

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ออกกำลังกายที่เขตเทศบาลเมืองนราธิวาส ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพ
2. การส่งเสริมสุขภาพ
3. การออกกำลังกาย
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาสุขภาพ

สุขภาพ คือ ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ ภาวะแต่ละด้านอาจมีองค์ประกอบด้านละ 4 รวมเป็นภาวะดังนี้ ภาวะทางกาย ประกอบด้วยร่างกายแข็งแรง พลอดสารพิษ พลอดภัย มีสัมมาชีพ ภาวะทางจิต ประกอบด้วย ความดี ความงาม ความสวย ความมีสติ ภาวะทางสังคม มีความสัมพันธ์ที่ดีทุกระดับ ตั้งแต่ในครอบครัว ชุมชน สังคมเข้มแข็งร่วมคิดร่วมทำ สังคมมีความยุติธรรมแก้ไขความขัดแย้งด้วยสันติวิธี ภาวะทางปัญญา มีปัญญา รอบรู้ ทำทานอยู่ร่วมกันเป็น (ประเวศ วะสี, 2551) ซึ่งได้ให้ความหมายของแต่ละมิติของสุขภาพดังนี้

สุขภาพทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงคล่องแคล่วมีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย และมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า ภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตหมายถึง การมีจิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตาสัมพันธ์กับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมทั้งการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะหากมีความเห็นแก่ตัวก็จะไม่เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีการเคารพ มีสันติภาพ มีระบบบริการที่ดี และมีความเป็นประชาสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณหรือปัญญา หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีค่าสูงสุด เช่น ความเสียสละ การมีเมตตา กรุณา มีปัญญารอบรู้เท่าทัน มีที่พึ่งทางจิตใจเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญ้ยหลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านมีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพ ทางกาย ทางจิตและทางสังคม สุขภาวะทางจิตเป็นยอด ที่ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุญ้ยจะไม่พบความสุขที่แท้จริง

ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับสับเปลี่ยนหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือบางคนรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนาและการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวน

ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้น เพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุลของทั่วโลก และของประเทศไทยภายใต้ กระแสโลกาภิวัตน์ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทางวัตถุโดยเอาเศรษฐกิจหรือเอาเงินเป็นตัวตั้งแบบทุนนิยม ที่ดำเนินธุรกิจการค้าและบริการที่ถูกครอบงำด้วยกลไกตลาดที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญและการเติบโตทางเศรษฐกิจเกิดความเหลื่อมล้ำ สังคมเปลี่ยนไปสู่การเสื่อมสลายจากสังคมตะวันออกเป็นสังคมตะวันตก สังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทเป็นสังคมเมืองมากขึ้น เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม ที่มีค่านิยมเลียนแบบการบริโภคแบบต่างชาติ ละเลยไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย ไม่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมอ่อนแอกลายเป็นสังคมที่บกพร่องทางด้านคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ แข่งขัน แข่งขัน เอารอดเอาเปรียบ แสวงหารายได้เพื่อ

เลี้ยงดูตนเอง ครอบครัวและการเติบโตของธุรกิจ ทำให้ขาดความเอื้ออาทรใส่ใจซึ่งกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ รับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผลิต ผลิตภัณฑ์ที่ไร้คุณค่าทางโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ขาดความสมดุล ละเลยหรือมองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ ไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพที่นำไปสู่การะโรคต่าง ๆ ทำให้อาหารที่นิยมและเข้าถึงง่ายที่เกิดจากการขับเคลื่อนโดยอุตสาหกรรมอาหารและการเกษตรข้ามชาติและในประเทศ จากการส่งเสริมการตลาดเพื่อช่วงชิงผลประโยชน์ทางการค้า อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูป ที่หาได้ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลืองเวลามาก ซึ่งส่วนมากมักเป็นอาหารประเภทผัด ทอด ย่างหรือปิ้ง อาหารประเภทเนื้อที่มีโปรตีนและเป็นอาหารที่มีไขมันสูง เป็นอาหารที่เข้มข้นด้วยพลังงานมากขึ้น ทางเลือกในการกินค่อย ๆ ลดน้อยลง นิยมอาหารรสจัดที่มีความเค็มมีเกลือ โซเดียมสูงและหวาน มากเกินไป กินผักและผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากวิถีชีวิตที่ถูกขัดขวางด้วยโครงสร้างผังเมืองที่ไร้ทิศทาง ระบบขนส่งสาธารณะที่ผูกขาดโดยรถยนต์ส่วนบุคคลเกิดภาวะคับคั่ง ชะงักจนสูญเสียเวลาในการเดินทางและยังคุกคามต่อสวัสดิการของคนเดินเท้าหรือจักรยาน สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีมลพิษทำให้วิถีการเดินทางที่เอื้อต่อสุขภาพที่ไม่เกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังเกิดความเครียดสะสม ในบางรายไม่สามารถหาทางออกได้ต้องหันไปพึ่งการกินอาหาร สุบหนึ่และดื่มสุรา ซึ่งมีกลไกการตลาดที่เข้มแข็ง ต้องมีการควบคุมได้อย่างเท่าทัน ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตาย เปลี่ยนจากภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะ โภชนาการเกินและโรคอ้วนมากขึ้น จากโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทั่วไป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าในปี 2548 จำนวนการตายของประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 58 ล้านคน มีประมาณ 35 ล้านคน (ร้อยละ 60) มีสาเหตุหลักจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรังจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาอันดับต้น ๆ ของทั่วโลกมีการตายประมาณ 17.5 ล้านคน (ร้อยละ 29) และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน โดยมีประชากรประมาณ 19 ล้านคนหรือ ร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวสังคมและประเทศชาติ และความสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาวะทางสุขภาพ (Disability adjusted life year: DALY) จากโรคเรื้อรัง 6 ใน 10 อันดับแรก และมากกว่าเกือบ 2 เท่าเมื่อเทียบกับโรคติดเชื้อ

จากการศึกษาภาระโรคและภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2547 มีความสูญเสียทางสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 65 ของความสูญเสียทั้งหมด

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสมถูกต้อง เช่นการบริโภคแอลกอฮอล์ บุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอสม่ำเสมอทำให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี 2537 ประมาณ 3.6 - 6.5 เท่าในปี 2549 คือโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง มีอัตราป่วยคิดเป็น 659.57, 618.53, 586.82, 188.33 และ 124.38 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตายสูงสุดด้วยโรคมะเร็งในอัตรา 38.1 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอัตรา 28.4, 20.6, 12.0 และ 3.89 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 หน้า 3 - 4) จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่า โรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมจากการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การบริโภคหวาน มัน เค็ม มากเกินไป ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า เป็นประมาณ 33.2 กิโลกรัมต่อปี ในปี 2549 กินหวานมากเฉลี่ย 20 ช้อนชาต่อคนต่อวัน มากกว่ามาตรฐานโภชนาการกำหนดไว้ไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาต่อคนประมาณ 3 เท่าและมากกว่าระดับของโลกที่มีเพียงวันละ 11 ช้อนชาต่อคน น้ำตาล ร้อยละ 42 มาจากเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนม ร้อยละ 27 ผลิตภัณฑ์นม ร้อยละ 21 โดยนมที่คนไทยนิยมดื่มมากที่สุดคือนมปรุงแต่งรสหวานและนมเปรี้ยว นมจืดจะคือน้อยที่สุด สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทยในปี 2547 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 49.4 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ประมาณ 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 23) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 19.5) กว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบตั้งแต่วัยเยาว์ สำหรับในปี 2549 มีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อยเป็น ร้อยละ 20 แต่มีประมาณการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเป็นทั้งสิ้น 36,367 ล้านวน หรือเฉลี่ยคนละประมาณ 87.6 ซองต่อปี สำหรับการดื่มสุรา เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ 16.1 ล้านคน (ร้อยละ 32.7) อายุผู้ที่ดื่มสุราครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำนวน 3.8 ล้านคน โดยคนไทยดื่มสุราติดอันดับ 5 ของโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 หน้า 6 - 8) สำหรับการออกกำลังกายจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2547 พบว่า ชายที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21 หญิง ร้อยละ 24 และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลทั้งชายและหญิงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ในระดับภาค พบว่า ในภาคกลาง

กรุงเทพมหานครและภาคเหนือ มีสัดส่วนผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าภาคอื่น ๆ แต่จากการสำรวจทางสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2547 พบว่าคนไทยออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 29 เพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง การออกกำลังกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ปัญหาสาธารณสุขและโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไป ได้แก่ ภาวะโรคอ้วน น้ำหนักเกินและโรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ

ภาวะโรคอ้วน น้ำหนักเกินหรือค่าดัชนีมวลกายเกิน ปัญหาโรคอ้วนในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งสาเหตุโรคอ้วนมีหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต การเลี้ยงดูและพฤติกรรมสุขภาพ จากการรายงานทางการแพทย์สรุปได้ว่า เด็กที่อ้วนมีแนวโน้มจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง ผลกระทบจากปัญหาโรคอ้วน ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมองหาวิธีป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ โดยการแสวงหาและพัฒนาเครื่องมือชี้วัดปริมาณไขมันในร่างกายที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สำหรับคนไทย ซึ่งนอกจากจะใช้เป็นเกณฑ์บอกขนาดของปัญหาแล้วยังสามารถหยิบมาใช้ได้อย่างสะดวกแต่ทั้งหมดเป็นการพัฒนาโดยนักวิจัยตะวันตกการนำไปใช้กับชนชาติที่แตกต่างกันไปผลที่ได้ย่อมขาดความเที่ยงตรง เนื่องจากแต่ละเผ่าพันธุ์มีรูปแบบการเจริญเติบโตและระดับกิจกรรมของร่างกายที่แตกต่างกัน แม้ในกลุ่มเอเชียด้วยกันเอง ดังรายงานการวิจัยของ Deurenberg และคณะ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายกับดัชนีมวลกาย (BMI) ในกลุ่มตัวอย่างต่างเชื้อชาติ พบว่า คนจีนควรมีค่า BMI ที่ 23.1 คนไทยที่ 22.1 และคนอินโดนีเซียที่ 21.8 ขณะที่ค่ามาตรฐานที่ได้มีการวิจัยโดยชาวตะวันตกนั้นกำหนดไว้ที่ 25 แม้การใช้ BMI จะเป็นที่ยอมรับใช้วัดปริมาณไขมันในร่างกาย เนื่องจากใช้ง่ายและน่าเชื่อถือ แต่วิธีการนี้ไม่เหมาะในคนที่มีปริมาณกล้ามเนื้อมาก เช่นนักกีฬา เนื่องจากอาจจะได้ค่าที่ผิดพลาดได้ เพราะใช้ค่าความสูงยกกำลังสองไปหารน้ำหนักร่างกาย อย่างไรก็ตามการใช้ BMI เพื่อดูภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นมีความแตกต่างกันไป แม้ในรายงานประชุมเกี่ยวกับการจัดทำเกณฑ์วัดและประเมินภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นของ International obesity task force ในปี 1997 จะสรุปว่า BMI เป็นวิธีที่ใช้ได้ดีในเด็กแต่เนื่องจากเด็กมีการเปลี่ยนแปลงความสูงตามอายุ และมีการเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นที่แตกต่างกัน โดยเด็กหญิงจะเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นก่อนเด็กชาย จึงมีการเสนอให้ใช้ BMI for Age สำหรับใช้กับเด็กในหลายประเทศ รวมถึงความพยายามที่จะให้มี International BMI for Age ด้วย

จากรายงานที่ว่า คนอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ดังนั้น BMI ระหว่าง 25 - 29.9 ที่บอกถึงภาวะน้ำหนักเกิน ค่า BMI ตั้งแต่ 30 ขึ้นไปที่บอกถึงภาวะอ้วนจนถึงอ้วนอันตราย จึงเป็นดัชนีชี้วัดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการที่นำข้อมูลจากงานวิจัยระบาดวิทยาของโรคหัวใจและ

หลอดเลือดในเอเชีย (Inter asia) นำโดยนายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล มาพิจารณาจะพบว่า ค่า BMI ที่ 23 และ 25 คือตัวชี้วัดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เราพบว่าค่า BMI ที่ 23 ก็เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานแล้ว ขณะที่โรคไขมันในเลือดสูง ค่า BMI อยู่ที่ 25 นั้นแสดงว่า คนที่มีค่า BMI 25 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อพบว่าเบาหวานเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในหลอดเลือด ดังนั้นเบาหวานก็คือตัวที่ต้องเฝ้าระวังสำหรับค่า BMI ของคนเอเชีย แม้มี BMI ต่ำ ๆ ก็ถือว่าอ้วนแล้ว ต่อมาการศึกษาทางด้านโภชนาการ ขาดพลังงาน ซึ่งมีผลต่อสมรรถภาพการทำงานได้ค้นพบว่า ค่า BMI น่าจะต่ำลงได้ถึง 18.5 จากผล การศึกษาดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงประกาศค่า BMI ที่เหมาะสมเป็น 5 ช่วง คือ 18-23, 23-24.9, 25-29.5 มากกว่า 30 และมากกว่า 40 (วงศาท โกศลวัฒน์, 2552) มาตรฐานที่ใช้กันเป็นสากล ในการจำแนกน้ำหนักของร่างกายว่า น้ำหนักปกติหรือมากเกินไปหรือเป็นโรคอ้วนก็คือค่าดัชนี มวลกาย(BMI=Body Mass Index) ค่า BMI คำนวณโดยนำน้ำหนักตัวคนเป็นกิโลกรัมตั้งหารด้วย ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ค่ามาตรฐานเดียวกันที่ใช้มานานและใช้กันทั่วโลก ในการจัดกลุ่ม น้ำหนักตัวก็คือ ค่า BMI 18.5 ถึง 25 ถือว่าน้ำหนักปกติ 25 ถึง 30 ถือว่าน้ำหนักตัวเกินและน่าจะมี ส่วนเกี่ยวข้องในการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคบางอย่างและถ้าเกิน 30 เราถือว่าเป็นโรคอ้วนแล้วและมี ความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากเรื่องน้ำหนักตัว แต่เมื่อไม่กี่ปีมานี้ ผู้เชี่ยวชาญได้ ตั้งเกตุเห็นว่า ชาวเอเชียบางกลุ่มเกิดการเจ็บป่วยมีส่วนสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว ซึ่งเป็นผลมาจาก น้ำหนักตัวเกินที่ค่า BMI เพียงแค่เกิน 23 เท่านั้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญประจำองค์การอนามัยโลก (WHO) จึงแนะนำมาตรฐานค่าดัชนีมวลกายใหม่ที่ต่ำลง สำหรับชาวเอเชียคือถ้าค่า BMI 18.5 - 22.9 ถือว่ามี ความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัว 23 - 27.5 ถือว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และ 27.5 ขึ้นไปถือว่าเป็นสัญญาณของความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามการใช้ค่าดัชนีมวลกายก็มีข้อเสีย ตรงที่ว่า การคำนวณไขมันในร่างกายบางครั้งอาจผิดพลาด เช่น คำนวณได้สูงเกินในกลุ่มนักกีฬา หรือคนที่ฝึกกล้ามเนื้อดั่งเช่น ชนชาวพื้นเมืองในหมู่เกาะแปซิฟิกที่เป็นนักเพาะกาย ในทางตรงกัน ข้าม ค่าดัชนีมวลกายอาจต่ำเกินไป เมื่อใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่สูญเสียมวลของกล้ามเนื้อ ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำให้ใช้การคำนวณค่าดัชนีมวลกายร่วมกับค่ารอบเอวและหรืออัตราส่วนเอวต่อ สะโพก (Waist to hip ratio) ทั้งนี้เพื่อความแม่นยำมากยิ่งขึ้น (AFIC:2004)

การวัดรอบเอว คือ การวัดส่วนที่แคบที่สุดระหว่างกระดูกซี่โครงและสะโพก เมื่อมอง จากด้านหน้าหลังจากผ่อนคลายใจออก รอบเอวเป็นการวัดไขมันหน้าท้อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่ดี ของภาวะสุขภาพของร่างกาย ถึงแม้เมื่อการคำนวณค่า BMI จะบอกน้ำหนักตัวปกติก็ตาม ตามที่ ใช้กันทั่วโลกคือรอบเอวมักกว่า 102 เซนติเมตรหรือ 40 นิ้ว ในผู้ชายและมากกว่า 88 เซนติเมตร หรือ 35 นิ้ว ในผู้หญิงถือเป็นขนาดที่คนๆ นั้นจะมีความเสี่ยงต่อโรคที่มีส่วนสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว

สำหรับขนาดรอบเอวของชาวเอเชียโดยคณะทำงานเรื่องโรคอ้วนในประเทศจีนได้ศึกษาทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย รอบเอวและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและได้กำหนดค่าใหม่ของรอบเอวมามากกว่า 85 เซนติเมตร ในผู้ชายและมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง นับเป็นจุดเริ่มต้นของการวิเคราะห์ว่าเป็นโรคอ้วน สำหรับในประเทศไทยคนที่มีความเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงคือคนที่อ้วนที่มีเส้นรอบเอวมามากกว่า 90 เซนติเมตร ในผู้ชายและมากกว่า 80 เซนติเมตร ในผู้หญิง (AFIC:2004)

ปัจจุบันคนไทยมีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงมากขึ้น จากการกินอาหารรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มขึ้น แต่กินผักผลไม้ไม่พอ และขาดการออกกำลังกายในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมามีพบว่าในกลุ่มอายุ 20 - 29 ปี มีภาวะโรคอ้วนเพิ่มขึ้น 7.5 เท่าตัวจาก ร้อยละ 2.9 เป็น ร้อยละ 21.7 ในกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี อ้วนเพิ่ม ขึ้น 1.7 เท่า และล่าสุดปี 2551 ผลการสำรวจภาวะอ้วนลงพุงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศของกรมอนามัย พบว่าเพศชายมีรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 34 และเพศหญิงรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร ร้อยละ 58 ซึ่งน่าเป็นห่วงอย่างยิ่งที่สำคัญคนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องมาก เกินไป ทำให้เป็นโรคอ้วนลงพุงหรือเมตาบอลิกซินโดรม มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูงเสี่ยงเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุก 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวาน 3 - 5 เท่า

ในต่างประเทศมีงานวิจัยที่ยืนยันว่า คนอ้วนมีส่วนทำให้โลกร้อนขึ้นด้วย เนื่องจากความต้องการพลังงานในแต่ละวันสูงกว่าคนทั่วไป จึงต้องการอาหารเพิ่ม ส่งผลให้ต้องทำการเกษตรมากขึ้น เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในการเดินทางยังต้องใช้เชื้อเพลิงมากขึ้น เพราะเครื่องยนต์ต้องทำงานหนักจากการแบกรับน้ำหนักตัวของคนอ้วน รวมทั้งต้องใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ มากขึ้น เช่น เปิดแอร์ เพราะคนอ้วนจะร้อนง่าย ส่งผลต่อภาวะโลกร้อน ซึ่งกำลังเป็นภัยคุกคามโลกในหลายๆ ด้านและทำให้เกิดโรคติดเชื้อเพิ่มขึ้นด้วย

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งรณรงค์ให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังดังกล่าว เพื่อลดน้ำหนัก ลดรอบเอว ในกลุ่มคนอ้วนลงพุง และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มคนปกติ โดยใช้หลัก 3 อ. ได้แก่ กินอาหารพอสัม สดส่วนอาหารมีผักครึ่งจาน ข้าว 1 ใน 4 ของจาน และโปรตีน เช่น ปลา ไข่ เต้าหู้ ถั่วเมล็ดแห้งอีก 1 ใน 4 ของจาน และลดอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง ทำอารมณ์ให้แจ่มใส และตั้งมั่นในการลดน้ำหนัก หากสามารถลดน้ำหนักได้ 10 กิโลกรัมจะลดความเสี่ยงการตายโดยรวมได้ ร้อยละ 20 ลดการตายจากเบาหวานและมะเร็งได้ประมาณ ร้อยละ 30 - 40 ลดน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 50 ลดไขมันตัวร้ายได้ถึง ร้อยละ 10 - 30 และช่วยเพิ่มไขมันตัวดี ซึ่งช่วยป้องกัน

โรคหัวใจและหลอดเลือดได้

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น คาดว่าในพ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดราว 25 ล้านคน หรือ 76% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ปัจจัยสำคัญที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การมีไขมันในเส้นเลือด บุหรี่และความเครียด ในปัจจุบันสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่อยู่ในเมืองใหญ่ ๆ มีเรื่องน่าเป็นห่วงมากคือ โรคอ้วนลงพุง เพราะคนทำงานส่วนใหญ่มักนั่งโต๊ะทำงาน ร่างกายเคลื่อนไหวน้อย อีกทั้งไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกายและไม่ค่อยสนใจเรื่องอาหารการกิน เพราะเดี๋ยวมีประชุม มีเบรก มีงานเลี้ยงตอนเย็น ชีวิตวนเวียนอยู่อย่างนี้ พอรู้สึกตัวอีกทีก็มีพุงยื่นแล้ว ซึ่งจากเหตุนี้เราต้องหันมาสนใจที่จะรณรงค์ให้คนในเขตเมืองได้ตื่นตัวถึงพิษภัยของโรคภัยที่มาจากการอ้วนลงพุง เพื่อเป็นการลดรอบเอว รักษาน้ำหนักและหันมาออกกำลังกายมากขึ้น การออกกำลังกายจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันและลดภาวะการเสี่ยงของการอ้วนลงพุง โดยควรออกกำลังกายให้ถี่ด้วยการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที แต่หากน้ำหนักตัวยังไม่ลดให้เพิ่มเวลาในการเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายวันละ 40 - 60 นาที และที่สำคัญควรหมั่นวัดรอบเอวเพื่อวัดปริมาณไขมันในช่องท้องไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันที่ผนังเส้นเลือดขณะที่หัวใจบีบและคลายตัว ซึ่งปกติความดันในระบบไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงจะสูงกว่าหลอดเลือดดำ และระดับความดันเลือดที่เราใช้เครื่องมือวัดนั้น เป็นการวัดระดับแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงขณะที่หัวใจบีบตัว เรียกว่า “ความดันโลหิตซิสโตลิก” (ความดันโลหิตตัวบน) และความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงขณะที่หัวใจคลายตัว เรียกว่า “ความดันโลหิตไดแอสโตลิก” (ความดันโลหิตตัวล่าง) การจำแนกระดับความดันโลหิตในผู้ใหญ่ ระดับปกติ ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ก่อนเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตตัวบน 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท ภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตตัวบน 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงกว่าปกติอย่างคงที่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 80 จัดเป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) แต่ก็พบว่ามีปัจจัยบางอย่างที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ กรรมพันธุ์ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ ความเครียด ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะในสำนักงานจะ

มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ทำงานใช้กำลัง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียม หรือมีสัดส่วนของไขมันชนิดอิ่มตัวสูง ผู้ที่มีความผิดปกติของไขมันในเลือดหรือโรคเบาหวาน ส่วนอีก ร้อยละ 20 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการเกิดโรคหรือความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่โรคไต โรคคอพอกชนิดตาโปน โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคสมองอักเสบ หรือมีการใช้ยา เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานาน อาการที่พบได้เป็นอาการที่มีสาเหตุได้หลายอย่าง ดังนั้นเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยอาจเข้าใจผิดว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ไม่เข้ามาจากการที่มีความดันโลหิตสูงขึ้น อาการดังกล่าวได้แก่ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย จนอาจรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อยเอว ปวดหลัง หูอื้อ หน้ามืดตาลาย สำหรับผู้ที่มีประวัติความดันโลหิตสูง หากมีอาการปวดศีรษะอย่างเฉียบพลัน มีเลือดกำเดาไหล เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ชัก ให้สงสัยว่าเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้จึงต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลด่วนที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยควรสังเกตอาการเหล่านี้และไม่ควรปล่อยปละละเลยตนเอง แม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ทางร่างกายเกิดขึ้น ก็ควรทำการตรวจสอบค่าความดันโลหิตและควบคุมให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ในการตรวจสอบค่าความดันโลหิต (เอกสารเผยแพร่, 2552)

ความดันโลหิตต่ำหรือสูงไปจะมีอันตรายอย่างไร ความดันโลหิตต่ำจะมีอาการหน้ามืด เวลาลุกขึ้นนั่งเร็ว ๆ อาจจะทำให้หกล้มเป็นอุบัติเหตุได้ ถ้าต่ำมากอาจทำให้เส้นเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ อาจก่อให้เกิดโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ ในคนที่เส้นเลือดไปเลี้ยงสมองตีบง่ายอยู่แล้ว เช่น คนสูงอายุ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหรือไขมันในเลือดสูงหรือสูบบุหรี่ เป็นต้น ความดันโลหิตสูง ถ้าไม่รักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจ หัวใจมักโตก่อน เพราะเจอแรงดันสูงนาน ๆ ต้องทำงานหนัก บีบแรงขึ้นอีกจากนั้นมักจะหัวใจวาย หรือเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด นอกจากนี้ยังเกิดโรคอัมพาต อัมพฤกษ์จากเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบก็ได้ทั้งสองแบบ แตกเพราะแรงดันมากทำให้เส้นเลือดหนาตัวแต่เปราะแตก ตีบเพราะเส้นเลือดหนาตัวจากการกระทบแรงดันสูงนาน ๆ ทำให้ตีบแคบลงอุดตันได้ นอกจากนี้อาจทำให้ไตวายได้และไตวายจะเป็นได้ง่ายที่สุดเป็นทวีคูณ ถ้ามีโรคเบาหวานและคุมความดันโลหิตไม่ดี ถ้าเป็นเบาหวานต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท จึงจะดี

ความดันโลหิตสูงเกิดจากอะไรและมีอาการอย่างไร จนถึงปัจจุบันนี้ความดันโลหิตสูงก็ยังเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุเป็นส่วนใหญ่ มีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเช่น อาหารรสเค็ม เชื้อชาติ ส่วนน้อยเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด ไตวายหรือเนื้องอกบางชนิด ความดันโลหิตสูงได้ชื่อว่าเป็นฆาตกรเงียบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ทราบว่า

ตัวเองมีความดันโลหิตสูงหรือแม้แต่จะทราบก็ละเลยไม่สนใจรักษาเพราะรู้สึกปกติ สบายดี ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่าง ๆ ตามมาภายหลังผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีอาการปวดศีรษะมีนศีรษะสาเหตุ มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะตรวจไม่พบสาเหตุ เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยหลักดังนี้

1. กรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ จากหลักฐานทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ที่บิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็น ยิ่งกว่านั้นผู้ที่ทั้งบิดามารดาเป็นความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมากที่สุด ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง เมื่ออายุมากขึ้น

2. สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น

ส่วนความดันโลหิตสูง ที่มีสาเหตุพบได้น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แม้จะพบเป็นจำนวนน้อยแต่ก็มีความสำคัญ เพราะบางโรคอาจรักษาให้หายขาดได้สาเหตุที่พบบ่อยคือ โรคไต หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบ ขาบางชนิด เช่น ขาคูมก้านิด หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจตีบ และเนื้องอกของต่อมหมวกไต เป็นต้น ฯลฯ (นาคยา สุวรรณศรี, 2546)

นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบอื่นที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น

1. ความเครียด จากความสับสนวุ่นวายในชีวิตประจำวัน ปัญหาเศรษฐกิจการทำงาน
2. โรคไตบางชนิด
3. ความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบหรือผนังหลอดเลือดแข็งขาดความยืดหยุ่น

4. ความผิดปกติกับระบบฮอร์โมน เช่น โรคเบาหวาน โรคคอพอกเป็นพิษ
5. เกิดขึ้นเอง ไม่สามารถหาสาเหตุได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่าคนในสหรัฐอเมริกา เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึงประมาณ 3 ล้านคน และพบว่าประมาณ 35 - 75 % ของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานนั้น เกิดมาจากการมีความดันโลหิตสูง

อายุ ยิ่งท่านมีอายุมากขึ้นเท่าไรท่านจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกันที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตสูง (คุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ, 2544) ศึกษาพบว่า ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยในเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตตามอายุเร็วกว่าเพศหญิง แต่ความสัมพันธ์นี้จะค่อย ๆ ลดลง เมื่ออายุเข้าสู่ 50 ปี ซึ่งผู้ที่มิ อายุ 40 ปีขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น 2 เท่า (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2539, สมกิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542)

เชื้อชาติ จากการศึกษาหลายครั้ง พบว่า คนผิวดำมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จากการศึกษาในชายอเมริกันพบว่าชาวอเมริกันผิวดำจะมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคไต มากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว (พีระ บุรณกิจเจริญ , 2543)

เพศ พบว่าในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลางนั้น เพศชายจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิงแต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนแล้ว เพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย เมื่อเทียบที่ช่วงอายุเท่ากัน

น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ การมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติจะทำให้ท่านมีโอกาสที่จะเป็น ความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติถึง 2- 6 เท่า และพบว่า 90 % ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) จะมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ

พันธุกรรม ความดันโลหิตสูงนั้น เป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรมได้ด้วย ดังนั้น ถ้าพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือญาติใกล้ชิดของท่าน มีความดันโลหิตสูง ท่านอาจมีความเสี่ยงสูง มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นที่จะเป็นความดันโลหิตสูง

การใช้ยา ยานบางชนิดสามารถทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น Ibuprofen ยาแก้ไขหวัด ยาลดความอักเสบและยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น (คุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ, 2544)

บุคคลประเภทใดที่มักจะเป็นความดันโลหิตสูง

1. ส่วนมากมักพบได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอายุตั้งแต่ 40 - 50 ปีขึ้นไป
2. พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังวัยหมดประจำเดือนจะพบได้บ่อย
3. พบมากในคนอ้วน แต่คนผอมก็พบบ้างเหมือนกัน
4. อาจเนื่องจากกรรมพันธุ์ ประมาณ 30 - 40 %
5. ในบุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง เคร่งเครียด ตื่นเต้น ตกใจง่าย ดีใจง่าย อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วอาจจะกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราวในตอนแรก แล้วจะค่อยลดลงเอง แต่ถ้าเกิดบ่อยและนานเข้าความดันโลหิตก็จะสูง อย่างถาวรเลยซึ่งถ้าสูงมาก ก็เป็นอันตรายได้

ถ้าท่านพบว่าท่านเป็นความดันโลหิตสูง การรักษาจะเหมือนกับข้อปฏิบัติที่แนะนำไปแล้ว ในเรื่องการป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่กล่าวมาข้างต้น คือ ให้ลดน้ำหนักลงถ้าจำเป็น ออกกำลังกาย รับประทานอาหาร อย่างเหมาะสม ที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันต่ำ และเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ โดยแพทย์อาจจ่ายยา เพื่อใช้ในการควบคุมความดันโลหิตร่วมด้วย บางชนิดและขนาดของยา จะแตกต่างกันไปแต่ละคน (บรรลุ ศิริพานิช, 2537)

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน หรือรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ลดอาหารเค็มที่มีเกลือ โซเดียมถ้าอ้วนให้ลดน้ำหนัก ถ้าดื่มสุราให้งด ดื่มสุราหรือ ออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อสภาพร่างกายของท่าน และติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อแพทย์ให้ยา ก็รับประทานตามกำหนด และ รายงานแพทย์ถ้ามีอาการ ยาที่ลดความดันมีหลากหลายแพทย์จะเป็นผู้ปรับขนาด และปรับ ชนิดยา เพราะการรักษาเป็นแบบลงมือชอบลงยาการรักษาจะอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ (นพ.วรวิทย์ เจริญศิริ)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา มักจะเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33 โรคไตวาย ร้อยละ 10 - 15 (เกษม วัฒนชัย, 2533) และหัวใจวาย ร้อยละ 60 - 75 (ชมพูนุช อ่องจิต, 2534) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหาเรื้อรังในการรักษาและสูญเสียงบประมาณ ของรัฐเป็นอย่างมาก ดังนั้นการรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญมาก โดยผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยกลางคนควรควบคุม ความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับเท่ากับ 120/80 มม.ปรอท ถือว่าดีที่สุด หรือ 130/80 มม.ปรอท ถือว่า ยอมรับได้กรณีมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรควบคุมให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท ส่วนผู้ใหญ่ ตอนปลายและผู้สูงอายุ ควรควบคุมความดันโลหิต ให้อยู่ระดับต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และผู้ป่วยที่มีแรงดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว ควรควบคุมแรงดันซิสโตลิกให้เท่ากับ 140 มม.ปรอท (WHO, 1993 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธภักดี, 2542, WHO 1996, WHO/ISH, 1999)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญ คือ ไม่เครียด ความเครียดและนอนไม่หลับทำให้ความดันสูงมาก ๆ ได้ ไม่ทานอาหารเค็ม เลิกบุหรี่ (เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจ) เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เพราะตอนทานอาจทำให้ความดันสูงมากจนเส้นเลือดแตกได้) ไม่ทานของมัน (เครื่องในไข่น้ำมันสัตว์ น้ำมันหมู ปลาหมึก หอยนางรม) เพราะอาจทำให้ไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมาก ทำให้ไปจับเป็นตะกรันในเส้นเลือด เสี่ยงต่อเส้นเลือดตีบ เปราะ แตกง่าย และถ้าความดันโลหิตสูงมากที่สุดสูงไม่มากแต่ทำตัวดีแล้วก็ไม่ยอมลง ก็จะต้องทานยา มักต้องทานตลอดชีวิต ไปตามแพทย์นัดตลอด ถือว่ายาเป็นปัจจัยสี่สำหรับเราไปเลย เน้นนอน เพราะถ้าหยุดยา ความดันโลหิตจะสูงได้อีก ที่สำคัญคือ เมื่อไปพบแพทย์จะได้รับการตรวจเช็ค หัวใจ ไต และสืบค้นหาสาเหตุ ความดันโลหิตสูงจากโรคบางอย่างอีกด้วย

อาการเตือนถ้าไม่รักษาที่พบบ่อยสุดคือ ปวดศีรษะ มักปวดตรงท้ายทอยจนลามไปมีนทั้งศีรษะ ปวดตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าเลยทีเดียว ที่สำคัญบางคนกว่าจะปวดก็สูงมากจนจะแย่ และบางคนก็ไม่ปวด แต่สูงจนหัวใจโต ไปเลย ดังนั้น การตรวจสุขภาพประจำปี จึงจำเป็น และถ้าความดันโลหิตสูงในเด็กหรือวัยรุ่น ถ้าพบต้องรักษา และหาสาเหตุอีกหลายอย่าง จึงไม่ควรจะละเลย การตรวจสุขภาพประจำปี

อาหารสุขภาพและสมุนไพรที่จะช่วยเรื่องนี้ที่มีการวิจัยทางการแพทย์ที่รองรับ โดยลองในคนจริง ๆ ถือว่าไม่มีอย่างเป็นทางการที่ลด ได้บ้าง ไม่ได้บ้างในบางราย ก็มีกระเทียมและ น้ำมันปลา เมื่อรวบรวมงานวิจัยวิเคราะห์จริงก็พบว่าไม่ลด จึงไม่ใช่เป็นตัวที่จะช่วยรักษาได้ โรคนี้การแพทย์โบราณเขาจริงต้องถือว่าไม่รู้จัก เพราะไม่มีเครื่องวัดความดันโลหิต จึงปนไปกับโรคอื่น เช่น ปวดหัว หัวใจวาย จึงบอกไม่ได้ว่า ความดันโลหิตสูงหรือไม่ โดยสรุป จึงถือว่าเป็นโรคที่ไม่ควรละเลย สามารถรักษาได้ ควรไปพบแพทย์ เพื่อตรวจ เช็คและไปตามนัด

การป้องกันไม่ให้เป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงนั้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และแม้ว่าความดันโลหิตสูงนี้ เป็นภาวะที่ควบคุมได้ก็ตาม แต่ก็จัดได้ว่าดีมากถ้าท่านไม่เป็นโรคนี้เลย ซึ่งท่านจะสามารถลดความเสี่ยง ในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยปฏิบัติ ดังนี้คือ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นความดันโลหิตสูงก็จะขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นการมีน้ำหนักเกินกว่าปกติ จะทำให้ท่านมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติถึง 2 - 6 เท่า เป็นคนที่ไม่ชอบอยู่เฉย จะมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าคนปกติถึง 20 - 50 เท่า และพบว่าการออกกำลังกายแบบ Aerobic exercises เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ขึ้นจักรยานและว่ายน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่และโซเดียมต่ำ การลดอาหารและโซเดียมเป็นส่วนประกอบลง จะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยทั่วไปแล้วแนะนำไม่ให้รับประทานเกลือมากกว่า 6 กรัมต่อวัน ปัจจุบันพบว่าชาวอเมริกันรับประทานเกลือสูงถึง 4,000 - 6,000 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้นคนส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องลดปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมให้น้อยลง การดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ในปริมาณที่พอเหมาะหรือไม่ดื่มเลยจะเป็นการดีมาก การดื่มน้ำแอลกอฮอล์มากเกินไปจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ควรดื่มไม่เกินวันละ 2 แก้ว (คณะกรรมการอาหารและยา, 2545) และจากงานวิจัยของโอเรกอน ซึ่งตีพิมพ์ใน Journal of the American Geriatrics Society ดร.ฟุง ลี ได้ขอให้อาสาสมัครกลุ่มหนึ่งเดินบนแผ่นตะปุมตะป้าเป็นเวลา 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มอาสาสมัครได้รับประโยชน์อย่างมากเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ รวมทั้งความดันโลหิต และงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งของสมาคมโรคหัวใจอเมริกันระบุว่า ไทเก็กช่วยลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้มาก เกือบเท่ากับการออกกำลังกายปานกลาง เช่นการวิ่ง (ไทยโพสท์, 2552)

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักการลดอาหารประเภทไขมันหลักเลี้ยงอาหารจำพวกเนย และน้ำมันในการปรุงอาหาร เปลี่ยนอาหารทอดมาเป็น อบ นึ่ง ต้ม แทน รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ให้มากขึ้นหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ มาเป็นนมพร่องมันเนยหรือน้ำผลไม้
2. รับประทานอาหารที่ไม่เค็มจัด ลดปริมาณเกลือในอาหารหลักเลี้ยงอาหารหมักดอง

3. หลีกเลี้ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด พยายามเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งที่ทำงานและที่บ้าน

4. หยุดสูบบุหรี่งดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

5. ออกกำลังกายแต่พอประมาณ การเดินวันละ 20 - 30 นาที จะช่วยท่านลดน้ำหนักได้ ช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และป้องกันโรคหลอดเลือดได้ ก่อนออกกำลังกายควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแลท่านก่อน

6. ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีเครื่องตรวจความดันที่บ้าน ควรเรียนรู้วิธีการตรวจที่ถูกต้องหรือปรึกษาแพทย์และควรวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง หรือเมื่อมีอาการเครียด ปวดศีรษะ ควรจดบันทึกวัน เวลา และค่าความดันที่วัดได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับตัวท่านและแพทย์ผู้ดูแลรักษา

7. รับประทานยาตามแพทย์สั่งให้สม่ำเสมอ มาพบแพทย์เป็นประจำและต่อเนื่อง ไม่ควรเปลี่ยนหรือหยุดยาเอง ขอเน้นว่าการปล่อยให้ความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับการรักษาหรือขาดยาบ่อยๆจะก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนอันตรายร้ายแรง ผู้ป่วยที่ไม่ควบคุมรักษาความดันอาจเป็นโรคหัวใจหรืออัมพาตภายหลังได้ (มูเนาะ เจะเลาะ, 2552)

สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทยในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิดนโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ และบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ พัฒนาการสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหนึ่ง ทศวรรษดังกล่าว สะท้อนพลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นในหลายด้านและบางเหตุการณ์อาจเป็นเค้าร่างของปัญหาที่จะเกิดขึ้น และต้องการแก้ไขในอนาคตแต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา ก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นบุพนิมิตของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด ได้แก่ กระแส ความตื่นตัวและการใส่ใจ เรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผล มาจากการตระหนักถึง ภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตอยู่ในเมืองต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและ โรคมะเร็งการใส่ใจเรื่องสุขภาพ และการ แพทย์ทางเลือกจึงกลายเป็นทางออก จากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตคนยุคใหม่ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ สมุนไพร การแพทย์ทางเลือกการออกกำลังกาย สปา ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่าง ๆ ที่แพร่หลายขึ้นสะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่มีสุขภาพหรือหยาบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา นอกจากนี้ในด้านนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ขยายโอกาสทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วประเทศ ร้อยละ กว่า 96 ของประชาชนมี

หลักประกันสุขภาพและสามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์ไม่ต้องกลัวว่าจะถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่เกิดขึ้น นอกจากนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้านอีกด้วย

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขในสังคมไทย มีกลุ่มโรคที่เกิดเป็นการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาช่วงที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้น ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนี้สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาช่วงที่ 3 ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้น และแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน สินค้าและบริการ และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนก ซาร์ส โรคหวัดหวัด หรือการกลับมาของวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรงที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ มีความซับซ้อนยากลำบากมากขึ้น เป็นต้นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก ในประเทศไทยในช่วงปี 2548 มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด โรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์ 544.08, 530.75, 490.53, 174.88 และ 114.31 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมีเนมา สารเสพติดรวมทั้งเกิดจากความเครียดและการขาดการออกกำลังกาย สถานการณ์การเล่นกีฬาและการออกกำลังกายของคนไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังอยู่ในอัตราที่ต่ำเพียง ร้อยละ 34.7 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ เมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสิงคโปร์ที่มีอัตราการออกกำลังกายประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดการที่เยาวชนมีการออกกำลังกายน้อยลงทำให้ปัญหาโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้นในปี 2548 พบเด็กภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 17 คาดว่าในปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน มีข้อมูลที่น่าเป็นห่วงในเด็กวัย 6 - 14 ปี ในกรุงเทพมหานคร กว่า 1 แสนคนกินอาหารฟาสต์ฟู้ด ทุกวัน และมีอุบัติการณ์การเป็นโรคอ้วนมากกว่าในภาคอื่นๆ ประมาณ 3 - 5 เท่าและมีโรงเรียนเพียงไม่กี่แห่ง ร้อยละ 40 จัดกิจกรรม ออกกำลังกายเสริมนอกจากชั่วโมงพลศึกษาของระบบสุขภาพของประเทศโดยรวมจะมีความเข้มแข็งไม่ได้หากระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็ง “การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคนทุกภาคส่วนจะต้อง ช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” (All for health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชนและประชาสังคมต้องเข้ามามีส่วนร่วม

มากขึ้น ในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ และพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคม ไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง

ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่ปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับและเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพโดยยึดหลักการที่ว่า สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี มีนโยบายการสร้างวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพจะเร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวันทั้งด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ และสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ โดยสร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy public policies) ควบคู่ไปกับการสร้างกลไกและกระบวนการ เพื่อการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายและแผนงานโครงการต่าง ๆ (Health impact assessment) อย่างพอเพียงและเป็นระบบพัฒนากลไกด้านนโยบายและแผนเพื่อประเมินติดตามและให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy public policies) และสามารถตรวจสอบทิศทางการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม ให้เป็นไปอย่างสมดุลและเกื้อกูลต่อ การมีสุขภาพดีของประชาชน มุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งเสริมพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้มาตรการทางสังคม มาตรการทางกฎหมาย ควบคู่กับมาตรการด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการสร้างสุขภาพ และลดอัตราการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสังคมที่ไม่เหมาะสม สร้างเสริมศักยภาพ ระบบการเฝ้าระวังการควบคุมป้องกัน และการรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพสร้างระบบการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ครอบคลุม และชัดเจนสามารถควบคุมป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุ การป่วยและการตายที่สำคัญ ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงโรคมะเร็งโรคทางจิตโรคใช้เหลืออกโรคใช้หัดใหญ่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550-2554)

การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในภาวะสังคมปัจจุบันจะเห็นได้ว่า ประชาชนโดยทั่วไปมีความสนใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

ประกาศเพ็ญ สุวรรณ (2538) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพคือผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและการสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

วันดี ศิลปะสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ (2542) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชากรมีสุขภาพดี ต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ (2541) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อ พ.ศ.2520 จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก องค์การอนามัยโลกได้มีมติให้กำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 เป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2521 การประชุมที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ได้ตกลงร่วมกันในการใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง พ.ศ. 2529 การประชุมที่ กรุงฮาดดาวา ประเทศเคนาดา ซึ่งเป็นการประชุมนานาชาติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ได้มีการประกาศกฎบัตรฮาดดาวา กำหนดยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนมีสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น และได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี
3. การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

พ.ศ. 2531 การประชุมนานาชาติครั้งที่ 2 ที่เมืองแอตลีเคิล ประเทศออสเตรเลีย ในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินนโยบาย

สาธารณะในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศสมาชิก ที่ควรนำไปปฏิบัติ 4 ด้านคือ การส่งเสริมสุขภาพสตรี อาหารและโภชนาการ บุหรี่และแอลกอฮอล์ การสร้างสิ่งแวดล้อม

พ.ศ. 2543 การประชุมนานาชาติครั้งที่ 3 ที่เมืองซันด์สวาลส์ ประเทศสวีเดน ในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยนโยบายของรัฐจะต้องมีการจัดให้นโยบายสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญในลำดับแรก ๆ ของการพัฒนาประเทศ โดยมีสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสังคมที่อยู่ล้อมรอบตัว ครอบคลุมทั้งสถานที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน ชุมชน สถานที่พักผ่อน รวมทั้งปัจจัยที่กำหนดการเข้าถึงทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตและโอกาสในการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมิติของกิจกรรม ทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจและการยอมรับ การจัดระบบการศึกษาที่เหมาะสมการกระจายอาหารที่เพียงพอหลักโภชนาการ การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน และชุมชน การงานและอาชีพ การคมนาคม การสนับสนุนและการดูแลจากสังคมอย่างเหมาะสม

พ.ศ. 2540 การประชุมนานาชาติครั้งที่ 4 ที่กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย เรื่องภาคีสำหรับยุคใหม่ การนำพาการส่งเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21 เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งค้นหากลยุทธ์ที่จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และได้ข้อสรุปการจัดลำดับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ไว้ 5 เรื่องดังนี้

1. การส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีความรับผิดชอบในการส่งเสริมให้เกิดนโยบายและการปฏิบัติ
2. เพิ่มการลงทุนในด้านการพัฒนาสุขภาพ
3. ผลิตและขยายภาคีทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและศักยภาพในการพัฒนาสุขภาพ
4. เพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการดูแลสุขภาพ
5. สร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างเครือข่ายทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติและระดับโลก

พ.ศ. 2543 การประชุมนานาชาติครั้งที่ 5 ที่ประเทศเม็กซิโก เรื่อง Health Promotion Bridging the Equity Gap เพื่อแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดความเท่าเทียมในภาวะสุขภาพได้จริง โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส และเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกได้นำเสนอแนวทางจากการประชุมครั้งก่อนลงสู่การปฏิบัติในการสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพสามารถสร้างความแตกต่างในคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ การเพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและการสร้างเสริมพลังของบุคคลและชุมชน ความมั่นคงของโครงสร้างด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ เปลี่ยนแนวความคิดของระบบ และบริการสุขภาพโดยใช้หลักการของการส่งเสริมสุขภาพ

พ.ศ. 2548 การประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 6 ที่ประเทศไทย เรื่องกฎบัตรกรุงเทพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโลกซึ่งจะเน้นยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพในโลกไร้พรมแดนใน 5 ประการ

1. การชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน
2. ให้กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติและการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน ในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

3. ให้สร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่การพัฒนา นโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัย รวมทั้งความรู้ทางด้านสุขภาพ

4. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ที่จะร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

5. การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ประเทศไทยมีประสบการณ์ในการพัฒนางานสาธารณสุขมาช้านาน มีการพัฒนาและขยายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาสองศตวรรษ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง มีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโลกที่ได้รับความสำเร็จ อย่างไรก็ตามในการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมส่วนใหญ่มักจะดำเนินการโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2543 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์กรมหาชนภายใต้การกำกับของรัฐ ทำหน้าที่กระตุ้น ประสานความร่วมมือและให้ทุนเพื่อให้คนไทยกลุ่มต่าง ๆ ริเริ่มโครงการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพ ต้องมีพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิด สุขภาพที่หมายถึงสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของบุคคลทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี นโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ใครจะเป็นผู้สร้าง ใครจะซ่อมและจะสร้างอย่างไร จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ต่าง ๆ มาประกอบกัน และการที่สุขภาพของบุคคลจะดีได้จะมีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย

คาวนี่และแทนนาคิล, 1992, อ้างใน Tones and Tilford, 1994) ได้เสนอแนวคิดการมีสุขภาพดี ดังนี้ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ระบบบริการของรัฐ วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพการมีสุขภาพดี แนวคิดนี้ ได้มีการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง การมีสุขภาพดีและการเจ็บป่วยล้วนแต่มีผลมาจากปัจจัย 4 อย่าง คือ ระบบบริการของรัฐ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิต (ยูวดี รอดจากภัย, 2550)

ศาสตราจารย์ นพ. ประเวศ วะสี (2541) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพไว้ดังนี้

สุขภาพในลักษณะของความสุข คือความเป็นอิสระหรือการหลุดพ้นจากความบีบคั้นทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญา

อิสรภาพทางกาย หรือทางวัตถุ หมายถึง ไม่ขาดแคลนวัตถุ ปัจจัยกินไป ไม่เป็นโรค ปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

อิสรภาพทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันกับบุคคลรอบข้าง กับชุมชน มีครอบครัวอบอุ่น มีความเสมอภาคและภราดรภาพ

อิสรภาพทางจิต คือ มีจิตใจดี สงบ มีสติ มีสมาธิ หลุดพ้นจากความครอบงำของกิเลส

อิสรภาพทางปัญญา หมายถึง การรับรู้โลกที่เป็นจริง เรียนรู้และมีทัศนคติต่อโลกที่ถูกต้อง มีทักษะชีวิตที่ดี

สำหรับพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใสและป้องกันโรคได้หลายอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและภูมิแพ้
2. กินอาหารที่ถูกต้องคือกินพอประมาณได้สัดส่วน ครบถ้วน กินผักผลไม้ มาก ๆ ช่วยป้องกันโรคอ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคสมองเสื่อม
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 4 อย่างคือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป สำล่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย
4. สร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคม ที่เป็นลบ เช่น ความกดดันหรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกาย ทางชีวภาพ และทางสังคม เช่น รมเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัยและความเอื้ออาทรต่อกัน
6. มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยให้บุคคลละความเห็นแก่ตัว เข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติ ทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณ อันจะทำให้สุขภาพดียิ่งขึ้น
7. มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีอิสรภาพ ทำให้มีความสุข

และมีแรงจูงใจอยากเรียนรู้

หลักการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 1992)

1. การสร้างกระแส (Advocacy) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันแก่สังคม หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพหรือดำเนินการ ในการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ เช่น เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ให้เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

2. การเสริมสร้างความสามารถ (Enabling) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมมีสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ประชาชนต้องสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม ที่อยู่รอบตัวให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพได้

3.การเป็นสื่อกลาง (Mediating) การเป็นสื่อกลางหรือการไกล่เกลี่ยประสานระหว่างกลุ่ม/ หน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานด้านการแพทย์พยาบาล การสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสังคม เศรษฐกิจ สื่อมวลชน ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องของสุขภาพไม่ใช่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการประสานงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และข้อมูล รวมถึงร่วมกันขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนทัศน์ของเรื่องสุขภาพเปลี่ยนไปแล้ว จากมิติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคไปสู่มิติที่กว้างเป็นเรื่องของสุขภาพว่าการส่งเสริมสุขภาพได้กลายเป็นเรื่องของทุกคน โดยทุกคนและเพื่อทุกคน การส่งเสริมสุขภาพต้องควบคู่ไปกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ทุกคนอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกายและใจ สังคมและปัญญา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล คนทุกคนเป็นบุคคลที่มีจิตสำนึกเรื่องสุขภาพ มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง มีวิถีการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง และควรเริ่มส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก สุขภาพที่สมบูรณ์ในวัยเด็กจะส่งผลสู่สุขภาพที่ดีในวัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุต่อไป การส่งเสริมสุขภาพทำได้ทุกช่วงวัย เช่นการส่งเสริมสุขภาพในวัยเด็กและเยาวชน อายุ 0 - 24 ปี การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ วัยแรงงาน อายุ 25 - 29 ปี และการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

2. การส่งเสริมสุขภาพในระดับองค์กร เป็นการดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการ ขององค์กร ของบุคลากรในองค์กร เพื่อบรรลุ พันธกิจ เป้าหมายขององค์กร รูปแบบการสร้างเสริม

สุขภาพในระดับองค์กร มีหลายอย่างดังนี้ เมืองสุขภาพ (Healthy city) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion schools) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Hospital) สถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Workplace) คณะส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Faculty) และมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ (Healthy University) เป็นต้น

3. การส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน (Community level) เป็นการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ชุมชน หรือมีกิจกรรมตามแหล่งต่าง ๆ เช่น ตลาดสด สวนสาธารณะ ศูนย์การค้า เป็นต้น

การออกกำลังกาย

1. ความหมายของการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย คือ การที่เราทำร่างกายให้ใช้แรงงานหรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัวนั้น เพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เกิดการเคลื่อนไหวนั่นเอง เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด การทำงาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายแต่ละกิจกรรม ร่างกายต้องใช้กำลังงานมากน้อยแตกต่างกันไปตามลักษณะของงานนั้น (วรศักดิ์ เพียรชอบ, 2533 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2548 หน้า 10)

การออกกำลังกาย หมายถึง การใช้กล้ามเนื้อและอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าการเคลื่อนไหว หรือ อิริยาบถต่าง ๆ ตามปกติในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายที่ดีที่ถูกต้องควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ตามความเหมาะสมของอายุ เพศ และสภาวะของร่างกาย (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2534 อ้างใน ประเวศ วะสี, 2541 หน้า 10)

การออกกำลังกาย หมายถึง เป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น การบริการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ หรือการฝึกกีฬาได้มุ่งที่การแข่งขัน (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2544 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2548 หน้า 10)

นอกจากนี้ “การออกกำลังกาย” ในศัพท์กีฬาพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การกีฬาเป็น 2 ประการ คือ (ถนอมวงศ์ ถุญณ์เพ็ชร และกุลธิดา เชิงลาด, 2544 หน้า 322 อ้างใน ประกอบ แสงโสม 2548 หน้า 10)

1.1 การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือกิจกรรมการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ๆ มากกว่าการใช้กลุ่มกล้ามเนื้อเฉพาะหรือเล็ก ๆ การออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินรำ การบริหาร เกม และกิจกรรมที่มีรูปแบบ เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ และวิ่งเหยาะ

1.2 กิจกรรมการเคลื่อนไหวใดที่ออกแบบสำหรับการฝึกหรือพัฒนาทักษะ

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การใช้กำลังและแรงในการบริหารร่างกายเพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด การ

ทำงาน หรือการเล่นกีฬา โดยการออกกำลังกายที่ถูกต้องควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ตามความเหมาะสมของอายุ เพศ และสภาวะของร่างกาย

2. หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่ถูกต้องควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (The American College of Sports Medicine (ACSM), 1995 อ้างใน วิสาล คันธารัตนกุล, 2548) ได้ให้ข้อเสนอแนะพื้นฐาน ในการออกกำลังกาย โดยมีองค์ประกอบของการออกกำลังกายตามหลักเกณฑ์ของฟิตท์ (FITT = Frequency Intensity Type) ดังนี้

2.1 ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) เป็นการกำหนดความบ่อยหรือจำนวนครั้งของการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ ในการออกกำลังกายเพื่อความทนทานของปอดและหัวใจควรออกกำลังกาย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ จึงจะมีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย ส่วนการออกกำลังกายในจำนวนครั้งน้อยกว่านี้ ผลในการเผาผลาญพลังงานแต่ไม่มีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางกาย

2.2 ความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) เป็นการกำหนดขนาดของการออกกำลังกาย ซึ่งแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน การจะออกกำลังกายโดยใช้ความแรงมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถเดิม หลักการคำนวณความแรงของการออกกำลังกายที่นิยม คือ ใช้ค่าอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเท่ากับ 220 - อายุ (ปี) เป็นการวัดอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการใช้ออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัย แบ่งขนาดของออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ คือ

2.2.1 ระดับต่ำ (Low intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นประมาณร้อยละ 50 - 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

2.2.2 ระดับปานกลาง (Moderate intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้ว หัวใจเต้นประมาณ ร้อยละ 66 - 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

2.2.3 ระดับสูง (High intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นมากกว่าร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

2.3 ระยะเวลาหรือความนานของการออกกำลังกาย (Time or Exercise) หมายถึง ช่วงเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละประเภทของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรอยู่ในระหว่าง 20 - 60 นาที มีความต่อเนื่องอย่างเพียงพอ ซึ่งระยะเวลาของการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ

2.3.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) เป็นช่วงเวลาสำหรับการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกายจริงหรือเต็มที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อออกกำลังกาย

กายจริง ทำให้การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อหดตัวดีขึ้น การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ คล่องแคล่ว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สำหรับลักษณะของการออกกำลังกายที่ใช้อบอุ่นร่างกาย เช่น การเดินช้า ๆ หรือการออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณ แขน ขา เพื่อลดอาการบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย ในการอบอุ่นร่างกายจำเป็นต้องคำนึงถึงอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมด้วย ถ้าสภาพแวดล้อมมีอากาศร้อนอาจจะใช้เวลาน้อย แต่ถ้าอากาศหนาวจำเป็นต้องใช้เวลานานมากขึ้นไปด้วย

2.3.2 ระยะออกกำลังกาย (Exercise phase) เป็นช่วงออกกำลังกายจริง ๆ หรือเต็มที่ หลังจากอบอุ่นร่างกายแล้ว การที่จะออกกำลังกายประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของวัย สภาพร่างกาย ความชอบ ระยะนี้ใช้เวลา 20 - 60 นาที ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

2.3.3 ระยะผ่อนคลายร่างกาย (Cool Down Phase or Warm Down Phase) เป็นระยะหลังจากการออกกำลังกายเต็มที่แล้ว ซึ่งจะต้องมีการผ่อนคลายการออกกำลังกายให้ลดลงเป็นลำดับ โดยการเดิน ภายหลัง หรือออกกำลังกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อ เพื่อปรับอุณหภูมิของร่างกาย การหายใจ เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติและช่วยลดอาการปวด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

3. ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) สามารถแบ่งได้หลายประเภท เช่น แบ่งตามประโยชน์ที่เกิดขึ้น แบ่งตามลักษณะของการออกกำลังกาย เป็นต้น

3.1 แบ่งตามประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย ได้ 3 ประเภท ดังนี้ (สิริภัทร โสติยาภักย์ 2547 หน้า 7 อ้างในกระทรวงสาธารณสุข, 2541)

3.1.1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดและหัวใจ (Cardiopulmonary Endurance) ได้แก่ การออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (Aerobic Exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยกิจกรรม ที่ทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนจำนวนมากและสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 20 - 30 นาที และความบ่อยของการออกกำลังกายประมาณ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจะส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การเดินอย่างกระฉับกระเฉง การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก เป็นต้น

3.1.2 การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นและการผ่อนคลาย (Flexibility and Relaxation Exercise) ได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (Stretching Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำซ้ำ ๆ ด้วยการยืดกล้ามเนื้อและเอ็น มุ่งผลให้เกิดความคล่องตัว ความยืดหยุ่นส่งผลต่อการเคลื่อนไหวช่วยในการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การรำมวยจีน โยคะ ภายหลัง เป็นต้น

3.1.3 การออกกำลังกายที่เพิ่มพลังหรือความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength and Muscular Endurance) การออกกำลังกายประเภทนี้ประกอบด้วย การออกกำลังกายชนิดที่ความยาวกล้ามเนื้อไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ การยกของ การออกแรงดึง การเกร็งกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหว และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความยาวกล้ามเนื้อ โดยต้องมีการหายใจเข้าและออกในจังหวะปกติ ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การออกแรงโดยมีอุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย เช่น น้ำหนักในการยกน้ำหนัก ซึ่งต้องใช้น้ำหนักที่เหมาะสมโดยเริ่มจากน้ำหนัก 1 กิโลกรัม และบาร์เคียว บาร์คู้ ห่วง เป็นต้น

3.2 แบ่งตามลักษณะของการออกกำลังกาย คาร์ท มีเทรส (สิริภัทร โสติยาภักย์, 2547 หน้า 8 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2548) ได้แบ่งประเภทของการออกกำลังกายตามลักษณะของการออกกำลังกายเป็น 4 ประเภทดังนี้

3.2.1 การออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นการออกกำลังกายอยู่กับที่ เช่น การจับยัดสิ่งต่าง ๆ ด้วยการเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่หรือห้อยโหน หมุนข้อ บิดลำตัวการยกของ การออกแรงดึง การออกกำลังกายชนิดนี้จะส่งผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและยังช่วยเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดในหัวใจ ทำให้หัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น การออกกำลังกายชนิดนี้จึงไม่เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้สูงอายุ

3.2.2 การออกกำลังกายแบบที่ควรดึงตัวของกล้ามเนื้อคงที่ ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ (Isotonic Exercise) เป็นการออกกำลังกายในลักษณะที่มีการเคลื่อนไหวแรงดึงตัวในกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย และทำให้ความยาวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงโดยหดสั้นลง การออกกำลังกายชนิดนี้ช่วยให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และหัวใจทำให้มีการใช้ออกซิเจนและขนส่งออกซิเจนมากขึ้น เป็นการออกกำลังกายในลักษณะที่ทำให้ข้อต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การเดิน การว่ายน้ำ ถีบจักรยาน การออกแรงยกน้ำหนักโดยใช้เครื่องยกน้ำหนัก

3.2.3 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนดโดยที่ค่อย ๆ เพิ่มความแรงการออกกำลังกายที่มีปริมาณการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นเป็นผลให้ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยทั่วไปจะใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาทีขึ้นไปและไม่เกิน 90 นาทีในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกาย และช่วงผ่อนคลาย โดยปฏิบัติอย่างน้อย

3 ครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมการออกกำลังกายชนิดนี้ ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ รวมทั้ง การออกกำลังกายที่ทำซ้ำ ๆ ด้วยการยืดกล้ามเนื้อและเอ็น ได้แก่ โยคะ การรำมวยจีนแบบไทชิ ไทเก็ก จี้กง

3.2.4 การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีการใช้ออกซิเจนอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือมีการใช้ออกซิเจนในปริมาณน้อยอาจใช้ออกซิเจนในปริมาณมากเป็นพัก ๆ การออกกำลังกายชนิดนี้ ได้แก่ การวิ่งเร็วระยะสั้น เช่น การเล่นฟุตบอล เทนนิส แบดมินตัน ซึ่งต้องใช้แรงมากทำให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้น

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ควรออกกำลังกาย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20 - 60 นาที โดยกระทำอย่างต่อเนื่องกัน มีระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะการออกกำลังกายและระยะผ่อนคลายร่างกาย ซึ่งทั้งระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลายร่างกาย สองระยะนี้ใช้เวลาอยู่ในช่วง 5 - 10 นาที ความแรงของการออกกำลังกายประมาณ ร้อยละ 66 - 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดหรือประเมินโดยแบบวัดของบอร์ก ค่า Rating of Perceived Exertion (RPE) อยู่ในระหว่าง 4 - 6 จึงจะถือว่าอยู่ในช่วงที่เหมาะสม (โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สำนักงาน, 2547)

4. ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีประโยชน์และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย จึงควรมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การออกกำลังกายมีผลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ร่างกายคนเราประกอบไปด้วยอวัยวะต่าง ๆ มากมาย ที่ทำงานประสานสอดคล้องกันตลอดเวลา อวัยวะบางอย่างได้พักบ้างหรือทำงานน้อยลง ขณะที่ไม่ได้ใช้งาน เช่น กล้ามเนื้อ แขน ขา ในขณะที่เรานอนหลับ รับประทานอาหาร ลำไส้ ในขณะที่ไม่ได้รับประทาน อาหารเข้าไป เป็นต้นแต่มีอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ระบบการไหลเวียนของโลหิต และระบบการหายใจซึ่งมีหัวใจและปอดเป็นอวัยวะที่สำคัญในการทำหน้าที่ หัวใจและปอดไม่ได้มีโอกาสที่จะหยุดพักเหมือนอวัยวะอื่น ๆ ในขณะนอนหลับอาจจะทำงานน้อยลงบ้าง แต่ก็ไม่ได้พักเหมือนเช่น อวัยวะอื่น ๆ เพราะเซลล์ต่าง ๆ ทุกส่วนของร่างกายจำเป็นต้องได้รับเลือดที่นำออกซิเจนหล่อเลี้ยงตลอดเวลา (สนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ, 2548) สังเกตได้ว่า ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะไม่ค่อยพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ โรคเครียด หรือวิตกกังวล การออกกำลังกาย นอกจากจะทำให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพดังที่เห็น ได้ชัดแล้วยังมีประโยชน์อีกหลายประการ (จรรยาพร ธรณินทร์, 2536 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2548 หน้า 21)

ดังนั้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย คือ “การออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง ทั้งระบบโครงสร้างและทำให้กล้ามเนื้อสามารถรวมกันต่อต้านและเอาชนะแรง

บังคับได้ หากขาดการออกกำลังกาย ร่างกายจะลดศักยภาพในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ ยังทำให้กิจกรรมทางปัญญา อารมณ์และความรู้สึกดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมของกล้ามเนื้อที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพและรูปร่างดี เพิ่มทักษะและศักยภาพในกีฬา ตลอดจนฟื้นฟูกล้ามเนื้อหลังจากการบาดเจ็บหรือฟิสิกส์ได้อีกด้วย ดังจะเห็นได้จาก ผู้ที่ออกกำลังกายจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจก่อนที่ลดลง เพราะหัวใจบีบตัวแต่ละครั้งมีประสิทธิภาพมากกว่า ตัวอย่างเช่น คนปกติหัวใจเต้น 70 ครั้งต่อนาที ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ หัวใจเต้น 60 ครั้งต่อนาที ดังนั้นใน 1 วัน หัวใจของคนปกติจะเต้น $70 \times 60 \text{ นาที} \times 24 \text{ ชั่วโมง}$ เท่ากับ 100,800 ครั้งต่อวัน ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ หัวใจจะเต้น $60 \times 60 \text{ นาที} \times 24 \text{ ชั่วโมง}$ เท่ากับ 86,400 ครั้งต่อวัน ถ้ารวมกับการเต้นของหัวใจที่มากขึ้นขณะออกกำลังกายใน 1 วัน ผู้ที่ออกกำลังกายหัวใจของเขาจะเต้นประมาณ 91,800 ครั้งต่อวัน ดังนั้น 1 วัน หัวใจของผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะเต้นน้อยกว่าคนปกติประมาณ 9,000 ครั้งต่อวันหรือ 3 ล้านกว่าครั้งต่อปี

สังเกตได้ว่า ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะไม่ค่อยพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ โรคเครียดหรือวิตกกังวล

การออกกำลังกาย นอกจากจะทำให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพดังที่เห็น ได้ชัดแล้ว ยังมีประโยชน์อีกหลายประการ (จรรยาพร ธรณินทร์, 2536 อ้างในประกอบ แสงโสม, 2548 หน้า21)

4.1 ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สมรรถภาพการทำงานของหัวใจจะดีขึ้นมาก ถ้าออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 เดือน ซิฟเฟอร์ หรือหัวใจจะเต้นช้าลง ซึ่งจะเป็นการประหยัดการทำงานของหัวใจ

4.2 ลดไขมันในเลือด ซึ่งถ้าสูงจะเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

4.3 เพิ่ม HDL - C ในเลือด ซึ่งถ้าสูงจะยิ่งดี จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

4.4 ลดความอ้วน(ไขมัน) เพิ่มกล้ามเนื้อ (ทำให้น้ำหนักอาจไม่ลด)

4.5 ป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน

4.6 ช่วยลดความดันโลหิต ถ้าสูง ลดได้ประมาณ 10-15 มม.ปรอท

4.7 ช่วยทำให้หัวใจ ปอด ระบบหมุนเวียนของโลหิต กล้ามเนื้อ เอ็น เอ็นข้อต่อ กระดูก ผิวหนัง แข็งแรงยิ่งขึ้น

4.8 ช่วยลดความเครียด ทำให้อ่อนหลับดียิ่งขึ้น ความจำดี เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ช่วยทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

4.9 ป้องกันโรคกระดูกเปราะ โดยเฉพาะสภาพสตรีที่ประจำเดือนหมด

4.10 ช่วยป้องกันโรค ที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น

4.11 ช่วยทำให้ร่างกายนำไขมันมาเป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม ซึ่งเป็นการประหยัดการใช้แป้ง (Glycogen) ซึ่งมีอยู่น้อย และเป็นการป้องกันโรคหัวใจ

4.12 ช่วยป้องกัน โรคเมเร็งบางชนิด เช่น ลำไส้ใหญ่ เต้านม ต่อมลูกหมาก

4.13 การออกกำลังกายในเด็ก จะช่วยให้ร่างกายเด็กเกิดความเจริญเติบโตอย่างดี เพราะเด็กมีระบบการย่อยที่ดี เจริญอาหาร และมีระบบขับถ่ายที่ดี

4.14 การออกกำลังกายผู้ใหญ่ จะช่วยให้ร่างกายโดยทั่วไปมีความแข็งแรง บึกบึน อดิวยะต่าง ๆ มีการทำงานได้ดี มีความทนต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ โอกาสที่จะเกิดโรคภัยไข้เจ็บมีน้อยกว่า

4.15 การออกกำลังกาย ช่วยให้สุขภาพจิตดี เพราะสามารถทำให้หายเครียดและลดความวิตกกังวลเป็นอย่างดี เมื่อออกกำลังกายแล้วร่างกายจะต้องการพักผ่อนและจะนอนหลับได้ง่ายขึ้น

4.16 ทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรค ลดเวลาที่จะหยุดงานจากการเจ็บป่วย ทำให้ประชาชนมีกำลังใจ ประเทศชาติมั่นคง

4.17 ประชาชนทั่วประเทศออกกำลังกายจะเป็นพื้นฐาน ของการนำไปสู่ความเป็นเลิศทาง คำนึงกีฬา

ดังนั้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย คือ “การออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง ทั้งระบบ โครงสร้างและทำให้กล้ามเนื้อสามารถรวมกันต่อต้านและเอาชนะแรง บังคับได้ หากขาดการออกกำลังกาย ร่างกายจะลดศักยภาพในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ ยังทำให้ กิจกรรมทางปัญญา อารมณ์และความรู้สึกดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมของกล้ามเนื้อที่ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพและรูปร่างดี เพิ่มทักษะและศักยภาพในกีฬา ตลอดจนฟื้นฟูกล้ามเนื้อ หลังจากการบาดเจ็บหรือฟิการได้อีกด้วย”

จรินทร์ ธานีรัตน์ (2539 อ้างใน ปริศนา อางองค์, 2545) ได้รวบรวมประโยชน์ของการ ออกกำลังกายและการเล่นกีฬาที่มีต่อสุขภาพไว้ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง มีสมรรถภาพทางกาย ทำงานไม่เหน็ดเหนื่อย แม้จะ เหนื่อยก็หายเหนื่อยเร็ว
2. ช่วยให้กล้ามเนื้อเพิ่มความแข็งแรง สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ช่วยขับเหงื่อและสิ่งโสโครกภายในร่างกายบางอย่างออกมากับเหงื่อ
4. ช่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพยาวนาน
5. ช่วยลดความเครียด ทำให้อารมณ์เบิกบานแจ่มใสปราศจากกังวลใจทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น
6. ช่วยป้องกันมิให้น้ำหนักเกิน หรือป้องกันโรคอ้วน และสามารถลดความอ้วนได้

6.1 การออกกำลังกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเส้นเลือด เป็นการป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างดี

6.2 การออกกำลังกายช่วยให้การนอนหลับสนิท เพราะร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ที่มีผลดีต่อสุขภาพ

6.3 การออกกำลังกาย ช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ เพราะร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันทางโรคติดต่อได้

6.4 ช่วยให้สูบฉีดโลหิตและการหมุนเวียนของโลหิตของร่างกายเป็นไปด้วยดี คนที่ออกกำลังกายเสมอ ปริมาตรของการฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายจะมีปริมาณมากกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกายซึ่งทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ได้รับอาหารและออกซิเจนอย่างสมบูรณ์

6.5 ช่วยให้การเผาผลาญภายในเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ช่วยให้การรับประทานอาหารได้อย่างมากขึ้น

6.6 ในทางการแพทย์เชื่อว่าการออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดมีความจำเป็น เพราะจะช่วยให้ร่างกายคืนสภาพตามปกติเร็วขึ้น

6.7 การออกกำลังกายช่วยรักษาโรคหัวใจไม่ให้กำเริบ แต่ต้องออกกำลังกายอยู่ในความดูแลของแพทย์หัวใจที่ไม่ได้รับการฝึก

6.8 การออกกำลังกายเสมอ ช่วยเสริมสร้างบุคคลโดยเฉพาะสำหรับเยาวชนจะช่วยสร้างลักษณะความกระฉับกระเฉง ว่องไว ความสง่างาม และแข็งแรง

6.9 การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และตื่นตัว (Alert) มีความพร้อมอยู่เสมอ ช่วยป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้

กรมอนามัย (2546 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2548: 22) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายที่สำคัญต่อสุขภาพ ดังนี้

1. ช่วยให้สุขภาพดี
2. ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพให้ร่างกาย
3. ทำให้บุคลิกภาพท่าทางและการทรงตัวดีขึ้น
4. เพิ่มความภูมิใจในตัวเอง
5. ช่วยควบคุมน้ำหนัก
6. ทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง
7. ทำให้รู้สึกมีพลัง
8. ทำให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด และลดความซึมเศร้า
9. ทำให้จิตใจสบาย อารมณ์แจ่มใส

10. ทำให้ผู้สูงอายุ เคลื่อนไหวได้ดี โดยไม่พลัดหกล้มง่าย
11. ลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง ถ้าใส่ใหญ่
12. ช่วยลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
13. ลดความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจ
14. ลดความเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันสมควร (ไม่ตายก่อนอายุ 65 ปี)

นภาพร ทศนัยนา (2538 หน้า 23 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2547 หน้า 2 - 4) ได้

กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. สมรรถภาพทางร่างกาย สมรรถภาพทางร่างกาย หมายถึง ความสามารถสูงสุดของบุคคลในการประกอบภารกิจต่าง ๆ ให้ได้ผลดีมีประสิทธิภาพ โดยที่ร่างกายเหนื่อย เมื่อยล้า ช้า แต่ฟื้นคืนสภาพสู่ปกติได้เร็ว สมรรถภาพทางกายได้จำแนกเป็นองค์ประกอบย่อยไว้ 8 องค์ประกอบคือ

Speed คือ ความเร็ว เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อในการทำงานเพื่อให้ร่างกายเคลื่อนไหวบางส่วนหรือทั้งหมด ไปสู่เป้าหมายโดยใช้เวลาน้อยที่สุด

Balance คือ ความทรงตัว เป็นความสามารถในการควบคุมท่าทางของร่างกายให้อยู่ในลักษณะที่ต้องการได้โดยไม่เสียหลัก ไม่ว่าจะอยู่กับที่หรือเคลื่อนที่ก็ตาม

Flexibility คือ ความอ่อนตัว เป็นความสามารถในการพับ ยืดเหยียดของกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อที่มากที่สุด

Strength คือ ความแข็งแรง เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อในการทำงานสูงสุดเพื่อต้านแรงที่มากกระทำ

Power คือ พลังกล้ามเนื้อ เป็นความสามารถในการทำงานอย่างฉับพลันเพื่อกระแทกแรงด้านที่มากกระทำ

Agility คือ ความว่องไว หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนทิศทางหรือร่างกายตามต้องการ

Coordination คือ ความสัมพันธ์ของสัมผัสประสาทและกล้ามเนื้อ หมายถึงความสามารถในการทำงานประสานสัมพันธ์กันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ หมายถึงความสามารถในการทำงานประสานสัมพันธ์กันระหว่างประสาทรับความรู้สึก คือ หู ตา จมูก ลิ้น กาย และการนึกคิดกับการส่งงานให้กล้ามเนื้อทำงาน

Endurance คือ ความอดทน หมายถึง ความสามารถในการทำงานซ้ำๆ กันอย่างต่อเนื่องนานๆ ได้ โดยเกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อค่อนข้างช้าและเหนื่อยช้า แต่สามารถฟื้นฟูสภาพปกติได้เร็ว

การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และใช้หลักการและวิธีการอย่างถูกต้องในการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของแต่ละองค์ประกอบ จะทำให้สมรรถภาพทางกายในองค์ประกอบนั้นพัฒนาขึ้น ดังนั้น ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรทำให้ร่างกายได้พัฒนาสมรรถภาพทางกายครบทั้ง 8 องค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านความอดทน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพโดยรวม

2. ผลต่อระบบการไหลเวียนเลือด เมื่อร่างกายออกกำลังกาย จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายหลายประการ เช่น อุณหภูมิภายในสูงขึ้น พลังงานถูกใช้เพิ่มขึ้น ของเสียในร่างกายเพิ่มขึ้น ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ระบบการไหลเวียนเลือด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสบียงบำรุงและลำเลียงของเสียไปทำลาย ต้องทำงานมากขึ้น ซึ่งหากปริมาณงานแน่นหนักและนานจนผ่านจุดวิกฤต (Threshold) จะทำให้อวัยวะนั้น ๆ ต้องปรับเปลี่ยนจุดวิกฤตให้สูงกว่าเดิมเพื่อให้สามารถอดทนต่อการรับภาระงานนั้นได้ ในส่วนของการไหลเวียนเลือด จะมีการปรับเปลี่ยนจุดวิกฤตเพื่อพัฒนาความสามารถในการทำงานเพิ่มขึ้น คือ

2.1 ขนาดของหัวใจโตขึ้น เพราะหัวใจมีหน้าที่ในการบีบส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายและดูดกลับเลือดเพื่อมาพอกใหม่ การออกกำลังกายร่างกายต้องการปริมาณเลือดที่มีออกซิเจนและพลังงานมาก ดังนั้น หัวใจต้องปรับตัวโดยการเต้นเร็วและแรงขึ้น เพื่อบีบส่งเลือดไปให้มาก กล้ามเนื้อหัวใจก็จะหนาขึ้น มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งมีผลให้ขนาดหัวใจโตขึ้น

2.2 ปริมาณเลือดที่ถูกบีบส่งแต่ละครั้งมากขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงและหัวใจมีขนาดโตขึ้น ทำให้การบีบตัวแต่ละครั้งสามารถส่งปริมาณเลือดได้มากกว่าเดิม กล่าวคือ ก่อนฝึกออกกำลังกายหรือในคนที่ไม่ออกกำลังกาย ปริมาณเลือดที่ถูกบีบส่งออกไปแต่ละครั้ง (Stroke Volume) ปริมาณ 71.4 มิลลิลิตร แต่ภายหลังการฝึกระยะหนึ่งหรือนักกีฬาจะประมาณ 111 : 1 มิลลิลิตร (Shaver, 1981 หน้า 82 อ้างใน ประกอบ แสงโสม, 2548)

2.3 อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักช้าลง เนื่องจากในขณะที่พักร่างกายต้องการปริมาณเลือดคงที่หรือประมาณ 4,500 - 5,000 มิลลิลิตรต่อนาที เมื่อการบีบส่งเลือดแต่ละครั้งได้ปริมาณเพิ่มขึ้น ดังนั้น หัวใจจึงทำงานน้อยครั้งลงแต่ได้ปริมาณเลือดต่อนาทีเท่าเดิม

2.4 ปริมาณเลือดขณะออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ดังนั้น เมื่อทำงานที่มีความเข้มข้นจนหัวใจเต็มสูงสุด คนที่เคยฝึกออกกำลังกายแล้วย่อมได้ปริมาณเลือดต่อนาทีที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (Stroke Volume) มากกว่าคนที่ไม่เคยฝึกออกกำลังกาย

2.5 หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น (Elasticity) และยอมให้ซึมผ่าน (Permeability) เพิ่มขึ้น เนื่องจากหัวใจมีพลังในการบีบส่งเลือดแรงขึ้น และปริมาณเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดยืดขยายเมื่อหัวใจบีบและหดเมื่ออยู่ในช่วงพัก ทำให้สามารถทะลุทะลวงสารที่เกาะผนังเลือด และ มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น ทำให้เส้นเลือดไม่เปราะ นอกจากนี้ จากการที่เซลล์กล้ามเนื้อต้องการพลังงานและ

ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้ผนังเส้นเลือดต้องพัฒนาความสามารถในการซึมผ่าน เพื่อยอมให้ สารอาหารและออกซิเจนซึมผ่านได้สะดวกขึ้น

2.6 ความสามารถในการดูดซึม (Extraction) ออกซิเจนดีขึ้น การออกกำลังกายที่หนัก และนานทำให้เซลล์ในร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ดังนั้น อวัยวะต่าง ๆ จึงพัฒนาตนเองเพื่อ ดูดซึมออกซิเจนจากกระแสเลือดให้ได้มากขึ้น ผลที่ได้รับก็คือ ผลต่างของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดดำ (A.V. Difference) ของคนที่ฝึกออกกำลังกายประจำ จะมีค่ามากกว่าคนที่ ไม่ออกกำลังกาย

3. ผลต่อระบบการหายใจ การออกกำลังกายทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น และมีความ ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายต้องปรับตัว โดยการหายใจถี่ และขยายปริมาณปอดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ช่วยในการทำงานของปอด เช่น กล้ามเนื้อกระบังลมยืด และหดตัวได้มากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้

3.1 การไหลเวียนของอากาศต่อนาทีเพิ่มขึ้น ซึ่งโดยปกติขณะพักบุคคลธรรมดาจะ หายใจอากาศเข้าปอดประมาณ 5 - 8 ลิตรต่อนาที แต่ขณะออกกำลังกาย ผู้หญิงหายใจได้ 130 ลิตร ต่อนาที และผู้ชาย 180 ลิตรต่อนาที ส่วนผู้ที่ฝึกออกกำลังกายอาจจะหายใจได้มากกว่า 200 ลิตรต่อ นาที

3.2 ช่องว่างสูญเปล่าลดลง ในคนปกติจะหายใจเข้าได้ไม่ลึกและหายใจออกไม่สุดทำให้ มีอากาศเข้าไม่เต็มที่เมื่อหายใจเข้า และมียาอากาศค้างอยู่มากเมื่อหายใจออก ทำให้เกิดการสูญเปล่า ในคนที่ฝึกออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจแข็งแรง ทำให้หายใจเข้าได้ลึก และ หายใจออกได้มาก ซึ่งช่วยลดช่องว่างสูญเปล่า (dead space) ปริมาณอากาศที่มีประโยชน์จึงได้ มากกว่า

4. ผลต่อระบบประสาท การออกกำลังกายทำให้มีการทำงานของสมองเพิ่มขึ้น มีการ ตั้งงานให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานประสานกันได้ดีและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานยังทำให้ อวัยวะต่าง ๆ ที่ควบคุมด้วยประสาทอัตโนมัติทำงานได้ดี เพราะการออกกำลังกายจะไปกระตุ้นต่อม แอดรีนัล (Adrenal gland) หลั่งสารแอดรีนาลิน (Nor Adrenalin) สารนี้จะไปกระตุ้นระบบ ประสาทอัตโนมัติอีกต่อหนึ่งส่งผลให้เหงื่อออกมาก ทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง เพิ่มปริมาณ เลือดที่ออกจากหัวใจ ส่งผลให้เพิ่มปริมาณออกซิเจนในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เพิ่มการถ่ายเท ของเสียจากการเผาผลาญและเพิ่มอาหารให้แก่กล้ามเนื้อ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2535 อ้างใน ประกอบ แสงโสม 2548)

5. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การออกกำลังกาย ช่วยลดอาการท้องผูกเพราะขณะที่มีการ ออกกำลังกายอาหารจะผ่านทางเดินลำไส้ค่อนข้างเร็ว และทำให้ร่างกายมีการปล่อยสารเมกนีเซียม

ออกมาในลำไส้ ซึ่งแมกนีเซียมมีฤทธิ์เป็นยาระบาย การออกกำลังกายยังลดอัตราเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เพราะอาหาร เพราะในขณะที่ยังออกกำลังกายไม่เต็มที่นั้นจะช่วยลดการหลั่งกรดของกระเพาะอาหาร ทั้งยังลดการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีที่เกิดจากโคเลสเตอรอล (Volpicelli & Spector, 1988 อ้างในฉันทนา ลิมมรินศรีกุล, 2540)

6. ผลต่อระบบฮอร์โมน การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นต่อมหมวกไต ให้มีการหลั่งฮอร์โมนอีพิเนฟรินและนอร์อีพิเนฟริน (Epinephrin & Nor-epinephrin) ผลของการหลั่งของฮอร์โมน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพหลายอย่าง ดังเช่น หัวใจมีการเต้นถี่และแรงขึ้น เลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้น มีการสลายตัวของกลัยโคเจน (Glycogen) ที่ตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายสร้างพลังงานขึ้นได้สมดุลกับพลังงานที่ใช้ไปในการออกกำลังกาย (เสก อักษรานูเคราะห์, 2535 อ้างใน อมรรัตน์ คงฤทธิ์ และคณะ, 2546) อีกทั้งผลของการออกกำลังกายยังทำให้ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ เช่น ต่อม หนวกไต ต่อมใต้สมองและต่อมไทรอยด์มีการหลั่งของฮอร์โมนเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายมีความกระชุ่ม กระชวยและมีพลัง (บงกช พิงพุทธารักษ์, 2529 อ้างใน อมรรัตน์ คงฤทธิ์ และคณะ, 2546) ความเครียด รวมทั้งการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาร่วมกันเป็นหมู่มากร ๆ จะทำให้เกิดความเข้าใจและการเรียนรู้พฤติกรรม มีบุคลิกภาพที่ดี มีความเป็นผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2533 อ้างใน อมรรัตน์ คงฤทธิ์ และคณะ, 2546)

5. ข้อปฏิบัติในการออกกำลังกาย บัญญัติ 10 ประการสำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2536 อ้างใน วิภา ไชยณรงค์ และคณะ, 2541) มีดังนี้

5.1 การประมาณตน ร่างกายของแต่ละคนมีสภาพร่างกายไม่เหมือนกัน กีฬาที่จะนำออกกำลังกาย ต้องมีความเหมาะสม การที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเป็นที่มาของสมรรถภาพที่ดีออกน้อย ฝึกต่อไปได้ ด้วยความหนักเท่าเดิม โดยไม่เหนื่อยเพิ่มขึ้น และเมื่อพักแล้วไม่เกิน 10 นาที ก็รู้สึกหายเหนื่อย แม้จะมีการอ่อนเพลียอยู่บ้าง แต่ในวันรุ่งขึ้นกลับสดชื่นเช่นเดิม แสดงว่าการฝึกซ้อมหรือการออกกำลังกายนั้นไม่หนักเกินไป

5.2 การแต่งกาย มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในด้านการเคลื่อนไหว ความอดทน และจิตวิทยา กีฬาแต่ละวันหรือการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ย่อมมีเครื่องแต่งกายที่เหมาะสมทั้งเสื้อ กางเกง รองเท้า รวมถึงอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการบาดเจ็บ เช่น สนับเข่า สนับข้อ เครื่องป้องกันศีรษะ

5.3 เลือกเวลา ควรกำหนดเวลาฝึกซ้อมให้แน่นอนในแต่ละวันเพื่อร่างกายจะได้ไม่ต้องปรับตัวใหม่ เวลาที่เหมาะสมในการฝึกความทนทาน คือ ในช่วงเช้าและเย็น ส่วนการฝึกความแข็งแรง หรือความเร็วอาจฝึกในช่วงอากาศร้อนได้ แต่ทำระยะเวลาสั้น ๆ

5.4 สภาพของกระเพาะอาหาร ในเวลาที่อิ่มจัดกระเพาะอาหารซึ่งอยู่ใต้กระบังลมจะทำ

ให้ปลอดภัยได้ไม่เต็มที่ แม้การไหลเวียนของเลือดก็ต้องแบ่งส่วนหนึ่งไปใช้ในการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหาร ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อน้อยลงอันเป็นผลเสียต่อการออกกำลังกาย

5.5 การดื่มน้ำ น้ำมีความจำเป็นในการออกกำลังกาย การสูญเสียน้ำไปมาก ๆ จะทำให้สมรรถภาพลดต่ำลงหรือเป็นอันตรายต่อร่างกายด้วย จำเป็นต้องดื่มน้ำชดเชย การเล่นกีฬาใด ๆ ก็ตามถ้าร่างกายสูญเสียน้ำไปกว่า 2 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัว ร่างกายจะขาดน้ำจะต้องมีการชดเชยน้ำในปริมาณที่เท่ากับสูญเสียไป จึงจะทำให้สมรรถภาพทางร่างกายดีที่สุด การดื่มน้ำสามารถทำได้ระหว่างที่ออกกำลังกายหรือดื่มหลังจากการออกกำลังกายก็ได้

5.6 ความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง และร่างกายต้องการพักผ่อน การออกกำลังกายในช่วงที่มีไข้จะทำให้หัวใจทำงานหนัก เพื่อระบายความร้อน นอกจากนี้หากเป็นไข้ที่เกิดจากเชื้อโรค การไหลเวียนเพิ่มขึ้นอาจทำให้เชื้อโรคแพร่ไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอันไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพร่างกาย

5.7 การฝึกปฏิบัติที่เกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกายและเล่นกีฬามากในคนอายุ 35 ปีขึ้นไปเช่น รู้สึกหายใจขัด จุกแน่นหน้าอก ควรหยุดออกกำลังกายและกีฬาทันทีเพราะอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

5.8 ด้านจิตใจ ในระหว่างการออกกำลังกายต้องทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง คิดถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการฝึกซ้อมหรือออกกำลังกาย ตั้งใจปฏิบัติตามท่าทางและเทคนิคต่าง ๆ และคิดแก้ไขท่าทางที่ผิด ขจัดเรื่องที่รบกวนจิตใจออกไป หากจัดไม่ได้ก็ไม่ควรฝึกซ้อมต่อไป เพราะจะทำให้เสียสมาธิหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

5.9 ความสม่ำเสมอ สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น นอกจากขึ้นอยู่กับความเข้ม ของกิจกรรมแล้วยังขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอด้วย ดังนั้นการฝึกซ้อมเพื่อแข่งขันหรือเพื่อสุขภาพก็ตามต้องรักษาความสม่ำเสมอไว้เสมอ

5.10 การพักผ่อน หลักจากการฝึกซ้อมหรือออกกำลังกาย ร่างกายเสียพลังงานสำรองไปมากจำเป็นต้องมีการชดเชย รวมทั้งการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอไป ซึ่งจะเกิดขึ้นในระหว่างพักผ่อนหากเป็นการฝึกซ้อมหรือออกกำลังกายที่หนัก จำเป็นต้องมีการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวเข้าสู่สภาพปกติเพื่อเตรียมฝึกซ้อม หรือออกกำลังกายครั้งต่อไป

6. การออกกำลังกายที่ทำให้เกิดโทษ การออกกำลังกายอาจทำให้เกิดโทษได้ถ้าออกกำลังกายไม่ถูกต้อง โทษของการออกกำลังกายอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น (ชาญศักดิ์ เทพมาลี และคณะ, 2548)

6.1 ออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับอายุ เช่น ผู้สูงอายุอาจจะใช้วิธีเดินเร็ว ๆ ดีที่สุด แทนที่จะไปเล่นสควอช เทนนิส แบดมินตัน ทั้งนี้เพราะการเล่นเทนนิสเป็นการออกกำลังกายแบบ

วิ่งบ้างหยุดบ้าง ไม่ต่อเนื่องเพียงพอที่จะมีประโยชน์ต่อปอด และหัวใจแต่ยังดีกว่าไม่ออกกำลังกายเลย เพียงแต่ว่า ไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้เท่ากับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ทำต่อเนื่อง

6.2 ออกกำลังกายผิดเวลา เช่น เวลาร้อนจัดเกินไปอาจไม่สบายได้ เวลารับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ อาจเป็นโรคหัวใจได้ เพราะหลังรับประทานอาหารใหม่ ๆ ร่างกายต้องการเลือดไปที่กระเพาะอาหารและลำไส้มาก แต่ถ้าไปออกกำลังกาย ร่างกายจะต้องการเลือดไปที่กล้ามเนื้อมากด้วย รวมทั้งที่กระเพาะอาหาร และลำไส้ด้วย จึงอาจทำให้เลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจมีน้อยไปทำให้เกิดอาการหรือโรคของหัวใจได้

6.3 ออกกำลังกายเวลาที่ไม่ว่างเวลาที่ท้องเสียไม่ควรออกกำลังกาย เพราะร่างกายอาจจะขาดน้ำ หรือเกลือแร่ทำให้อ่อนเพลีย เป็นลม เป็นตะคิว หรือโรคหัวใจได้ เวลาเป็นไข้ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบได้ ถ้าไม่สบาย ไม่ว่าด้วยอาการใด ๆ ถึงแม้ไม่รู้ว่าเป็นโรคอะไร ควรยกเว้นการออกกำลังกายไว้ก่อน

6.4 ออกกำลังกายโดยไม่อุ่นเครื่องหรือยืดเส้นก่อน โดยปกติแล้วไม่ว่าเป็นนักกีฬาระดับไหนหนุ่มสาวหรือผู้สูงอายุ ก่อนออกกำลังกายจะต้องมีขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งโดยไม่มีข้อยกเว้น โดยเฉพาะผู้ที่สูงอายุหรือผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือการอุ่นเครื่อง หรือยืดเส้นก่อนจะช่วยทำให้ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาได้ดียิ่งขึ้น และเป็นอัตราการลดการเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ และช่วยทำให้อาการเมื่อยล้าหายได้เร็วขึ้นหลังจากการได้ออกกำลังกาย ถึงแม้ท่านไม่ออกกำลังกายในวันหนึ่งวันใดท่านก็ควรยืดเส้นทุกวัน

6.5 ถ้าใช้อุปกรณ์การกีฬาที่ไม่เหมาะสม เช่น รองเท้า ไม่เทนนิส ก็อาจเกิดการบาดเจ็บได้ง่ายขึ้น

6.6 ถ้าออกกำลังกายมากเกินไป จะเป็นการเสี่ยงต่อการบาดเจ็บมากขึ้น ต้องทำพอดี ๆ เช่น ถ้าจะวิ่งเพื่อสุขภาพ วิ่ง 20 นาที พอแล้ว ไม่จำเป็นต้องวิ่งถึง 60 นาทีต่อครั้ง ถ้าอยากที่จะป้องกันการบาดเจ็บ ถ้าเป็นไปได้ ควรเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกไปทุก ๆ วัน เช่น ว่ายน้ำ วันหนึ่ง วิ่งวันหนึ่ง ถีบจักรยานอยู่กับที่วันหนึ่ง เดินวันหนึ่ง ฯลฯ ถ้าปวดเข่าควรเปลี่ยนเป็นว่ายน้ำแทน หรือถีบจักรยาน

7. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุ ในช่วงอายุ 2 - 3 ปีเด็กจะมีการเจริญเติบโตเร็วที่สุด และเมื่ออายุ 4 ปี จะเพิ่มการเจริญเติบโตจากเดิม 2% แต่เด็กวัย 9 - 10 ปี จะมีความซุกซนมาก การเจริญเติบโตลดต่ำลง พอถึงผู้ใหญ่ ความสามารถในการที่จะรับการฝึกขึ้นอยู่กับวัย สมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรง กล้ามเนื้อ ความเร็ว และความแรง จะฝึกได้ถึงขีดสูงสุดได้เมื่ออายุไม่เกิน 25 - 30 ปีไปแล้วส่วนความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิต อาจฝึกได้ถึงขีดสูงสุดได้เมื่ออายุจะ

เลย 30 ปีไปแล้วอย่างไรก็ตาม เอาอายุ 35 - 40 ปีไปแล้ว ความสามารถในการรับการฝึกสมรรถภาพทางกายทุกอย่างจะลดต่ำลงเป็นลำดับ (ธีระ ศิริอาชาวัฒนา, 2546)

วัยทอง ถือเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเนื่องจากการลดระดับของฮอร์โมนในร่างกายสตรี ซึ่งอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านสรีระร่างกาย อารมณ์ และสภาพจิตใจ เพื่อให้สตรียังคงดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ และมีความสุข การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงถือเป็นเรื่องควรปฏิบัติ

นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่นการเดินเร็ว ๆ 45 นาที หรือการวิ่งเหยาะ ๆ การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน อย่างน้อย 15 - 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยสร้างความแข็งแรงให้กับหัวใจ และปอด จึงควรปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับสตรีที่มีปัญหาสุขภาพควรปรึกษาแพทย์ถึงท่าทาง และวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย

8. โปรแกรมออกกำลังกาย ร่างกายของคนในวัยต่าง ๆ มีความจำเป็นในการออกกำลังกายแตกต่างกันไป อายุเป็นสิ่งที่กำหนดว่าควรจะออกกำลังกายมากน้อยแค่ไหน

ช่วงอายุ 20 ปี

1. เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 30 นาที ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ แบ่งฝึกช่วงละ 10 นาที
2. Aerobic ฝึกครั้งละ 15 - 20 นาที ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 80 - 85% ของอัตราการเต้นสูงสุด

ข้อควรระวัง ควรใช้อุปกรณ์ป้องกันเข่า ไหล่ เมื่อเล่นกีฬาที่เป็นการแข่งขัน เช่น ฟุตบอล รักบี้ ส็อกกี เป็นต้น

ช่วงอายุ 30 ปี

1. เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 20 นาที ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ แบ่งฝึกเป็น 2 ช่วง
2. Aerobic ฝึกครั้งละ 30 นาที ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 70% ของอัตราการเต้นสูงสุด

3. ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5 - 10 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง
ข้อควรระวัง ไม่ควรออกกำลังกายมาก จนถึงที่เกิดอาการเจ็บปวดเริ่มมีอาการให้ลดการออกกำลังกาย โดยไม่เกินความสามารถของร่างกาย

ช่วงอายุ 40 ปี

1. เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 20 นาที ทุกวันจันทร์และศุกร์ แบ่งฝึกเป็น 2 ช่วง วันพุธยกน้ำหนักปานกลางนาน 45 นาที โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง

2. Aerobic ฝึกครั้งละ 25 นาที ทุกวันจันทร์-ศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 60 - 70% ของอัตราการเต้นสูงสุด วันอังคาร และวันพฤหัสบดีเพิ่มเวลาเป็น 30 นาที โดยเดินแบบเบา ๆ

3. ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5-10 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง
ข้อควรระวัง ควรเพิ่มการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของช่วงลำตัว

ช่วงอายุ 50 ปี

1. เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 20 นาที ทุกวันจันทร์ และศุกร์ ในวันพุธเพิ่มเวลาเป็น 45 นาที

2. Aerobic ฝึกครั้งละ 20 นาที ทุกวันจันทร์ และศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 60 - 70% ของอัตราการเต้นสูงสุด วันอังคาร และวันพฤหัสบดีเพิ่มเวลาเป็น 30 นาที

3. ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5 - 10 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง
ข้อควรระวัง อาจเกิดการบาดเจ็บที่ข้อและหลังได้ง่าย ต้องระวังในการออกกำลังที่ใช้กล้ามเนื้อส่วนดังกล่าว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคล และควรที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ กัน ซาลาซา (Salaza, 1991 อ้างใน อมรรัตน์ คงฤทธิ์ และคณะ, 2546) รายงานว่า สภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และ วัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แอจเซน และฟิชไบน์ (Ajzen & Eishbein, 1980 อ้างใน กัญญา ชื่นอารมณ์, 2543) กล่าวว่า ความตั้งใจที่ปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากเจตคติ แรงจูงใจของบุคคล กฎเกณฑ์ทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างใน กาญจนา นพรัตน์, 2544: 31) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Pender,s Health Promotion Model) ที่รวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย โหมดทัศน์หลัก 3 ด้าน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (individual characteristics and experiences) สถิติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม (behavior - specific cognition and affect) และผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavioral outcome)

เมื่อพิจารณาโดยใช้โมเดลทัศน์หลัก ของโมเดลส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างใน กาญจนา นพรัตน์, 2544: 31) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์จำแนกย่อยได้ 2 ประการ คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านที่ 2 ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม จำแนกย่อยได้ 7 ประการ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้

ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลต่อสถานการณ์
 ด้านที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ จำแนกย่อยได้ 2 ประการ ความมุ่งมั่นและความจำเป็นอย่างอื่น/
 ความชอบ ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านนี้มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย คือ

1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences)
 ปัจจัยกลุ่มนี้จะประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ดังนี้คือ

1.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (prior related behavior) การมี พฤติกรรมที่
 คล้ายคลึงกัน หรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป้าหมาย เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือ
 คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา มีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมเป้าหมาย ผลโดยตรงจะ
 เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบ่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย สำหรับผลโดยอ้อมนั้นจะเกิดผ่าน
 จากการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะในตนเองและอารมณ์ที่เกี่ยวข้อง
 กับพฤติกรรมกับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป้าหมาย

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biologic Psychological Factor) เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย
 (Body Mass Index) ความสามารถในการใช้ออกซิเจน (Aerobic Activity) ความแข็งแรง (Strenght)
 ความกระฉับกระเฉง (Agility) หรือความสมดุลของร่างกาย (Balance)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา (Personal Psychological Factor) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าใน
 ตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล (Body Mass Index) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceive Health
 Status) แรงจูงใจในตนเอง (Self - Motivation) และความหมายของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (Sociocultural Factor) ได้แก่ เชื้อชาติ (Race)
 เผ่าพันธุ์ (Ethnicity) วัฒนธรรม การศึกษาและสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม การขาดการ
 สนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น กลุ่มสตรีไม่สนับสนุน
 ให้ออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของเจฟฟี่และคณะ(Jaffee et al., 1999)อ้างใน
 กาญจนาน นพรัตน์, 2544 หน้า 32) พบว่าอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีวัย
 ทำงาน ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในชีวิตและแรงกระตุ้นจากสังคม

2. ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม (Behaviors Specific
 Cognitions and Affect) เป็นตัวแปรสำคัญในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการพิจารณาว่า
 มีความสำคัญในด้านการจูงใจและเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาล ที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการ
 พยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) การที่บุคคลจะ
 กระทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำ

เป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเป็นแรงจูงใจสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived Barriers of Action) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา หากมีความพร้อมในการกระทำแต่มีอุปสรรคมากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพก็จะไม่เกิดขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงโดยเป็นตัวกีดขวางการกระทำ การใช้เวลาที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายต้องใช้เวลามาก การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำหน้าที่ต่อครอบครัว การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการอยู่กับครอบครัว เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาในสตรีวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 750 คน พบว่าเวลาเป็นอุปสรรคที่มีความสำคัญที่สุดต่อการออกกำลังกายของสตรี (Jaffee, Iurrer, Rex, Hawkes, & Buccio, 1999 อ้างใน กาญจนา นพรัตน์, 2544 หน้า 32) สภาพแวดล้อมของการออกกำลังกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น สถานที่ออกกำลังกายอยู่ไกลเกินไป สถานที่ออกกำลังกายมีน้อย สถานที่ออกกำลังกายมีเวลาปิด - เปิดไม่สะดวกต่อการออกกำลังกาย ต้องเสียเงินมากในการออกกำลังกาย มีความรู้สึกลำบากที่ต้องออกกำลังกาย จากการศึกษามาร์คัสและฟอร์สyth (Marcu & Forsyth, 1998 อ้างใน กาญจนา นพรัตน์, 2544 หน้า 35) พบว่าการมีสถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้าน มีความปลอดภัย การเดินทางสะดวกและเสียค่าใช้จ่ายในการบริการ ไม่แพงจะมีผลทำให้สตรีมีการออกกำลังกายมากขึ้น

2.3 การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จในระดับใดโดยจะส่งเสริมการสนับสนุนให้บุคคลเข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ ความพร้อมของร่างกาย พบว่าการขาดพลังงานและความอ่อนเพลียเป็นอุปสรรคภายในตัวบุคคล ที่มีผลต่อการออกกำลังกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Verhoeft et al., 1993 ใน กาญจนา นพรัตน์, 2544 หน้า 35)

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity - Related Affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่างและภายหลังการกระทำพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมของตนเองประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (Activity - Related) อารมณ์ของตนในขณะนั้น (Self - Related) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมขณะนั้น (Activity - Related) ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นทางด้านบวกหรือลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกทางด้านบวก จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีกและถ้าเป็นความรู้สึกทางด้านลบจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทัศนคติ ของบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมตลอดจนรูปแบบที่บุคคลยึดถือ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและผลมีผลโดยอ้อม โดยจะกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation Influences) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม ลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลที่เกิดจากการรับรู้และความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ประกอบด้วย

3.1 พันธะสัญญาหรือความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ตามแผนการที่กำหนด (Commitment to a Plan of Action) เป็นการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนดซึ่งอยู่ภายใต้กระบวนการด้านความคิด 2 ประการ คือ

3.1.1 ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมในเวลาสถานที่ ที่กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะโดยไม่คำนึงถึงสิ่งใด ๆ ที่เข้ามาแทรก

3.1.2 กลวิธีที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆเพิ่มขึ้นเป็นการวางแผนเพื่อการกระทำนั้นเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

3.2 ข้อเรียกร้องหรือสิ่งที่พึงพอใจกว่าพฤติกรรมเป้าหมาย (Immediate Competition Demand and Prefernces) หมายถึง การมีพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นแทรกเข้ามา ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้นจะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลที่สำคัญในชีวิตได้ สำหรับสิ่งที่พึงพอใจอื่นที่แทรกเข้ามาเป็นทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลจะควบคุมได้ ทำให้บุคคลล้มเลิกพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งใจไว้เดิมได้

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoiog Behavior) เป็นจุดสุดท้ายหรือการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่ยั่งยืน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1. แนวคิดการรับรู้ (Perception) การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการเลือกที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าเกิดขึ้นการตีความในสิ่งที่ได้รับรู้ โดยการรับรู้ได้ จะต้องผ่านประสาทสัมผัส ทั้ง 5 คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่นและการรู้รสในสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (เนตร์พัฒนา ขาววิราช ,2547 หน้า 201) โดยทั่วไปบุคคลจะแปลความหมาย หรือมองเห็นสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็น เป็นสภาวะการณ์ สิ่งของบุคคลหรือเหตุการณ์ เป็นผลให้มีการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาวะการณ์ สิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์แตกต่างกัน ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งการรับรู้ นี้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจ การประเมินค่าและการแสดงออกของพฤติกรรม (เทพพนม ทเมืองแมนและสวित สุวรรณ, 2540 หน้า 6 - 7 อ้างในนุรมา แวบือชา 2550 หน้า 9) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าหมายถึง กระบวนการในการเลือกรับการจัดระเบียบและการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็น หรือ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ๆ ซึ่งแต่ละบุคคลจะให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้าที่มีความหมายต่อตนเองมากกว่า โดยการให้ความสำคัญนี้จะเป็ผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2546, หน้า 84) กล่าวว่า การรับรู้คือกระบวนการที่อินทรีย์หรือกระบวนการนี้เริ่มต้นจากการใช้วัยวะสัมผัสจากสิ่งเร้าและจัดระบบสิ่งเร้าโดยมีแรงผลักดันจากประสบการณ์เดิมในการแปลความหมายประเมินติดตามและให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างนโยบาย สาธารณะที่ดี (Healthy Public Policies) และสามารถตรวจสอบทิศทางการพัฒนาด้าน เศรษฐกิจ สังคมให้เป็นไปอย่างสมดุล และเกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนมุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคและส่งเสริมพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้มาตรการทางสังคมมาตรการทางกฎหมายควบคู่กับมาตรการด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อการสร้างสุขภาพ และลดอัตราการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสังคมที่ไม่เหมาะสม สร้างเสริมศักยภาพ ระบบการเฝ้าระวังการควบคุม ป้องกันและการรักษาพยาบาล โรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพสร้าง ระบบการควบคุม ป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมนวัตกรรม และมาตรการทางสังคมเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและชัดเจน สามารถควบคุมป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการ ป่วยและการตายที่สำคัญได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง มะเร็ง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการรับรู้หมายถึง กระบวนการของความคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มี ต่อสิ่งเร้าต่างๆ โดยมีแรงผลักดันจากประสบการณ์เดิมในการแปลความหมาย

Mausner (1974: 32-33) ได้อธิบายแนวคิดสุขภาพทางด้านนิเวศวิทยา (ecologic model) ที่อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีปัจจัยมาจาก 3 องค์ประกอบที่เรียกว่า “ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา” (The Epidemiologic Triangle) คือ คน (host) สิ่งก่อให้เกิดโรค (agent) และสิ่งแวดล้อม (environment)

2. แนวคิดภาวะสุขภาพ สุขภาพ เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากคำภาษาอังกฤษโบราณ คือ Health หมายถึง ภาวะที่ดีเป็นองค์รวม (Sound and whole of body) โดยทั่วไปมักใช้เพื่อสื่อถึงความปราศจากโรค (Jackson and Saunders, 1993 อ้างตาม ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2543 หน้า 2) องค์การอนามัยโลกให้คำนิยาม ของคำว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และ ทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543 หน้า 4) นั้นหมายถึง สุขภาพไม่เพียงแต่หมายความว่าความถึงการที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงมีกำลังปราศจากโรคหรือปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางจิต สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ Donatelle and Davis (1996 หน้า 3) ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพในมิติของสุขภาพ 6 ประการ คือ สุขภาพมีลักษณะ เป็นพลวัตร เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อความสุขสมบูรณ์ในมิติทั้ง 6 ด้าน ซึ่ง ได้แก่ ทางกาย ทางสังคม ทางอารมณ์ ทางจิต จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี กัลป์ลาเกอร์และคริดเลอร์ (Gaalagher and Kreidler, 1987 อ้างตาม ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 หน้า 145) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึงสภาพแห่งความสุขที่เกิดขึ้น จากความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจและสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในร่างกาย ตน เป็นความผสมผสานของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมโอเร็ม (Orem, 1995 หน้า 96) ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความแข็งแรงในการทำหน้าที่ ที่อย่างเหมาะสมมีความแข็งแรงไม่เจ็บป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองมีความรู้และทักษะแรงจูงใจ ความเชื่อค่านิยมในสังคมและวัฒนธรรมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้างสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน การมีสุขภาพดีบุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และได้ให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพว่า หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหรือหมายถึง ภาวะที่เป็นที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ ซึ่งไม่เพียงแต่หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคปราศจากอาการ และอาการ แสดงของโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเป็นปกติสุขทางจิตใจและวิญญาณอีกด้วย สมจิต หนูเจริญกุล (2534: 4) ให้คำนิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องคนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ และมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ (2548: 186 - 187) ให้นิยามของคำว่าสุขภาพหมายถึง ภาวะความสมบูรณ์สุขภาวะที่ สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจและดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่

เพียงปราศจากโรคหรือความพิการใด ๆ รวมทั้งสุขภาวะทางจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการคงไว้ซึ่งเสถียรภาพภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัตร ต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคลและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพมีตั้งแต่ระดับสุขภาพดีสูงสุดไประดับสุขภาพไม่ดีที่สุดเจ็บป่วยวิกฤตจนถึงตายภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยอาจไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะสมดุลหรือสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขในสภาวะแวดล้อมที่สุขสมบูรณ์สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่บรรลุเป้าหมายของชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประเวศ วะสี (2543 หน้า 5, ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 หน้า 153) ได้ให้ความหมายของแต่ละมิติของสุขภาพดังนี้

สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการมีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุอันตรายและมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง การมีจิตใจที่มีความสุขรื่นเริงมีสติสมาธิ มีปัญญารวมทั้งการลดความเห็นแก่ตัว เพราะหากมีความเห็นแก่ตัวก็จะไม่เกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวอบอุ่นชุมชนเข้มแข็ง สังคม ยุติธรรม เสมอภาค การศรัทธา สันติภาพ มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นแนวคิดที่เสนอโดยทริพพ์ไรเมอร์ (Tripp-Rimer, 1984 อ้างตามศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 หน้า 151) โดยแยกการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีความเจ็บป่วย และการเกิดโรคบนเส้นตรงสองเส้นที่ตัดกัน ตามการรับรู้ของสามัญชนหรือประชาชนทั่วไปที่มีต่อสุขภาพ คือ สุขภาพดีและความเจ็บป่วย (wellness and illness) ตามการรับรู้ของบุคคลในแต่ละกลุ่มที่มีวัฒนธรรม และความเชื่อสืบทอดกันมาส่วนการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (etic view) ที่มีต่อสุขภาพคือการเกิดโรคและปราศจากโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ที่มีความเป็นปรนัยทั้งสองเส้นที่ตัดกันสามารถแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 บุคคลรับรู้ว่าตนสุขภาพดีและเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วไม่พบโรคแสดงว่ามีการรับรู้ตรงกันการปฏิบัติที่ตามมาคือการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 บุคคลรับรู้ว่าตนเจ็บป่วย แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วไม่พบโรค หรือความผิดปกติ แสดงว่ามีการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ในด้านการดูแลรักษา

ส่วนที่ 3 บุคคลรับรู้ว่าตนเจ็บป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วพบโรคหรือความผิดปกติแสดงว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยตรงกัน ผู้ให้บริการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 4 บุคคลรับรู้ว่าตนสุขภาพดีแต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วพบโรคหรือความผิดปกติแสดงการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดการไม่ยอมรับในการรักษาพยาบาล

แนวคิดนี้ สามารถนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือที่สอดคล้องภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้น โดย Hochbaum Rosenstoc Lavental Kegeles Kirscht และ Becker (Green และคณะ, 1980 : 72) โดยทำการพัฒนารูปแบบของแบบจำลองนี้เพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ รวมทั้งใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังโดยอธิบายแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลมาจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความไวของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค รวมถึงการประเมินถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายนอกจากนี้อาจมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ปัจจัยภายใน ได้แก่การรับรู้ถึงอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและปัจจัยภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (Marteau, 1995 หน้า 7) แบบจำลองนี้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตามคำแนะนำของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก ทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะนั้นได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ซึ่ง Kurt Lewin กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” (บิงอร์ ประภาสะสูตร จันทรเพ็ญ ปริยัติ และอรนาถ วัฒนวงษ์, 2542 หน้า 19) คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่อยู่ในวิชาชีพก็ตาม สอดคล้องกับแนวคิดของ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2534 อ้างตามศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 หน้า 176) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้ของบุคคลจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลจากแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่แนวคิดของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเมื่อเกิดความเชื่อขึ้น พฤติกรรมของคนนั้นก็จะเปลี่ยนแปลง (Donatelle and Davis, 1996 หน้า 15) โดยมีข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับ สิ่งที่จะกระตุ้น การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งมีแนวคิดดังนี้ (McKenzie and Smelthzer, 1996 :111; Cookfair ,1996 : 149; วสันต์ ศิลปสุวรรณและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542 หน้า 68)

1. บุคคลต้องมีความตระหนักหรือรับรู้ว่าปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ

2. ภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงซึ่งอาการที่จะเกิดขึ้นอาจเป็นในลักษณะของความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงานเสียเงินทอง เสียหน้า อับอายและอื่น ๆ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงเชิงทฤษฎีก็ได้

3. บุคคลต้องเชื่อว่า การแสดงพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะจะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค ถ้ามีอาการเจ็บป่วยและควรไม่มีอุปสรรคที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติซึ่งเมื่อบุคคลประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติแล้วจะเห็นว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองซึ่งพฤติกรรมที่กระทำนั้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้ตัดสินใจโดยเหตุผลของตนเองไม่ได้เกิดขึ้นจากการถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคล หรือสมมติชนนิยมโดย Becker, Drachman and Kirscht ได้กล่าวถึงการรับรู้ ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพหรือการป้องกันโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของการรับรู้ 5 ประการคือ (McKenzie and Smeltzer, 1996 หน้า 111-112; บังอร ประภาสสุตย์, จันทรเพ็ญ ปรียัติ และอรนาถ วัฒนวงษ์, 2542 หน้า 25)

3.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะมีผลทำให้เกิดความตระหนัก หรือรับรู้ปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญจึงต้องแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะคุกคามเหล่านั้น

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใดซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงปรารถนาและความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefit and Costs)

หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่บุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรคสามารถควบคุมโรครวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งการรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อทำการประเมินเทียบกับค่าใช้จ่ายจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

3.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและความ

ห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลหรือเกิดจากการกระตุ้น ของความเชื่อมต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าใช้จ่าย รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ พวงทอง ป็องกัย (2540: 14) กล่าวถึง แรงจูงใจว่าเป็นสภาพหรือสถานะที่อยู่ในตัวของบุคคลเพื่อแสดงหรือผลักดัน ให้คนเราแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายแรงจูงใจอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือจากการเรียนรู้ แต่เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้กิจกรรมนั้น ไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจจึงมีลักษณะคล้ายกับการรับรู้ เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

3.5 ปัจจัยร่วม (Modifying factor) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรค

ต่อการปฏิบัติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวของบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียหรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น ข่าวสารจากสื่อต่างๆคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น บัตรนัดหรือไปรษณีย์เตือนการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว มีปัจจัยร่วมเป็นตัวส่งเสริมร่วมด้วยจะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้น การที่จะชักนำ หรือกระตุ้นมีความแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัย สิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2538 อ้างใน วิภา ไชยณรงค์ และคณะ, 2541) ได้ศึกษาการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และคูกีฬาของประชากรในประเทศไทย พบว่า ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ เล่นกีฬาประมาณ ร้อยละ 31.5 มีผู้ออกกำลังกาย คิดเป็น ร้อยละ 15.0 และมีผู้ไม่เล่นกีฬาและออกกำลังกายคิดเป็น ร้อยละ 53.5 ประชาชนที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬาใกล้เคียงกัน

กรุงเทพมหานครมีประชาชนเล่นกีฬามากกว่าภาคอื่นๆ ร้อยละ 37.1 รองลงมาเป็น ประชาชนภาคใต้ ร้อยละ 34.1 และประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือออกกำลังกายมากกว่าภาคอื่นๆ ร้อยละ 28.6 และประชาชนภาคกลางออกกำลังกายและเล่นกีฬามากกว่าภาคอื่นๆ ร้อยละ 9.2

ประเภทกีฬาที่นิยมเล่นมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ฟุตบอล วอลเลย์บอล แบดมินตัน กรีฑา และบาสเกตบอล เป็นต้น กิจกรรมการออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ วิ่ง เดิน บริหารร่างกาย เต้นแอโรบิค ขี่จักรยาน และกระโดดเชือก

สถานที่เล่นกีฬาส่วนใหญ่เป็นสถานศึกษา ร้อยละ 66.6 บริเวณบ้าน ร้อยละ 14.4 สำหรับสถานที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นภายในบริเวณบ้าน ร้อยละ 12.5 และสนามกีฬา ร้อยละ 6.2

ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ที่เล่นกีฬา ชอบคูกีฬา ร้อยละ 78.9 ส่วนใหญ่คูกีฬาไม่แน่นอน ร้อยละ 35.4 โดยคูกีฬา 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 19.6 และ 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 12.9 ประเภทกีฬาที่ประชาชนดูมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ ฟุตบอล มวยไทย เทนนิส วอลเลย์บอล และบาสเกตบอล ประชาชนที่ออกกำลังกาย คูกีฬา ร้อยละ 21.1 ส่วนประชากรที่ไม่ออกกำลังกายและไม่เล่นกีฬา คูกีฬา ร้อยละ 43.9

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2550) ได้ศึกษาการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ของประชากรในประเทศไทย ผลการสำรวจพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชากรในประเทศไทย พบว่า ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยผู้ชายมีอัตราการออกกำลังกายสูงกว่าผู้หญิงจะพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีอัตราการออกกำลังกายสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้หญิงและผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในขณะที่ผู้ชายออกกำลังกายคงที่และมีแนวโน้มลดลง สำหรับช่วงวัยของประชากรที่ออกกำลังกายปี 2550 พบว่ามีผู้ออกกำลังกายประมาณ 16.3 ล้านคนตามกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม พบว่า เป็นผู้ที่อยู่ในวัยเด็ก ร้อยละ 18.4 วัยรุ่น ร้อยละ 29.3 วัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 40.3 และผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.0

สำหรับความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย 3 - 5 วัน ร้อยละ 38.2 ออกกำลังกาย 6 - 7 วัน ร้อยละ 28.2 และน้อยกว่า 3 วัน ร้อยละ

21.6 สำหรับการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีเพียง ร้อยละ 12.0 และออกกำลังกายประมาณ 21 - 30 นาที ร้อยละ 31.0 31 - 60 นาที ร้อยละ 29.3

ในจำนวนผู้ออกกำลังกาย 16.3 ล้านคนประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.1 ระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 14.1 อุดมศึกษาร้อยละ 13.9 เมื่อพิจารณาตามอัตราการออกกำลังกายของประชากรแต่ละระดับการศึกษาพบว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาสูงสุดคิดเป็นอัตรา ร้อยละ 39.0 และผู้ไม่ได้เรียนหนังสือมีอัตราต่ำสุด ร้อยละ 11.6 สำหรับประเภทการออกกำลังกาย นิยมออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ เดินวิ่ง เต้นแอโรบิกและออกกำลังกายประเภทอื่น ๆ ได้แก่ ฟิตเนส ว่ายน้ำ พลอง โยคะ ไทเก๊ก จั๊ก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายของผู้ป่วย พบว่า จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปทั้งหมด 55.0 ล้านคน มีอาการป่วยในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 9.2 ล้านคน หรือ ร้อยละ 16.7 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม้ออกกำลังกาย ร้อยละ 68.5 เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการออกกำลังกายกับการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ออกกำลังกายสม่ำเสมอในระยะที่นานกว่า 3 เดือนขึ้นไป เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลในรอบปี น้อยกว่าผู้ที่ออกกำลังกายในระยะที่สั้นกว่า กิตติพร เนาวิสุวรรณ และพรทิวา คงคุณ (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาจารย์พยาบาลในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 6 วิทยาลัยในภาคใต้ จำนวนทั้งสิ้น 98 คน พบว่า

1. อาจารย์พยาบาลในภาคใต้ มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 77.6 แต่เป็นพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 14.5
2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวม พบว่าปัจจัยดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($R=.284$) เมื่อพิจารณาปัจจัยเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R = .347$, $R = .448$) ส่วนปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($R = .174$)

วนลดา ทองใบ (2540) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบิดา มารดา เพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และจากบุคลากรทางการแพทย์ ตัวแปรที่ทำนาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากสามีและบิดา มารดา เพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และจากบุคลากรทางการแพทย์ และการเข้าถึง โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงาน สตรีได้ ร้อยละ 37.2

สุภัทรา พสุมาตร (2543 อ้างใน ชลลดา คล้ายคลึง, 2545) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลอำนาจเจริญในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ความถี่ของ ข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ และการสนับสนุน

จุฑาภรณ์ คณานุรักษ์ (2548) ศึกษารูปแบบการออกกำลังกายของประชาชนในเขต 12 พบว่ารูปแบบการเคลื่อนไหวออกแรงด้วยการเดิน (ร้อยละ 22.3) เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับ ประชาชนที่สุดเนื่องจากสามารถปฏิบัติได้ง่ายต่อเนื่องและเป็นวิถีชีวิตของประชาชน แต่การออกกำลังกายด้วยการเดินนั้น ประชาชนต้องเพิ่มระดับความเหนื่อยจากระดับน้อยให้อยู่ระดับปานกลาง ถึงหนักจึงจะได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างเต็มที่

ศิริพร เกตุดาว และคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มสนับสนุนทางสังคมและ โปรแกรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจหลังได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมและ โปรแกรมการออกกำลังกายมีการ เปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกายได้มากขึ้นถูกต้องตามเกณฑ์และเหมาะสม สมกับตนเอง รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย มีความมั่นใจมากขึ้นที่จะออกกำลังกาย

เกสร ขอรัตน์ (2547) เปรียบเทียบความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของกลุ่มผู้มีบัตรสุขภาพกิตติมศักดิ์และกลุ่มผู้ไม่มีบัตรสุขภาพกิตติมศักดิ์จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันใน ระดับ ปานกลาง

ธงชัย ทวีชาชาติ และคณะ (2538 อ้างใน วิภา ไชยณรงค์ และคณะ, 2541) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย และสุขภาพจิตของ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่อ้างว่าไม่มีเวลา และใน กลุ่มที่ออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละมากกว่า 30 นาที ปัจจัยที่ ส่งผลต่อการออกกำลังกายคือปัจจัยนำด้านความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย ปัจจัยนำด้านความเชื่อ ในเรื่องการออกกำลังกาย ปัจจัยนำด้านทัศนคติและค่านิยม ปัจจัยเสริมปัจจัยสนับสนุน

ภานุมาศ สุริยะกาญจน์ (2549) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน ที่มาออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก ในบริเวณสวนหลวง ร.9 พบว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัันมีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนที่มีเพศ น้ำหนัก อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวน ชั่วโมงในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการเดินทางไปออกกำลังกาย ความถี่ในการเดินแอโรบิกต่อสัปดาห์ และความรู้ความเข้าใจในการออกกำลังกายแตกต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกไม่แตกต่างกัน

สถาพร แก้วจันทิก (2548) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มาออกกำลังกาย ณ ศูนย์สุขภาพ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.0 นิยมวิ่งเหยาะๆ รองลงมาคือเดินเร็วและเดินแอโรบิก ร้อยละ 22.7 และ 12.7 ตามลำดับ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ร้อยละ 58.0 จะปฏิบัติทุกครั้ง ระดับความรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 59.3 จะปฏิบัติทุกครั้ง จำนวนวันออกกำลังกาย โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.0 ออกกำลังกายได้ 3 - 5 วัน เวลาออกกำลังกายโดยเฉลี่ยทุกครั้ง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 ใช้เวลา 30 - 60 นาที และ ร้อยละ 56.67 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง ปัจจัยภายในและภายนอก ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายมี 4 ตัวแปร คือ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การเคยเป็นนักกีฬา และการมีผู้ร่วมออกกำลังกาย

ชุดิกกาญจน์ ฉัตรรุ่ง (2551) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2 พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดีที่สุด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพดีที่สุด ส่วนด้านการออกกำลังกายส่วนมากอยู่ในระดับไม่ดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและต่อเนื่อง

ปราณี พงศ์ไพบูลย์ กอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์ จิตโส ลาวัลย์ตระกูล และสุนันทา ยังวนิช เสรฐ (2550) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบรำกระบองต่อสมรรถภาพทางกายและภาวะสุขภาพของสตรีวัยรุ่นพบว่าสตรีวัยรุ่นที่ออกกำลังกายแบบรำกระบองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางกายโดยรวม แรงบีบมือ แรงเหยียดขา ความอ่อนตัว ความจุปอดและสมรรถภาพการใช้ ออกซิเจนสูงกว่าสตรีวัยรุ่นที่ไม่ออกกำลังกายแบบรำกระบองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนปริมาณไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของสตรีวัยรุ่นที่ออกกำลังกายแบบรำกระบองสูงกว่าสตรีวัยรุ่นที่ไม่ออกกำลังกาย

กายแบบรำตะบองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพร่างกายโดยรวม ปริมาณไขมันในร่างกาย แรงบีบมือ แรงเหยียดขา ความอ่อนตัว ความจุปอดและสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนของสตรีวัยรุ่นที่ออกกำลังกายแบบรำตะบองพบว่า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของสตรีวัยรุ่นที่ออกกำลังกายแบบรำตะบองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปผลการศึกษพบว่า การออกกำลังกายแบบรำตะบองช่วยให้สตรีวัยรุ่นมีสมรรถภาพทางกายและภาวะสุขภาพดีขึ้น จึงสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพสตรีวัยรุ่นได้

พรพิมล เวชกุลขำรง (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและภาวะสุขภาพของสตรีวัยกลางคนที่น้ำหนักเกิน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีความรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มทดลองมีความคาดหวังผลลัพธ์การออกกำลังกายสูงก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพ (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ซีพจร ความดันโลหิตและอัตราส่วนรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก) ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ประไพพิศ สิงหเสม และวรารัตน์ แก้วเกื้อ (2546) ผลการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมออกกำลังกายปกติ ผลการวิจัยพบว่าสมรรถภาพทางกายโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สำหรับด้านน้ำหนักตัว เปอร์เซ็นต์ไขมัน สภาพหัวใจขณะพัก ความดันโลหิต แรงบีบมือและความอ่อนตัวก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชณี สรรเสริญ (2544) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียดและการออกกำลังกายของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนพบว่า ร้อยละ 45 ของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนมีการปฏิบัติการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการออกกำลังกายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และยังพบว่ากลุ่มสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการออกกำลังกายมากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการออกกำลังกายน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้กลุ่มสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการออกกำลังกายมากมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับการออกกำลังกายน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ง่าย ปลอดภัย และมีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

สุธิศา ล่อมช้าง รัตนาวดี ขอนตะวัน จิตติมา สุขเลิศตระกูล และวิภาดา คุณาวิฑิตกุล (2547) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าภาวะสุขภาพด้านร่างกายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65.28 ความดันโลหิตปกติร้อยละ 70.83 ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 91.42 ภาวะสุขภาพด้านจิตใจส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับมาก แต่ด้านกิจกรรมทางกายและด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพด้านร่างกายได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน ภาวะสุขภาพทั่วไปและความเครียดกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน

อรุณี สังขพานิช (2547) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิกของประชาชนในตำบลพิหารแดงและตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่าประชาชนมีความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.30 ระดับภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.78 และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.47 ส่วนความสมบูรณ์ทางกายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 39.62 ผลการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิก พบว่า สามารถส่งผลให้ให้ประชาชนในความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนั้นหลังการทดลอง 2 เดือน ไม่มีความแตกต่างกับการทดลองทันที ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิก สามารถเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนได้และยังส่งผลให้ประชาชนมีสภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ทางกายดีขึ้น

สิริพร ศศิณทลกุล และคณะ (2552) ศึกษาผลของกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีต่อสภาวะของร่างกาย จิตใจ สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพของบุคลากรและนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายที่จัดให้ ช่วยให้ผู้ใช้เข้าร่วมวิจัยมี

ความเครียดลดลง และมีแนวโน้มที่จะมีความสุขมากขึ้น รวมทั้งสมรรถภาพทางกายก็ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยที่หัวใจแข็งแรงขึ้น มีความจุปอดมากขึ้นและกล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น สำหรับผลของการออกกำลังกายที่มีต่อการลดอัตราเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ นั้น พบว่าการออกกำลังกายส่งผลให้ระดับ Triglyceride ในกระแสเลือดลดลง จึงช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน และยังช่วยลดความดันโลหิตอีกด้วย แต่การออกกำลังกายเพียง 3 เดือนนี้ไม่เพียงพอที่จะช่วยลดระดับ LDL-C ได้อย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมปกติของประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ต้องการควบคุมอาหาร ดังนั้นพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบนี้ ในระยะเวลาเพียง 3 เดือน จึงไม่เพียงพอในการลดระดับ LDL-C ในผู้ที่ไม่ควบคุมการรับประทานอาหารได้

จักรพันธ์ ชมสวน และสมภพ พรหมไย (2550) ศึกษาการประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะสุขภาพของนักศึกษาเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 20.18 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.7 มีภาวะอ้วนลงพุง ด้านความรู้อยู่ในเกณฑ์ดีมากด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 58.1 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่เพียง ร้อยละ 47.7 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 8.8 ด้านทัศนคติที่มีต่อรูปร่าง พบว่า ร้อยละ 45.3 คิดว่ารูปร่างของตนเองมีปัญหา เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับดัชนีมวลกาย การออกกำลังกายกับดัชนีมวลกาย และทัศนคติที่มีต่อรูปร่างกับดัชนีมวลกาย พบว่ามีเพียงทัศนคติที่มีต่อรูปร่างกับดัชนีมวลกายเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) โดยสรุปนักศึกษาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลมีความรู้ด้านสุขภาพดีมาก แต่มีบางกลุ่มที่ดัชนีมวลกายเกินกว่าค่าปกติและอ้วนลงพุง ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อไปในภายภาคหน้า จึงสมควรที่จะรณรงค์การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและส่งเสริมการออกกำลังกายแก่นักศึกษาต่อไป

ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล พชรียา ไชยลังกา และปิยนุช จิตตานุนท์ (2551) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 72 คน ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 70.80 และมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 20.80 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.11 สมรรถภาพทางกายโดยรวมอยู่ในระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 43.10 และ 41.70 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 46.60 และภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 43.20 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางยกเว้นด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ใน

ระดับสูง ภาวะสุขภาพทางกายได้แก่ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต สมรรถภาพทางกาย ไม่มี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่พบว่าภาวะสุขภาพจิตมี ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.493, p < .01$)

คุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ (2544) ศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าไรจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น และพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกันที่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูง

นายศรี สุพรศิลป์ (2539) สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ศึกษาปัจจัย เสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยใน เพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตตามอายุเร็วกว่าเพศหญิง แต่ความสัมพันธ์นี้จะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุเข้าสู่ 50 ปี ซึ่งผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันสูงขึ้นถึง 2 เท่า

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์ (2551) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการ บริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ประชากรมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดย รวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมากได้แก่แรงจูง ใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่อยู่ในระดับ ดีได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค ประชาชนมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี และการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี และการรับรู้ภาวะ สุขภาพมีความสัมพันธ์กันน้อยมากกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

ประดิษฐ์ นาทวีชัย (2540) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของครู ในจังหวัดชัยนาท พบว่า ภาวะสุขภาพของครูโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ด้านดัชนีมวลกายอยู่ใน ระดับดี อัตราชีพจรและความดันโลหิตอยู่ในระดับพอใช้ถึงดี ความแข็งแรงอดทนของระบบ ไหลเวียนโลหิต/ระบบหายใจ อยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ จำนวน วันในการออกกำลังกาย 1 - 2 วัน/ สัปดาห์ ออกกำลังกายนาน 5 - 15 นาที ประเภทการออกกำลังกาย ได้แก่ เดิน วิ่งเบา ๆ และกายบริหาร ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันที่ออก กายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ด้านเพศ พบว่า เพศชายมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้านจำนวนวัน ระยะเวลาและประเภทกิจกรรมที่ใช้ ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ด้านอายุ พบว่า อายุมีน้อยมีความสัมพันธ์กับประเภท กิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ปริญญา ดาสา (2544) ศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคต่อการ ออกกำลังกายของอาจารย์สตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า อาจารย์สตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ร้อยละ 83.45 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 4.55 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ และ ร้อยละ 95.45 ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่มีประสิทธิภาพ ตามหลักการออกกำลังกาย ในเรื่องระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ความถี่ ระยะผ่อนคลายร่างกาย ความแรง และความนานตาม ลำดับ การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายรายด้าน พบว่าใช้เวลาในการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมของการออกกำลังกาย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมและความพร้อมของร่างกายอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย