกลงรหัส (Code) แล้วเก็บรวบรวมไว้ จากนั้นก็มีการนำไปใช้ในภายหลังจากการศึกษาของ ยุกติกรรพฤทธิ์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่าครูประถมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง กลับพบว่าประสบการณ์หรือระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟิรนันท์ วิศาลสกุลวงษ์ (2544) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของอุบล ไตรถวิล (2544) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก็พบว่าประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ในทางทฤษฎีระยะเวลาการปฏิบัติงานน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่จากผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองดังกล่าว ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาเพื่อหาคำตอบต่อไป

3. ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช (2542) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 และการศึกษาของ ขนิษฐา ชันดี (2544) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เสพยาสูบในทางเดินเลือดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ก็พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่การศึกษาของ อุบล ไตรถวิล (2544) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และการศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า

3.2 การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ที่รับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้มีการปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาของ ขนิษฐา ชันดี (2544) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าการรับรู้ อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และการศึกษาของ อุบล ไตรถวิล (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่การศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2547) ซึ่งได้ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง ก็พบว่าการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จาก การศึกษาที่ผ่านมามะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าจะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า

3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

แคพแลน (Kaplan, 1984) เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจง การสร้างประสบการณ์ให้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใด ๆ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ ความสามารถตนเองในการทำกิจกรรมนั้นเพิ่มเติม ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด โดยไม่คำนึงว่า บุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นหรือไม่ การตัดสินความสามารถของบุคคลแสดงให้เห็นได้ จากความคาดหวังในผลลัพธ์ ที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจจะกระทำ พฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ดังนั้นความสามารถของตนเองจึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพได้โดยตรง (Pender, 1996) จากการศึกษาของ มณีนารถ อนุสรณ์พานิช (2542) ที่ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 และการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร การศึกษาของ สุกัญญา

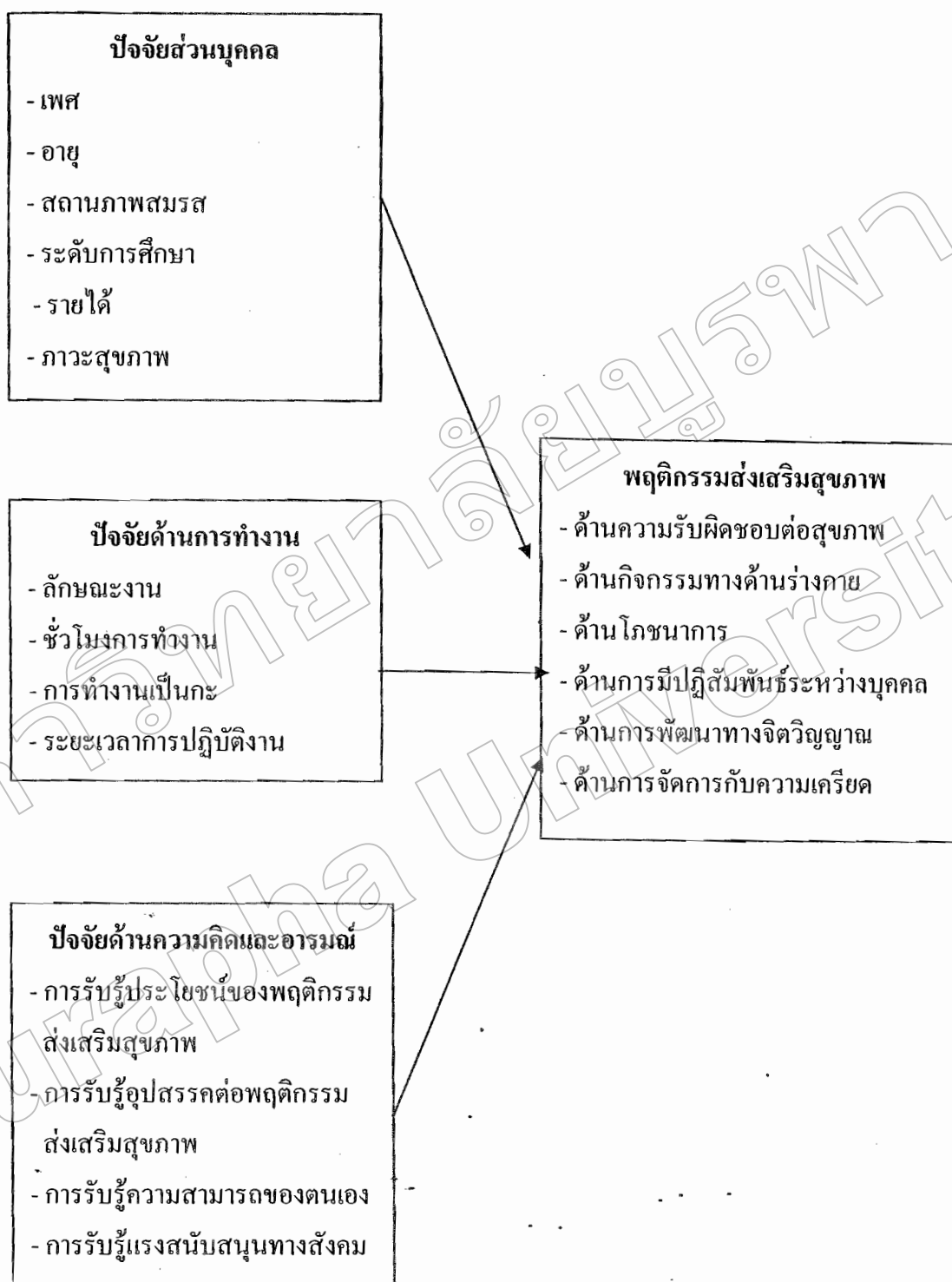
ไพทโสภณ (2540) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขนิษฐา ขันดี (2544) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เสพยาเสพติดอื่นทางเส้นเลือดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล รัชฎาภิรักษ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดีกรรพฤทธิ์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร การศึกษาของ มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือน ของครูสุศึกษา ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร การศึกษาของ พิรพันธ์ วิศาลสกุลวงษ์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร การศึกษาของ อุบล ไตรถวิธ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การศึกษาของ อุษณีย์ แสงสุข (2546) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษาของ ณิชฐกรณ์ ผลึกเพชร (2547) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาในต่างประเทศโดย เพนเดอร์ (Pender, 1990) ที่ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการก็พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ จากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.4 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

อิทธิพลด้านสัมพันธภาพในการส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (พ่อแม่พี่น้อง) กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ (Pender, 1996) ซึ่งถือได้ว่าบุคคลเหล่านี้เป็นบรรทัดฐานของสังคมที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือให้การสนับสนุน หรืออีกนัยหนึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพราะการได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคล การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ยึดถือของบุคคลอื่น ซึ่งการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ ตักเตือน คำปรึกษา การให้คำรับรองให้เกิดความมั่นใจ

เป็นทิศทางที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เกิดเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีความหมายมากขึ้นจากการศึกษาของ จูรีรัตน์ เพชรทอง (2540) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ จังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาของ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และการศึกษาของ ชุมพล คอวนิช (2541) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวน โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทะศิริ, จิราพร เกษพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2551) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ วลีดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4846$) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ได้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ทำให้ทราบว่าปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และพบว่าการศึกษาต่าง ๆ มีการใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยที่ต่างกันออกไป และการนำกรอบแนวคิดแบบใหม่ของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) มาศึกษายังมีน้อยในความเป็นจริง แนวคิดของเพนเดอร์ศึกษาพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน และเพนเดอร์ได้มีการนำทฤษฎีมาพบทวนอยู่เสมอ ครั้งล่าสุด ค.ศ. 2006 โดยทฤษฎีประกอบด้วยมโนคติต่าง ๆ ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เมื่อนำมาศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพังงา ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน ผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มในปัจจัยด้านการทำงานว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้จริง สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย