

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน (อสม.)

นิพนธ์ เจริญบัณฑิตย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2559  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....*พรนภา หอมสินธุ์*.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.....*อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์*.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*Weenat*.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรม)

.....*พรนภา หอมสินธุ์*.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.....*อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์*.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

.....*วรวรรณ เดียววิเศษ*.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ เดียววิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....*นุจรี ไชยมงคล*.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ *15* เดือน *กรกฎาคม* พ.ศ. 2559

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ซึ่งไม่อาจจะนำมากล่าวได้ทั้งหมด ซึ่งผู้มีพระคุณท่านแรกคือผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณคือผู้ช่วยศาสตราจารย์พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ผู้สอนที่ได้ให้ความรู้คำแนะนำตรวจทาน และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ทุกขั้นตอน เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ที่สุด ท่านที่สอง คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้คำแนะนำตรวจทาน และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ท่านสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตะแบก ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองสะพาน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองกรับ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองน้ำเย็น และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านชากมะหาด ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณแม่ณรงค์ เจริญบัณฑิตย์ และครอบครัวพุทธสังข์ ที่อยู่เบื้องหลังในความสำเร็จและให้โอกาสการศึกษาอันมีค่ายิ่ง ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมถึงเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อนร่วมงาน พี่ น้องที่คอยให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ ปรึกษา และเป็นกำลังใจ ทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้สนใจศึกษาต่อไป

นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์

52920219: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ปัจจัย/ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

นิตินันท์ เจริญบัณฑิตย์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D., รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D., 101 หน้า. ปี พ.ศ. 2559

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจาก อสม. ควรเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับประชาชนในชุมชน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 195 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภาพโดยรวมค่อนข้างสูง ( $M = 64.9, SD = 6.01$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .345, p < .001$ ) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.317, p < .001$ ) เพศ ( $r = .301, p < .001$ ) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .298, p < .001$ ) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .274, p < .001$ ) ระดับการศึกษา ( $r = .131, p = .034$ ) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ( $r = .118, p = .050$ )

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

52920219: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS/ HEALTH PROMOTING BEHAVIORS/ VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

NITHINAN CHAROENBUNDITH: FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS. ADVISORY COMMITTEE: PORNNAPA HOM SIN, Ph.D., RUNGRAT SRISURIYAWATE, Ph.D., 101 P. 2016.

Village health volunteers should have good health promotion behaviors to be a role model for people living in community. Objectives of this study were to study health promotion behaviors among village health volunteers in Bankhai district, Rayong province and to examine relationship between these health promotion behaviors and their related factors. The participants sample consisted of 195 village health volunteers selected by simple random sampling. Data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, point biserial correlation coefficients, and Pearson's product moment correlation coefficients.

Study results revealed that mean score of participants' health promotion behaviors was quite high ( $M = 64.9$ ,  $SD = 6.01$ ). Factors significantly related to health promotion behaviors were perceived self-efficacy ( $r = .345$ ,  $p < .001$ ), perceived barrier of action ( $r = -.317$ ,  $p < .001$ ), sex ( $r = .301$ ,  $p < .001$ ), perceived benefits of action ( $r = .298$ ,  $p < .001$ ), social support ( $r = .274$ ,  $p < .001$ ), education ( $r = .131$ ,  $p = .034$ ), and duration of being village health volunteers ( $r = .118$ ,  $p = .050$ ).

Findings recommend that community nurse practitioners and related professionals should develop health promotion behaviors among village health volunteers by focusing on increasing perceived benefits of action, decreasing barrier of action, enhancing self-efficacy, and encouraging family participation in health promotion behaviors.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	11
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ .....	18
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน .	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	35
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	41
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล .....	44
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส.)	47
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ .....	52
5 สรุป และอภิปรายผล .....	53
สรุปผลการวิจัย .....	53
อภิปรายผลการวิจัย .....	54
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	60
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	61
บรรณานุกรม .....	62
ภาคผนวก .....	71
ภาคผนวก ก .....	72
ภาคผนวก ข .....	79
ภาคผนวก ค .....	83
ภาคผนวก ง.....	94
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	101

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง..... 36
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของบุคคล..... 45
3	คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม..... 47
4	คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ..... 48
5	คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและด้านอารมณ์ ..... 49
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย..... 50
7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ..... 51
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง..... 52
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง..... 96
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง..... 98
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองการสร้างเสริม สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง..... 100
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้แรงสนับสนุนของการสร้างเสริม สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง..... 101



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	8
2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง .....	23
3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง .....	37

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล รสหวาน มัน เค็มมากเกินไปและบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย มีการเคลื่อนไหวทางกายน้อย มีพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงภาวะเครียดสิ่งเหล่านี้ทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคในปัจจุบันเปลี่ยนไป โดยพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” เพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น (วิชัย เทียนถาวร, 2556)

จากรายงานขององค์การอนามัยในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ทุกปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประมาณร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประมาณ ร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยมีสัดส่วนการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 27 โรคมะเร็ง ร้อยละ 12 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 6 ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ทักษพล ธรรมรังสี, 2557) และจากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2553 ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นทุกโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 1,629.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคเบาหวานอัตราป่วยเท่ากับ 1,081.2 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราป่วยเท่ากับ 435.1 ต่อแสนประชากร และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ หรืออัมพฤกษ์อัมพาต (Stroke) อัตราป่วยเท่ากับ 366.8 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วย มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและโรคแทรกซ้อน ประสิทธิภาพการทำงานด้อยลง มักเป็น อุปสรรคในการงาน และในการดำรงชีวิต คุณภาพชีวิตด้อยลงความสามารถ และการประสบความสำเร็จ ในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งคนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในเรื่องความเข้มแข็ง อดทนอีกทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต หากไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาภาวะสุขภาพ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ก็จะทำให้เกิดอาการเศร้า หวาดระแวง ท้อแท้ และผิดหวัง นำไปสู่ปัญหา สุขภาพจิตได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2553) การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาล นาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทำให้เพิ่มภาระแก่ครอบครัว และคนรอบข้าง สร้างภาระแก่ สังคมโดยรวม (วณีย์ ปรีชาอนันต์, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ที่ต้อง สูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพการหารายได้ หากเลี้ยงครอบครัวทำให้เกิดความสูญเสีย ทางเศรษฐกิจมหภาค

จากสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมรัฐบาลได้เห็นถึง ความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ใช้กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน หรือระบบ สุขภาพภาคประชาชนมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศตั้งแต่แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยเน้นหลักการมี ส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งหมายให้ประชาชนมีความสามารถแสดง บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยชุมชน เพื่อชุมชนได้ อย่างยั่งยืน ด้วยจิตอาสา เต็มใจและจิตสำนึกที่ดีมีความศรัทธาและมุ่งมั่นในการพัฒนาในรูปแบบ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นประชาชนในชุมชนที่อาสาสมัครเข้า มาทำงานดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นกำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญในการช่วยงานในด้าน สาธารณสุข มีความใกล้ชิดกับชุมชน และรับรู้ปัญหาของประชาชนได้ดีที่สุด เนื่องจากอาสาสมัคร สาธารณสุขเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกครัวเรือน 10-15 หลังคาเรือน ในการเป็นตัวแทน เข้ารับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคมและ สิ่งแวดล้อม และมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และดูแลสุขภาพ ชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2554) อสม. จึงควรเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ เป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งของตนเอง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง คือ ทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงลดภาวะเสี่ยงต่อ การเกิดโรคแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพการทำงานหรือผลผลิตของงานในชุมชน ส่งผลให้ชุมชน

มีการพึ่งตนเอง ได้อีกด้วย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย ในปี พ.ศ. 2557 ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศที่มีจำนวน 1,040,000 คน เป็นแบบอย่างของคนที่รักสุขภาพ ไม่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทั้งหมดลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตรวจสอบโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และดำเนินการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนซึ่งคาดหวังว่าจะเพิ่มจำนวนผู้ที่มีสุขภาพดีในหมู่บ้านมากขึ้น และลดจำนวนคนป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้อีกวิธีหนึ่ง (สรวงศ์ เทียนทอง, 2557) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555 - 2559) ที่มียุทธศาสตร์การพัฒนาคอนโดยการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาการรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นว่าบุคคลที่เป็นเครือข่ายในการพัฒนางานสาธารณสุข และเป็นทรัพยากรที่สำคัญด้านสุขภาพในระดับชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ทั่วประเทศ และได้รับความเชื่อถือเป็นผู้อุทิศตนทำงานด้วยจิตอาสาเพื่อชุมชน เป็นผู้มีความรู้ และใส่ใจในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดีมีบทบาทเป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน โดยการเริ่มต้นมีส่วนร่วมด้วยการดูแลสุขภาพของตนเองก่อน (พานิชี สิตกะลิน, 2556)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และนำไปสู่การมีสุขภาพที่พึงปรารถนา และเป็นยุทธวิธีเชิงรุกที่จะให้ผลในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด เพราะการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นขบวนการที่เพิ่มขีดความสามารถหรือศักยภาพในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตเล็กสิ่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจการอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อจัดและหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพและนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิต (ประกาย วิโรจน์กุล, 2556) และจากการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็น “การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่” โดยน้อมนำปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ฯ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของคนไทยทั้งระบบโดยการสร้างสุขภาพของตัวเองด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (เหล้า บุหรี่) เป็นการสร้างสุขภาพนำซ่อมที่สร้างภูมิคุ้มกัน โรคภัยไข้เจ็บ

ได้เป็นอย่างดีและยังเป็นยารักษาโรคที่พิเศษ กล่าวคือไม่มีค่าใช้จ่ายสามารถสร้างได้เอง อีกทั้งยังประหยัดลดค่าใช้จ่ายจากยา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ตนเองสามารถควบคุมป้องกันรักษาโรคจากพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการสร้างสุขภาพด้วย “3 อ. 2 ส.” คือลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการลดอ้วนลดละเลิกเหล้าบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการศึกษา การทำงานเพิ่มคุณค่าและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วิชัย เทียนถาวร, 2556)

จากการสำรวจในวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดระยอง เมื่อวันที่ 20 มีนาคม ของ ปี พ.ศ. 2557 ภายใต้โครงการ “อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับพฤติกรรม” ผลการประเมินภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ระดับค่าดัชนีมวลกายของ อสม. มีค่าเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 42.6 และผลระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.6 เป็นร้อยละ 10.3 และ รอบเอวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 15.5 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จาก ร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 5.8 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 3.2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2557) จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของ อสม. เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อเรื้อรังมากขึ้นทั้งๆที่ อสม. เป็นกลุ่มบุคคลที่เข้าถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพได้มากกว่าประชาชนทั่วไป มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

อำเภอบ้านค่ายเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดระยอง ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นพื้นที่ราบลาดลงสู่แม่น้ำและมีภูเขาสูงปานกลางพื้นที่ดินร่วนปนทรายเหมาะสำหรับทำการเกษตรกรรม การปลูกยางพารา ปลูกพืชไร่ ไม้ยืนต้น ผลไม้ และมีแม่น้ำระยองไหลผ่านซึ่งบางส่วนเหมาะแก่ การทำนา และการจัดทำเป็นที่อยู่อาศัย ส่วนเขตชุมชนเมืองมีการจัดตั้งโรงงานอุตสาหกรรมด้านการเกษตร และอุตสาหกรรมการผลิตอุปกรณ์การเกษตร ในแต่ละตำบลยังมีบริบทที่คล้ายคลึงกัน มีลักษณะวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ถึงชนบท อาชีพหลักที่สำคัญคือ เกษตรกรรม รับจ้าง ทั้งรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และ ในเกษตรกรรม โดยมีลักษณะโครงสร้างประชากรเป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะทางสังคมยังคงมีวัฒนธรรมของระบบผูกพันใกล้ชิดระหว่างประชาชนในชุมชน จึงมีการพบปะสังสรรค์ในโอกาสต่าง ๆ อยู่เป็นประจำตลอดปีเช่น งานบุญประเพณี งานเฉลิมฉลอง กิจกรรมชุมชน เป็นต้น ทำให้มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสหวานและเค็มจัด รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย อยู่ในพื้นที่ชายทะเลภาคตะวันออก ส่งผลให้ประชาชนมีการบริโภคอาหารทะเล ซึ่งมีไขมันสูงอยู่เป็นประจำ จากการสัมภาษณ์ อสม. ในเขตตำบลหนองบัว อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 50 คน โดยผู้วิจัย เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 พบว่า อสม.

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกายน้อยโดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ในการออกกำลังกายและส่วนใหญ่คิดว่า การทำงานประจำเพียงพอที่จะทำให้สุขภาพแข็งแรงไม่ให้ความสำคัญกับการเลือกบริโภคอาหาร เพราะติดในรสชาติของอาหาร รับประทานอาหารรสหวาน เค็ม มันเป็นประจำ บริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล จำนวนมาก เพราะคิดว่า ต้องใช้แรงงานมากในการทำงานจึงต้องการอาหารปริมาณมากในแต่ละมื้อและพบว่าส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษามาแล้ว มากกว่า 5 ปี ซึ่งระยะเวลาข้อมีผลต่อการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การศึกษาในที่ต่างกันซึ่งมีบริบทวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อต่างกันตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของ สังคมเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม นโยบายของการเมือง การปกครอง ก็ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพของ อสม.ที่แตกต่างกันได้เช่นกัน และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผล พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส (คำนิง จันทรหีมือน, 2554) อายุ (ธวัช วิเชียรประภา, 2555) รายได้ต่อเดือน และระดับการศึกษา (สุธารดี รักพงษ์, 2549) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (สุมาลี เรืองจักร, 2549) การรับรู้ประโยชน์ (เพียรศรี เมฆสุทัศน์, จิตติมา กัตติญญ และทรงยศ คำชัย, 2553) การรับรู้อุปสรรค (อรทัย อินทร์แก้ว, 2550) การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน (นันทิยา ตอสูง โลก, 2554) การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ธวัช วิเชียร ประภา, 2555) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (สุธารดี รักพงษ์, 2549; จิรายุทธ คงนุ่น และนุช นัดดา แสงสินศร, 2550) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. (วาสนา วิถี, 2555)

การศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง โดยใช้ทฤษฎีสร้างเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยการศึกษา ครั้งนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม. และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำ พฤติกรรมที่เฉพาะซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีสุขภาพ

ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ เป็นกำลังสำคัญสาธารณสุขไทย และเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับประชาชนในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม.) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชาย
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก
4. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
6. ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

8. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

10. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

11. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

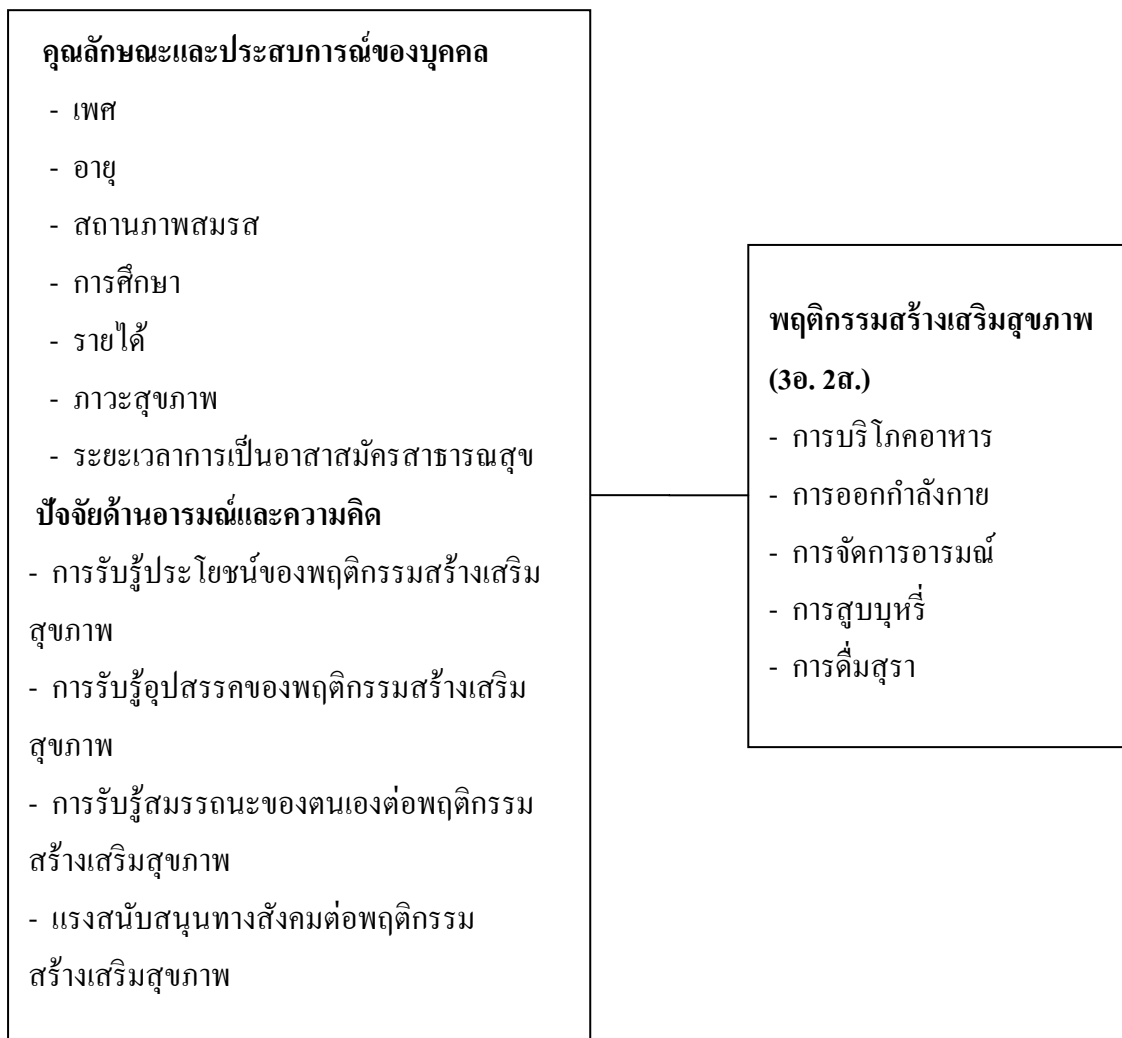
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของ (Pender et al, 2011) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำ สม่่าเสมอจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต และเป็นนิสัยสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุกในชีวิตประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมเฉพาะและพฤติกรรมผลลัพธ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมเฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งในด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สรุปได้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังต่อไปนี้



## ตัวแปรต้น

## ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promoting model) (Pender et al., 2011) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

## นียมศัพท์เฉพาะ

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีนับจากวันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล
2. การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษาจนถึงการศึกษาสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. รายได้ หมายถึง จำนวนเงิน (บาท) ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับต่อเดือนซึ่งมาจากการทำงานประจำ และงานเสริมอื่น ๆ
4. ระยะเวลาการเป็น อสม. หมายถึง เวลาเต็มปีที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ทำงานในตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจนถึงปัจจุบัน
5. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
6. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อผลดีที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (3 อ. 2 ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
7. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือการคาดคะเนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (3 อ. 2 ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความมั่นใจตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (3 อ. 2 ส.) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
9. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การส่งเสริม/สนับสนุนหรือช่วยเหลือ/แนะนำในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (3 อ. 2 ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
10. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ อสม. แสดงออกหรือได้ปฏิบัติทางด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (3 อ. 2 ส.) เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง วัดโดยแบบ

สัมพันธภาพที่ประยุกต์จากแบบสัมพันธภาพการเฝ้าระวังสุขภาพของคนไทย (กองสุขศึกษากรม  
สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

10.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง  
คือ การงดรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม รวมทั้งอาหารหมักดอง อาหารกึ่งสำเร็จรูป  
และ ขนมกรุบกรอบ การรับประทานผัก ให้หลากหลาย (ครบ 5 สี) และเพียงพอ

10.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วน  
ต่าง ๆ ของร่างกายแบบปานกลางหรือแบบหนัก อย่างต่อเนื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ ต่อครั้ง  
และจำนวนวันที่ปฏิบัติต่อสัปดาห์

การออกกำลังกายแบบปานกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจน  
ทำให้รู้สึกอ่อนล้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย เช่นทำงาน  
บ้านรำไม้พลอง ขุดดิน เดินเร็ว ล้างรถ และอื่น ๆ

การออกกำลังกายแบบหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้รู้สึก  
เหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว เช่น แอโรบิก วิ่ง/ วิ่งเหยาะ เล่นฟุตบอล และอื่น ๆ

10.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการความเครียด  
ที่แสดงออกให้เห็น ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าที่น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติ และไม่มีพฤติกรรม  
การนอนไม่หลับ หรือหลับมากกว่าปกติ

10.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ทั้งที่เป็นบุหรี่ยี่ห้อเอง บุหรี่โรงงาน  
หรือบุหรี่ในรูปแบบอื่น ๆ โดยพิจารณาถึงช่วงเวลาที่สูบบุหรี่แรก และปริมาณที่สูบต่อวัน

10.5 พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง ความถี่และปริมาณของการดื่มเครื่องดื่ม  
ที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์

## บทที่ 2

### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการศึกษาวิจัยจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากแหล่งข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
  - 1.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
  - 1.2 การดำรงตำแหน่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
  - 1.3 บทบาทหน้าที่และมาตรฐานตามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
  - 2.1 ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
  - 2.2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประเทศไทยได้นำหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้โดยสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน และทุกครอบครัวในชุมชน ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยการศึกษาถอดความรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน ทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชน เกิดองค์กรประชาชนหรือ อสม. กระจายอยู่ทั่วทุกชุมชนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ซึ่ง อสม. เป็นผลผลิตจากการสาธารณสุขมูลฐาน อันเป็นรากฐานหรือเสาเข็มคนการพัฒนาระบบสุขภาพของสังคมไทย (ประดิษฐ์ สิ้นชวนรงค์, 2556)

#### ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค

การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ กำหนดจำนวน อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คนรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

### การดำรงตำแหน่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. เป็นกลุ่มบุคคลภายในชุมชนที่ได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่ ในการดูแล ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ที่จะทำหน้าที่ อสม. ได้นั้นนอกจากจะมีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว จะต้องผ่านการคัดเลือก มีวาระของการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข และมีการฟื้นฟูสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอีกด้วย

#### 1. การคัดเลือก

การคัดเลือกบุคคลมาเป็น อสม. ใช้วิธีประชาธิปไตย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา หลังจากนั้นแบ่งละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน และสถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้ เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งบุคคลที่อาจ ได้รับคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมเป็น อสม. ต้องมีคุณสมบัติ คือ 1) อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ 2) มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่าหกเดือน 3) มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข 5) ประสงค์จะเข้าร่วม หรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชน ของตนเอง 6) มีความประพฤติอยู่ใน กรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน 7) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง 8) มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส

## 2. การฝึกอบรม อสม. ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

### 2.1 วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของ การให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคน มีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพ

### 2.2 เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- 1) บทบาทหน้าที่ของ อสม.
- 2) สิทธิของ อสม.
- 3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- 4) การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
- 5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- 7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 8) การฟื้นฟูสภาพ
- 9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- 10) การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.
- 11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อ

การพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### 3. วาระของอาสาสมัครสาธารณสุข

วาระของการเป็น อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเองเพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเองกับ อสม. ที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

### 4. การฟื้นฟูสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

การฟื้นฟูสภาพของ อสม. มีเกณฑ์ในการกำหนดให้ฟื้นฟูสภาพดังนี้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554)

#### 4.1 ตาย

#### 4.2 ลาออก

#### 4.3 เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

4.4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่ อสม. รับผิดชอบร่วมกันลงลายมือชื่อขึ้นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงก่อนมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

4.4.1 อสม. ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

4.4.2 อสม. ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรี ของ อสม.

### 5. สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2544 อสม. มีสิทธิ จะได้รับสวัสดิการ

5.1 การช่วยเหลือรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ

5.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกรมบัญชีกลาง

5.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

5.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

5.4.1 ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น

5.4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับการเสนอชื่อ เพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์ การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์

5.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

5.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นจะได้อำหนด

**บทบาทหน้าที่และมาตรฐานตามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและมีหน้าที่เกี่ยวข้อง กระจายข่าวดี ซึ่งบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีโดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. บทบาทตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทของ อสม. หน้าที่ในการดูแลประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดีรวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังมีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานด้านสาธารณสุข และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

1.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนและหมู่บ้านนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น



เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

1.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการ สุขาภิบาลอาหารการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น

1.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

1.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน, ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน, ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติ ของกฎหมายอื่น ๆ

1.5 ฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน ฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่นโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

1.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชนโดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่น ๆ

1.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ รวมทั้งเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนา

คุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ

1.8 คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

## 2. มาตรฐานตามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อยกระดับ อสม. ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานในสังคมปัจจุบัน ดังนี้

2.1 สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

2.2 สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

2.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

2.4 สามารถณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมชุมชน

2.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการกำจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ

2.6 สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพสามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

สรุปอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทุกมิติ คือ

กาย จิต สังคม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและสำคัญที่สุด คือ อสม. มีหน้าที่ต้องทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ และสร้างโอกาสในการร่วมพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

### พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพหรือที่ปัจจุบันนิยมเรียกกันว่า การสร้างเสริมสุขภาพ แต่เดิมมักจะหมายถึง การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุข (Health promotion intervention) การสร้างเสริมสุขภาพได้ขยายขอบเขตความหมาย กว้างออกไปถึงการเป็นกลยุทธ์ด้านสุขภาพที่เรียกว่า กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion strategy) ตามแนวคิด “สร้าง (สุขภาพ) นำซ่อม (สุขภาพ) เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ประชาชนปฏิบัติด้วยตนเอง (Self health promotion) เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อสุขภาพ การลด ละ เลิก บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (นาริตา ธรรมจันทร์, 2554) การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพ ลดการใช้ยา ลดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ ทำให้คนมีสุขภาพดี นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลจะต้องดำเนินการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จึงจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีในระยะยาวโดยการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมาจากแรงจูงใจที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Self-actualization) (ประกาย วิโรจน์กุล, 2556)

#### ความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตในการสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งของตนเองหรือของครอบครัว ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีผู้ได้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

พาแลงค์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองและปฏิบัติแตกต่างกันไปตามแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และพฤติกรรมสุขภาพช่วยในการป้องกัน โรคและช่วยลดการเกิดโรคได้

เมอเรียและเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

แคปแลน (Kaplan, 1994) ให้ความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ว่าเป็นความพยายามที่จะสร้างความมั่นใจแก่ประชาชน โดยการป้องกันโรคและสร้างเสริมวิถีชีวิตที่เหมาะสม

กับประชาชนซึ่งกิจกรรมของพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใสและป้องกันโรคได้ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง คือรับประทาน อาหารพอประมาณ ได้สัดส่วนครบถ้วน รับประทานผักผลไม้ มาก ๆ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือการสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป การสำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การเกิดอุบัติเหตุและภัยอันตราย การสร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทาง กายภาพ ชีวภาพ และทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender et al., 2011) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรม ที่บุคคลกระทำเป็นประจำ สม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต และเป็นนิสัยสุขภาพ (The lifestyle and habit) เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ยกระดับ ของภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก (Well being) ในชีวิต

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2551) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะใน การควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนา ของตน สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้ เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ โดยมี เป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง ย่อมปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ (Health behavior) การกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเป็นการเพิ่ม ศักยภาพของบุคคลนั้น ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ ให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีมีความสมดุลของสุขภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### **แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ**

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความ สามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต และสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ ต้องการได้รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนไปได้ (ลินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี, 2556) ปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริม สุขภาพได้ขยายขอบเขตความหมายกว้าง ออกไปถึงการเป็นกลยุทธ์ด้านสุขภาพที่เรียกว่า กลยุทธ์ สร้างเสริมสุขภาพ ( Health promotion strategy) ตามแนวคิด “สร้าง (สุขภาพ) นำซ่อม (สุขภาพ)”

ที่มุ่งเน้นอย่างน้อย 5 เรื่อง คือ การสร้าง นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรม ชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข แนวคิดนี้จึงเกิดขึ้นจากองค์การอนามัยโลกเป็นแกนนำการหาแนวทางใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยประกาศเป็นกฎบัตรออกตาวา (Ottawa charter) ที่ประเทศแคนาดาในปี พ.ศ. 2529 ทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยใช้แนวคิด “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health promotion) ดังกล่าว

**การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยพฤติกรรม 3 อ.2 ส.**

จากปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บของคนไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงในอดีต มาเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อทำให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั่วโลก เป็นเหตุให้ประชาชนขาดความสนใจการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสจัดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่งผลให้มีดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากแนวคิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน การพัฒนาสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญกับการทำประชาคมเพื่อนำไปสู่การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป้าหมายคือ สุขภาวะที่ดีระดับชุมชน กองสุกศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรค เบาหวาน มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ โดยการส่งเสริมให้ใช้หลัก 3 อ. 2 ส. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (วิชัย เทียนถาวร, 2555)

อ.อาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีคุณค่าต่อร่างกาย โดยให้ได้รับสารอาหาร 6 ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และมีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานผักและผลไม้สดให้หลากหลายเพิ่มมากขึ้น (ครบ 5 สี) ใน 1 วัน และรับประทานผักมากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อคนต่อวันควรรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ควรดื่มน้ำที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายหรือให้คุณค่าต่อร่างกายน้อย เช่น อาหารที่มีไขมันสูง มีรสหวาน รสเค็มมากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และอาหารที่มีน้ำตาลสูง น้ำอัดลม อาหารขบเคี้ยว อาหารหมักดองรวมถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูปและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อ.ออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหว อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความเพลิดเพลิน และเพื่อสังคม เช่น การเดิน การวิ่ง โยคะ ชีง การเต้นลีลาศ รำไม้พลอง เป็นต้น (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554) การออกกำลังกายใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายนอกรูปแบบ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activities) คือ การทำกิจกรรมที่มีความเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การยืดเส้นยืดสายเพื่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินในร่างกายและเป็นการกระตุ้นการใช้กล้ามเนื้อให้แข็งแรง รวมทั้งการทำงานประกอบอาชีพ (Occupational activities) การทำงานบ้าน งานสวน งานสนาม (Household activities) การทำกิจกรรมยามว่าง (Leisure time activities) การเดินทาง จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Transportation activities) และการออกกำลังกายตามรูปแบบ (Formal activities) เป็นการทำกิจกรรมในเวลาว่าง ซึ่งมุ่งเน้นเพื่อสุขภาพ สมรรถภาพหรือการพักผ่อน หย่อนใจ โดยการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สามารถรับรู้ได้อย่าง เป็นรูปธรรมกับตนเองการออกกำลังกาย ควรมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยการออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่อง อย่างสม่ำเสมอวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นอย่างน้อย

การออกกำลังกายแบบหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้รู้สึก เหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว หรือหอบขณะออกกำลังกายไม่สามารถคุยกับคนข้างเคียงได้จน ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวนวันต่อสัปดาห์ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะต้องเลือก กิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุโดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อของร่างกาย ให้ออกแรงติดต่อกัน เป็นระยะเวลาานพอ จึงจะมีผลต่อการเสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียน เลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับความหนักของการออกกำลังกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) เช่น เดินเร็ว อย่างน้อยวันละ 30 นาที วิ่งเหยาะ อย่างน้อยวันละ 20 นาที ถีบจักรยาน อย่างน้อยวันละ 30 นาที กระโดดเชือกอย่างน้อยวันละ 10 นาที ว่ายน้ำอย่างน้อยวันละ 20 นาที เต้นแอโรบิก อย่างน้อยวันละ 15 นาที การออกกำลังกายแบบปานกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้ รู้สึกก่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หายใจกระชั้นขึ้น ไม่ถึงกับหอบ หรือขณะออกกำลังกายยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวนวันต่อ เช่น เดินเร็ว ทำงานบ้าน ล้างรถ รำไม้พลอง การออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน เดินเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ปรุงอาหาร รับประทานอาหาร ฯลฯ

อ.อารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ การปรับตัวและป้องกันแก้ไข ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

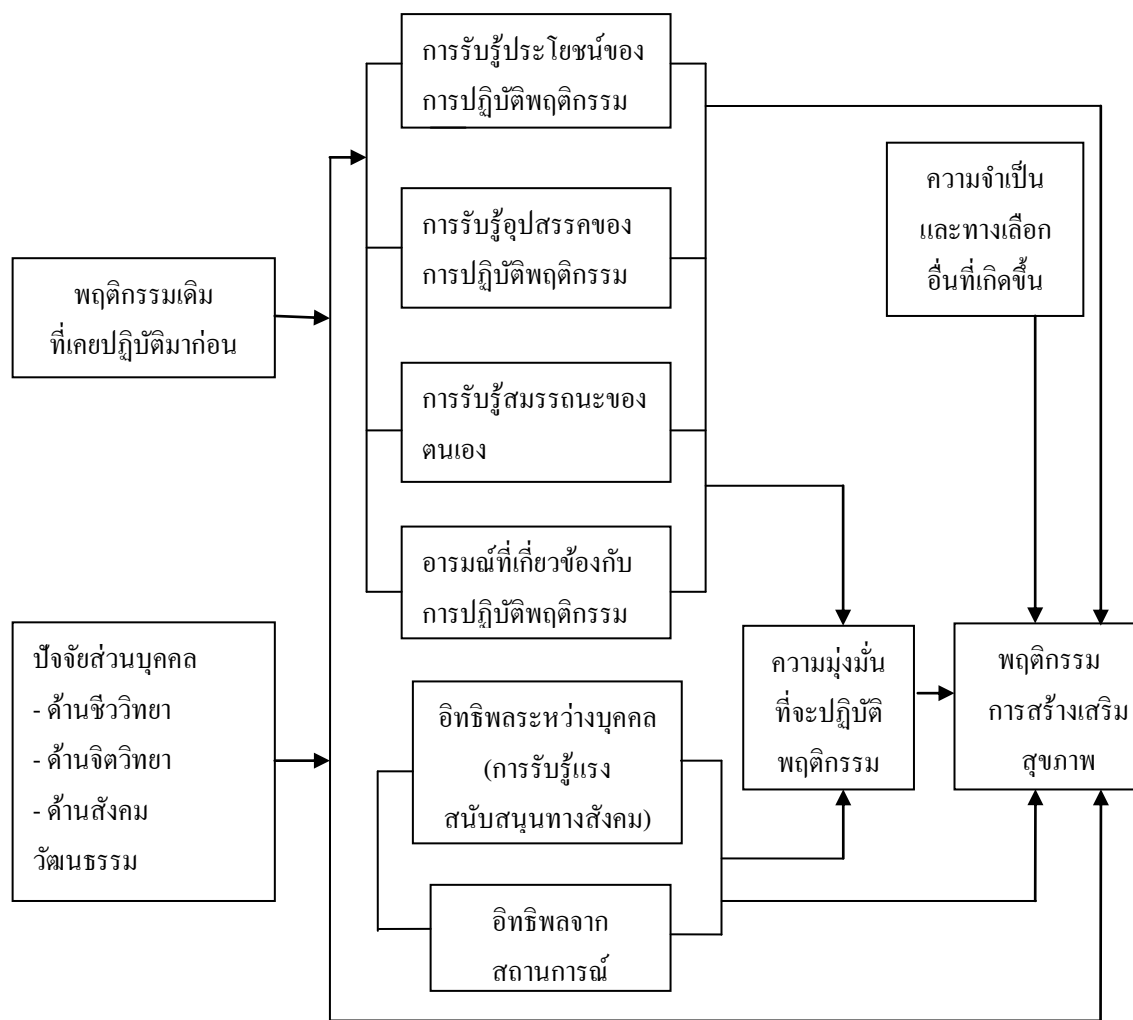
(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดการตื่นตัวตลอดเวลา ในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจและเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักเกินกำลังและความสามารถที่จะแก้ไขได้ จึงทำให้รู้สึกหนักใจและเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้น ถ้าหากว่าความเครียดนั้นมีมากและคงอยู่เป็นเวลานาน ก็จะมีผลต่อความผิดปกติทางด้านจิตใจเป็นผลให้ระบบของร่างกายและจิตใจเริ่มทำหน้าที่ผิดปกติไป อาจเกิดอาการดังนี้ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด อสม. จึงต้องมีพฤติกรรมจัดการความเครียดการจัดการที่แสดงออกให้เห็น โดยไม่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติและไม่มีพฤติกรรมนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ

ส. (สูบบุหรี่) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่ยาเส้น หรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วย โดยลักษณะของการสูบที่ขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบบุหรี่และความบ่อยครั้งของการสูบบุหรี่

ส. (สุรา) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือ เครื่องดื่มทุกชนิดที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) ผสมอยู่ไม่เกิน 60 ดีกรี เช่น วิสกี้ บรั่นดี เบียร์ สุราเป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2548) โดยลักษณะการดื่มเครื่องดื่มมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มต่อวันและความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

**แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)**แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยกล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งเพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล โดยกล่าวว่า การมีพฤติกรรมสร้างเสริมของบุคคล ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ด้านได้แก่ ด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Pender, 2011) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดตามภาพที่ 2 ดังนี้

คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ ความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรม พฤติกรรมผลลัพธ์ของบุคคล



ภาพที่ 2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion model revised) (Pender et al., 2011)

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมเฉพาะ และพฤติกรรมผลลัพธ์ (Pender et al., 2011) ดังนี้

1. คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อกรกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป้าหมายโดย



ผ่านการพิจารณา ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาก่อน (Prior related behavior) ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลแสดงให้เห็นถึงผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจหรือความใส่ใจในรายละเอียดที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ส่วนผลทางอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประโยชน์ (Benefits) อุปสรรค (Barriers) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายที่ถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ (Pender et al., 2011) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ คำนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม วัฒนธรรมการศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้อิทธิพลเฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/ กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกเช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

## 2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)

เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคภายในได้แก่ ความขี้เกียจ ความยาก ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอกได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวกสบายเสียเวลาที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้ อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นหรือความคงทนต่อแผนของการดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) เป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือ มาก ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำ

กิจกรรม (Context related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในทางลบก็จะมีผลให้ บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของ บุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุน ทางสังคม (เครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุนทั้งด้านเครื่องมือวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่นที่ปฏิบัติพฤติกรรม นั้น ๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อ แผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) เป็นการรับรู้และความรู้สึก นึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขทางเลือกที่มาสับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของ สภาพแวดล้อมของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึก ว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติ พฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตา ตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) เป็นผลความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วน คือ คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล การคิดและอารมณ์ที่จำเพาะต่อ พฤติกรรมโดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับ ความ ต้องการ ความชอบของบุคคล ซึ่งการเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) ความตั้งใจนั้น เป็นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่ม และปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ด้วยความเต็มใจ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรม คือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติ

พฤติกรรม เป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือปฏิบัติจริงซึ่งจะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจกระทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate competing demands and preferences) เป็นพฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจมีผลทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่นเป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่สามารถเอาชนะความต้องการหรือความจำเป็นอื่นในขณะนั้น ได้จะต้องรู้จักกำหนด กำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเองซึ่งในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิต ทุกด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

เพนเดอร์ (Pender et al., 2011) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การบรรลุถึงผลลัพธ์ของสุขภาพในทางบวกของบุคคล เป็นผลลัพธ์ในการปรับปรุงสภาวะสุขภาพเข้าสู่วิถีการดำเนินชีวิต และความลักษณะความเป็นอยู่ของบุคคลที่มีความจำเพาะเจาะจงเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต จากแนวคิดของเพนเดอร์จะเห็นได้ว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ หรือเพิ่มระดับความผาสุกของชีวิตนั้น จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่และสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติใน

การสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นโดยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ จึงประเมินพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้หลักการสร้างสุขภาพของตัวเองโดยการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (เหล้า บุหรี่)

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### เพศ

เพศ คือรูปลักษณะที่แสดงความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพศทำให้เกิดความแตกต่างด้านสรีระภาพในบุคคล เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม (ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2551) จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ได้แก่ การศึกษาของ กนกวรรณ ส่งสุขเลิศสันติ (2555) ในอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และกิตติศักดิ์ เจตเกษตรการณ ใน อสม. (2553) อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < .05$ ,  $p\text{-value} = 0.007$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของอาทร อุคคิต, วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์ (2551) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ อสม. ในจังหวัดสตูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) และการศึกษาของ สมบูรณ์ อินสุพรรณ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอมัวป่า จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ( $p\text{-value} < .05$ )

#### อายุ

อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยอายุจะมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและประสบการณ์ และความแตกต่างในการแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (นันทรัตน์ ภูประคิษฐ์, 2541) ดังนั้นอายุจึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ (2545) ใน อสม. เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี การศึกษาของ สุวีรัตน์ รุ่งเรือง (2547) ใน อสม. จังหวัดพัทลุง ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุงพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ เจตเกษตรการณ (2552) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร (p - value < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัช วิเชียรประภา (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กนกวรรณ ส่งสุขเลิศสันติ (2555) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอำนาจเจริญ

#### สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงบทบาททางสังคมคู่ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของกลุ่มสมรส สถานภาพสมรสของประชากรทำให้ทราบแนวโน้มของการอยู่อาศัย อาชีพและรายได้ของครัวเรือน ลักษณะความแตกต่างด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อทางศาสนา (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542) บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด เนื่องจากสถานภาพสมรสนั้นจะเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะการณที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรส ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี (Hubband, Muhlenkamp, & Brow, 1986 อ้างถึงใน กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, 2549) สถานภาพจึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้จากการศึกษาของ สุธารดี รักพงษ์ (2549) ใน อสม. อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก และการศึกษาของจิรัชย์ คงนุ่น และนุชนัดดา แสงสินสร (2550) ใน อสม. จังหวัดพิจิตร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทร อุกคิต, และคณะ (2551) ใน อสม. จังหวัดสตูล พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05)

#### ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นพื้นฐานของความรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ซึ่งการศึกษาจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี และมีแนวทางที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม การรับรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การตัดสินใจ ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ พยายามแสวงหาความรู้ ทำสิ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถซักถามปัญหาจนเข้าใจกับแผนการรักษาโรค การปฏิบัติตนให้สุขภาพดี ระดับศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

สุขภาพ โดยบุคคลซึ่งมีศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (ประภา เพ็ญสุวรรณ, 2527) จากการศึกษาของ หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. ในจังหวัดนครปฐมพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### รายได้

รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีพของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง มีความสะดวกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ ตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล (ธราดร ดวงแก้ว, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับ การศึกษาของ มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ (2545) ใน อสม. เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของ อรทัย อินทร์แก้ว (2550) ที่ศึกษาใน อสม. อำเภอทับปุด จังหวัดพังงาพบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วารินทร์ ปุยทอง (2547) ในประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล วังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 27.213$ ,  $p\text{-value} < .01$ )

#### ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะทางร่างกาย จิตใจ ความเป็นอยู่ที่ดีการเป็น โรค การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บของประชาชน (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552) รวมถึงการที่บุคคลมีสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างปกติ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525) การที่บุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ สามารถกระทำ หรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันโรคได้ ภาวะสุขภาพ ระยะของโรคและอาการที่ปรากฏเป็นตัวบ่งบอกภาวะสุขภาพและกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้น จะทำให้อุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองน้อยลง จากการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพดี มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ นันทิยา ตอโลกสูง

(2554) ใน อสม. อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอสม. อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ( $r = 0.155$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) และการศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ในบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ( $r = .25$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) และการศึกษาของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ( $p\text{-value} < .05$ ) ก็พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพ

#### ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ทำให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการเป็น อสม. ที่มีระยะเวลาการทำงานมาก จะได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ กล้าหาญ (2540) ใน อสม. จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของ หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของ สุวีรัตน์ รุ่งเรือง (2547) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. พบว่า ระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในจังหวัดพัทลุง

#### การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง จะส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้นในขณะที่เดียวกันกับการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก แนวคิด (Pender et al., 2011) การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมทั้งในด้านที่อยู่ภายใน และ ภายนอก ได้แก่ เพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกล้ออาย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญและยังช่วยเสริมแรง ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2542) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุชาติ รักพงษ์ (2549) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. จังหวัดนครนายก เช่นเดียวกับการศึกษาของ นันทิยา ตอโคกสูง (2554) ใน อสม. อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และ



การศึกษาของ วาสนา วิถี (2555) ใน อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ( $r=.515, p < .01$ ) การศึกษาของ อรพันธ์ สายใย (2555) ในอสม. จังหวัดปทุมธานี ( $p\text{-value} < .01$ )

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นการรับรู้ต่อสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คิดไปเองก็ได้ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งรวมทั้งจินตนาการ หรือความจริง เช่น หาได้ยาก ไม่สะดวกใช้แพง ทายาก หรือใช้เวลานาน อุปสรรคดังกล่าวมองเป็นตัวกั้นเป็นเครื่องกีดขวาง เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2542) จากการศึกษาที่ผ่านมาของ นันทิยา ตอโคกสูง (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในอำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย อินทร์แก้ว (2550) ใน อสม. จังหวัดพังงา และการศึกษาของ วาสนา วิถี (2555) ใน อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ( $r=.515, p < .01$ )

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือโน้มน้าวให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในขณะที่ที่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับการอบรมเพิ่มเติม เป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการประเมินความสามารถของตนเองของ อสม. ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายหรือตามความคาดหวัง การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ นันทิยา ตอโคกสูง (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของ อสม. ในอำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ( $p\text{-value} < 0.001$ ) การศึกษาของ อรทัย อินทร์แก้ว (2550) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการ ความเครียด และการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ ธวัช วิเชียรประภา (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. จังหวัดจันทบุรี พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ได้ร้อยละ 15.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคนที่ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากตามไป (Caplan, 1976) จากการศึกษาที่ผ่านมาของ สมบูรณ์ อินสุพรรณ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินธ์ สายใย (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และการศึกษาของ เทิดคุณ พันธการ (2551) ที่พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ( $p\text{-value} < 0.001$ )

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้รวบรวมไว้ข้างต้นพบว่า ได้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ และมีปัจจัยหลายประการประกอบกันที่จะส่งผลถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าในยุคปัจจุบันที่มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเกิดโรคจากโรควิถีชีวิต ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญ เป็นแกนนำในการสร้างสุขภาพคนในครอบครัว และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาถึงปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. โดยใช้แบบจำลองทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) เป็นกรอบแนวคิด โดยศึกษาคุณลักษณะ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่ม

เครื่องคั้มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข) และการรับรู้ของบุคคล (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 1,437 คน

##### กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งสุ่มมาจากกลุ่มประชากร จำนวน 195 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง (Cohen, 1992) เมื่อกำหนดให้  $\alpha = 0.05$ ,  $ES = \text{medium}$  เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาทางการแพทย์พบว่ามีค่า Effect size ในระดับกลาง (Polit & Beck, 2008) จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 177 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 195 คน

## การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

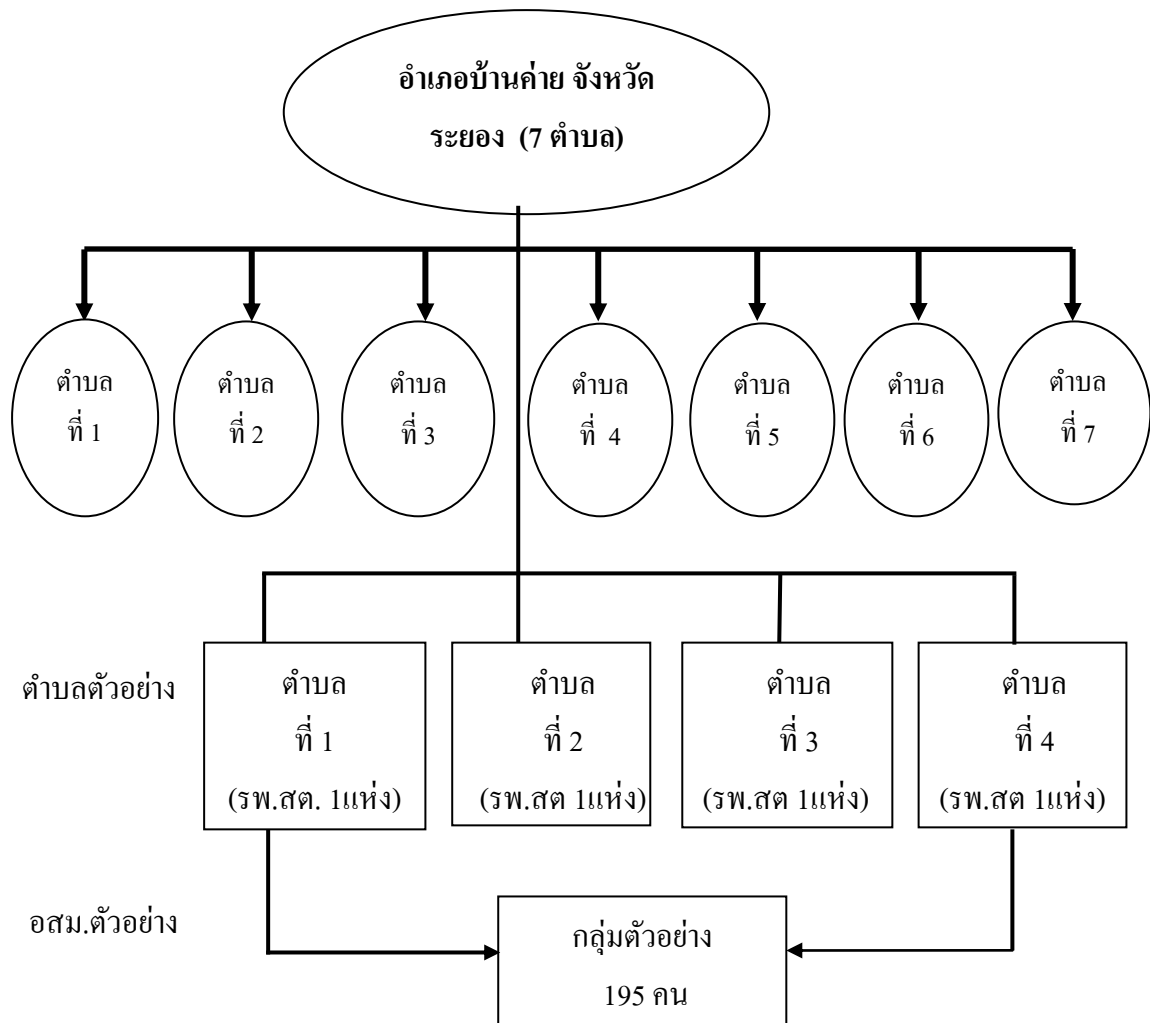
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนในการเลือก ดังนี้

1. อำเภอบ้านค่าย มี 7 ตำบล สุ่มเลือกตำบลโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple random sampling without replacement) ร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมดได้จำนวน 4 ตำบล และได้สุ่มอย่างง่ายเลือก รพ.สต.มาตำบลละ 1 แห่งดังภาพที่ 3

2. สุ่ม อสม.มาแต่ละ รพ.สต. โดยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple random sampling without replacement) จากบัญชีรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขมาให้ได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

ตำบลที่สุ่มได้	จำนวนกลุ่มประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน
ตำบลที่ 1 (รพ.สต. แห่ง)	286	58
ตำบลที่ 2 (รพ.สต. แห่ง)	324	66
ตำบลที่ 3 (รพ.สต. แห่ง)	274	56
ตำบลที่ 4 (รพ.สต. แห่ง)	76	15
รวม	960	195



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและภาวะสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

#### ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการคาดการณ์ถึงผลดีที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพวัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมาก คะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพน้อย

2. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้หรือคาดคะเนปัญหาหรือสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมาก คะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพน้อย

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อ อยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่น่าใจมั่นใจน้อย มั่นใจมาก และ มั่นใจมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของการสร้างเสริมสุขภาพมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของการส่งเสริมสุขภาพน้อย

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามถึงการได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน หรือช่วยเหลือ/แนะนำจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยมาก และมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** เป็นข้อคำถามถึงการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา วัดโดยแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จำนวน 12 ข้อ โดยมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน, ปฏิบัติ

พฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ 5 - 6 วัน/ สัปดาห์, ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนน้อย หรือ 2 - 4 วัน/ สัปดาห์และไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยหรือ 1 วัน/ สัปดาห์ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 4 คะแนนตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม คะแนนน้อย หมายถึง มีการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการออกแรงหรือเคลื่อนไหว อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่องแบบหนักและแบบปานกลาง จำนวน 2 ข้อ

2.1 ออกกำลังกายแบบหนัก มีข้อคำถามย่อย ประเมินการใช้เวลาต่อครั้ง ซึ่งมีตัวเลือกได้แก่ 1) 20 นาทีขึ้นไป 2) น้อยกว่า 20 นาที และประเมินจำนวนวันต่อสัปดาห์ ซึ่งมีตัวเลือกได้แก่ 1)  $\geq 3$  วัน/ สัปดาห์ 2) 1 - 2 วัน/ สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

การปฏิบัติ	คะแนน
ปฏิบัติ $\geq 3$ วัน/ สัปดาห์ ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	4
ปฏิบัติ $\geq 3$ วัน/ สัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 20 นาที	3
ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์ ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	2
ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 20 นาที/ ไม่ได้ปฏิบัติ	1

2.2 ออกกำลังกายปานกลาง มีข้อคำถามย่อย ประเมินโดยการใช้เวลาต่อครั้ง ซึ่งมีตัวเลือกได้แก่ 1) 30 นาทีขึ้นไป 2) น้อยกว่า 30 นาที และประเมินจำนวนวันต่อสัปดาห์ ซึ่งมีตัวเลือกได้แก่ 1)  $\geq 5$  วัน/ สัปดาห์ 2) 1 ถึง 4 วัน/ สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

การปฏิบัติ	คะแนน
ปฏิบัติ $\geq 5$ วัน/ สัปดาห์ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป	4
ปฏิบัติ $\geq 5$ วัน/ สัปดาห์ครั้งละน้อยกว่า 30 นาทีขึ้นไป	3
ปฏิบัติ 1 ถึง 4 วัน/ สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป	2
ปฏิบัติ 1 ถึง 4 วัน/ สัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 30 นาทีขึ้นไป/ ไม่ได้	1

3. ด้านอารมณ์ เป็นข้อคำถามที่แสดงออกถึงความสามารถในการจัดการความเครียดด้วยการนอนหลับและการรับประทานอาหาร จำนวน 2 ข้อ โดยมีตัวเลือก ได้แก่ 1) ทุกวัน 2) 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ 3) 2 - 4 วันต่อสัปดาห์ และ 4) 1 วันต่อสัปดาห์หรือไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4



ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่เหมาะสม คะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามถึงการสูบบุหรี่ทั้งที่เป็นบุหรี่มวนเอง บุหรี่โรงงาน หรือบุหรี่ในรูปแบบอื่น ๆ มีข้อคำถามย่อย 2 ข้อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่แรก และปริมาณที่สูบต่อวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินการติดสารนิโคติน FTND (Heatherton, Kozlowski, Frecker, 1991 อ้างถึงใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

เกณฑ์การให้คะแนน

ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่แรก	คะแนน
ไม่สูบ	4
สูบบุหรี่มวนแรกภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	3
สูบบุหรี่มวนแรก 6-60 นาที หลังตื่นนอน	2
สูบบุหรี่มวนแรก มากกว่า 60 นาที หลังตื่น	1

เกณฑ์การให้คะแนน

ปริมาณที่สูบต่อวัน	คะแนน
ไม่สูบ	4
สูบบุหรี่ มากกว่า 31 มวน/ วัน	3
สูบบุหรี่ 11 - 30 มวน/ วัน	2
สูบบุหรี่ 10 หรือน้อยกว่า/ วัน	1

5. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีจำนวน 2 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT: Alcohol use disorder identification test) ของแบบงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) (2552)

เกณฑ์การให้คะแนน

ความถี่ในการดื่ม	คะแนน
ไม่เคยเลย	4
ดื่มเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	3
ดื่ม 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	2
ดื่ม 4 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	1

เกณฑ์การให้คะแนน

ปริมาณการดื่ม (ต่อครั้ง)	คะแนน
ไม่เคยเลย	4
สุรา 2 ถึง 4 ฝา/ วัน, หรือเบียร์ 1 ถึง 3 กระป๋อง / ½ -1.5 ขวด	3
สุรา ¼ แบน- ½ แบน, หรือเบียร์ 3.5 ถึง 4 กระป๋อง/ 2 ขวด	2
สุรา ¾ แบน-1 แบนขึ้นไป, หรือเบียร์ 7 กระป๋องขึ้นไป/4 ขวดขึ้นไป	1

หมายเหตุ สุรา ได้แก่ แม่โจง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี เป็นต้น  
เบียร์ ได้แก่ สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง เป็นต้น

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบตามขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน แพทย์ หรือผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของจังหวัดระยอง จำนวน 1 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ การรับรู้อุปสรรคฯ การรับรู้สมรรถนะของตนเองฯ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมฯ

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ฯ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การรับรู้อุปสรรคฯ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การรับรู้สมรรถนะของตนเองฯ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมฯ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย เพื่อขอความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 2 คน โดยการให้ความรู้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เข้าใจตรงกันและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบ อสม. ในวันที่มีการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำเดือน ในแต่ละตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยให้ อสม. ได้มีเวลาคิดและตัดสินใจ อสม. ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาให้ลงนามในใบยินยอมและรอให้ข้อมูล ภายหลังจากเวลาหลังเลิกประชุมแล้ว
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาภายหลังการเลิกประชุม โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละประมาณ 3-5 คนแล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ด้วยวิธีการอ่านให้ฟังเป็นรายข้อใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สะดวกให้ข้อมูล ได้ทำการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลที่ รพ.สต. จนครบตามจำนวน
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ การตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับและการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงลายมือชื่อยินยอมให้ข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ

3. แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ - นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะใช้รหัสแทนคำตอบ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล การนำเสนอข้อมูลไม่ได้วิเคราะห์แยกรายบุคคลแต่นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) สำหรับปัจจัยที่มีระดับการวัดแบบช่วง (Interval scale) และระดับอัตราส่วน (Ratio scale) ได้แก่ การศึกษา อายุ รายได้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient) สำหรับปัจจัย ที่มีระดับการวัดนามบัญญัติ (Nominal scale) 3 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ โดยได้ทำการแปลงค่าข้อมูล ดังนี้

เพศ	- เพศชาย	เท่ากับ	0
	- เพศหญิง	เท่ากับ	1
สถานภาพสมรสคู่	- โสด/ หม้าย หย่า/ แยก	เท่ากับ	0
	- คู่	เท่ากับ	1
ภาวะสุขภาพ	- มีโรคประจำตัว	เท่ากับ	0
	- ไม่มีโรคประจำตัว	เท่ากับ	1

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านอารมณ์ และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส.)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.9 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 56.4 อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 21 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 78 ปี และอายุเฉลี่ย 48.6 ปี (SD = 9.63) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้นพอ ๆ กับระดับประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 28.7 และ 23.6 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ 4 ปี จนถึงมากที่สุด 18 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 7.7 ปี (SD = 3.52) เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 41.5 รองลงมา อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.3 โดยมีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 2,000 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 50,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,793.9 บาท (SD = 6,733.07) ประมาณครึ่งหนึ่งมีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.2 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.2 ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 61.5 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.8 ที่เหลือเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 7.7 และ 3.9 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเป็น อสม. มาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 37.4 รองลงมา ร้อยละ 25.1 เป็น อสม. มา 6-10 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 36 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 10.5 ปี (SD = 7.79) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของบุคคล ( $n = 195$ )

คุณลักษณะของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	47	24.1
หญิง	148	75.9
<b>อายุ (ปี)</b>		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (21 - 30 ปี)	8	4.1
ผู้ใหญ่ตอนกลาง (31-45 ปี)	55	28.2
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (46-59 ปี)	110	56.4
ผู้ใหญ่สูงอายุ ( $\geq 60$ ปี)	22	11.3
(Min = 21, Max = 78, M = 48.6, SD = 9.63)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	28	14.4
คู่	140	71.8
หม้าย/ หย่า/ แยก	27	13.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาตอนต้น	56	28.7
ประถมศึกษาตอนปลาย	46	23.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	19.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	37	19.0
อนุปริญญา/ ปวส.	10	5.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	4.1
(Min = 4 , Max = 18, M = 7.7, SD = 3.52)		
<b>รายได้ (ต่อเดือน)</b>		
< 5,000	45	23.1
5,001 – 10,000	65	33.3
10,001 – 15,000	81	41.5
>15,000	4	2.1
(Min = 2,000, Max = 50,000, M = 9,793.9,SD = 6,733.07)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	98	50.2
รับจ้าง	55	28.2
ธุรกิจส่วนตัว	30	15.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	3.6
พนักงานบริษัท	4	2.1
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	0.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	169	86.7
มีโรคประจำตัว	26	13.3
- โรคความดันโลหิตสูง	16	61.5
- โรคเบาหวาน	7	26.9
- โรคหลอดเลือดสมอง	2	7.7
- โรคไขมันในเลือดสูง	1	3.9
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
1 – 5	73	37.4
6 – 10	49	25.1
11- 15	28	14.4
16 – 20	22	11.3
21 – 25	14	7.2
>25	9	4.6
(Min = 1, Max = 36, M 10.5, SD = 7.79)		

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3 อ. 2 ส.)

### ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูง โดยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.5 (SD = 6.72) คะแนนสูงสุด 80 คะแนน คะแนนต่ำสุด 49 คะแนน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 33.7 (SD = 4.01) คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.3 (SD = 7.07) คะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน และมีคะแนนการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่สูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.16 (SD = 6.88) คะแนนสูงสุด 54 คะแนน คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $n = 195$ )

ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	<i>M</i>	<i>SD</i>
การรับรู้ประโยชน์ ๑	20-80	80	49	69.5	6.72
การรับรู้อุปสรรค ๑	15-60	54	15	30.16	6.88
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง๑	15-60	60	15	43.3	7.07
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ๑	10-40	40	17	33.7	4.05

### พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนโดยรวมและแต่ละด้านค่อนข้างสูง มีคะแนนเฉลี่ย 64.9 คะแนน (SD = 6.01) คะแนนสูงสุด 76 คะแนน คะแนนต่ำสุด 46 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร 38.1 (SD = 4.15) คะแนนสูงสุด 45 คะแนน คะแนนต่ำสุด 24 คะแนน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ 7.00 (SD = 1.37) คะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ 7.8 คะแนน (SD = 0.64) คะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน พฤติกรรมการสร้างเสริม



สุขภาพด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6.9 คะแนน (SD = 1.39) คะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สำหรับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยไม่สูง 5.07 คะแนน (SD = 2.16) คะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n= 195)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	M	SD
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	12 - 48	45	24	38.1	4.15
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	2 - 8	8	2	5.07	2.16
พฤติกรรมกรรมการด้านอารมณ์	2 - 8	8	2	7.00	1.37
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่	2 - 8	8	4	7.8	0.64
พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2 - 8	8	3	6.9	1.39
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	20 - 80	76	46	64.9	6.01

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพโดยละเอียดเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม โดยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบ มีการเติมน้ำตาลในอาหารแต่ละมื้อเพิ่ม กินอาหารถึงสำเสร็จรูป หมักดอง กินอาหารทอด กินอาหารกะทิ กินผลไม้หวาน ขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมน้ำตาลเป็นส่วนน้อย หรือไม่ปฏิบัติเลย อย่างไรก็ตามมีเพียงประมาณร้อยละ 50 ที่กินผักผลไม้สด ประมาณร้อยละ 35 ที่กินผักครบ 5 สี ในหนึ่งวันเป็นประจำ

ส่วนพฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่า ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ โดยมีเพียงร้อยละ 10 ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับและมีความเครียด ความวิตกกังวล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารและด้านอารมณ์ (n = 195)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือเกือบทุกวัน		ปฏิบัติเป็นส่วน ใหญ่หรือ 5-6 วัน/ สัปดาห์		ปฏิบัติเป็นส่วน น้อยหรือ 2-4 วัน/ สัปดาห์		ไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น เลย หรือ 1 วัน/ สัปดาห์	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
<b>พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร</b>								
กินผักครบ 5 สีในหนึ่งวัน	1	(0.5)	68	(34.9)	109	(55.9)	17	(8.7)
กินผักผลไม้สด ครั้งกก. ต่อวัน	6	(3.1)	99	(50.8)	76	(39.0)	14	(7.2)
กินขนมกรุบกรอบเป็นถุง	0	(0.0)	14	(7.2)	68	(34.9)	113	(57.9)
เติมน้ำตาลในอาหารแต่ละมื้อเพิ่ม	6	(3.1)	15	(7.7)	75	(38.5)	102	(52.3)
กินอาหารกึ่งสำเร็จรูป, หมักดอง	2	(1.0)	9	(4.6)	83	(42.6)	101	(51.8)
กินขนมหวานต่าง ๆ	1	(5.0)	7	(3.6)	87	(44.6)	100	(51.3)
กินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	5	(2.6)	6	(3.1)	104	(53.3)	80	(41.0)
ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมน้ำตาล	4	(2.1)	36	(18.5)	88	(45.1)	67	(34.4)
เติมน้ำปลา น้ำปลาพริกขอสเพิ่ม	8	(4.1)	33	(16.9)	89	(45.6)	65	(33.3)
กินอาหารทอด	3	(1.5)	15	(7.7)	117	(60.0)	60	(30.8)
กินผลไม้รสหวานต่าง ๆ	6	(3.1)	33	(16.9)	97	(49.7)	59	(30.3)
กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง	3	(1.5)	13	(6.7)	123	(63.1)	56	(28.7)
<b>พฤติกรรมด้านอารมณ์</b>								
การนอนไม่หลับ	6	(3.1)	15	(7.7)	47	(24.1)	127	(65.1)
การเครียด วิตกกังวล	8	(4.1)	16	(8.2)	44	(22.6)	127	(65.1)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบหนักของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพียงร้อยละ 35.9 มีการออกกำลังกายแบบหนักตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป และออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานตั้งแต่ 20 นาทีขึ้นไป และมีถึงร้อยละ 36.9 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย 1-2 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 20 นาที

พิจารณาการออกกำลังกายแบบปานกลางของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 31.1 มีการออกกำลังกายแบบปานกลางตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปและออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป และมีถึงร้อยละ 28.7 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย 1-4 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 30 นาทีขึ้นไป ดังรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย เป็นรายชื่อ (n = 195)

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
<b>การออกกำลังกายแบบหนัก</b>		
ไม่ได้ปฏิบัติ/ ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์/ ครั้งละน้อยกว่า 20 นาที	72	36.9
ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	22	11.3
ปฏิบัติ $\geq 3$ วัน/ สัปดาห์ครั้งละน้อยกว่า 20 นาที	31	15.9
ปฏิบัติ $\geq 3$ วัน/ สัปดาห์ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	70	35.9
<b>ออกกำลังกายแบบปานกลาง</b>		
ไม่ได้ปฏิบัติ/ ปฏิบัติ 1 ถึง 4 วัน/ สัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 30 นาทีขึ้นไป	56	28.7
ปฏิบัติ 1 ถึง 4 วัน/ สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป	34	17.4
ปฏิบัติ $\geq 5$ วัน/ สัปดาห์ครั้งละน้อยกว่า 30 นาทีขึ้นไป	44	22.6
ปฏิบัติ $\geq 5$ วัน/ สัปดาห์ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป	61	31.3

พิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.8 ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.4 มีการสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้ามากกว่า 60 นาที และส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีปริมาณการสูบบุหรี่ 10 หรือน้อยกว่าต่อวัน และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่

ร้อยละ 60 ไม่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มส่วนใหญ่ร้อยละ 69.2 ดื่มน้ำดื่มครั้งหรือมากกว่า และส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 มีการดื่มน้ำ สุรา 2 ถึง 4 ฝา/ วัน, เบียร์ 1 ถึง 3 กระป๋อง/ ½ -1.5 คังรายละเอียดยังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายข้อ (n = 195)

พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	183	93.8
สูบ	12	6.2
การสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้า (n = 12)		
สูบบวมแรก มากกว่า 60 นาที หลังตื่น	7	58.4
สูบบวมแรก 6 - 60 นาที หลังตื่นนอน	4	33.3
สูบบวมแรกภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	1	8.3
ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน (n = 12)		
10 มวนหรือน้อยกว่าต่อวัน	8	66.7
11- 30 มวนต่อวัน	4	33.3
<b>การดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ดื่ม	117	60.0
ดื่ม	78	40.0
ความถี่ในการดื่มน้ำ (n = 78)		
ดื่มน้ำดื่มครั้งหรือมากกว่า	54	69.2
ดื่มน้ำ 1-3 ครั้ง/ สัปดาห์	21	26.9
ดื่มน้ำ 4 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	3	3.9
ปริมาณการดื่มน้ำ (n = 78)		
สุรา 2 ถึง 4 ฝา/ วัน, เบียร์ 1 ถึง 3 กระป๋อง/ ½ - 1.5 ขวด	62	79.5
สุรา ¼ แบน- ½ แบน, เบียร์ 3.5 ถึง 4 กระป๋อง/ 2 ขวด	12	15.4
สุรา ¾ แบน-1 แบนขึ้นไป, เบียร์ 7 กระป๋องขึ้นไป/ 4 ขวดขึ้นไป	4	5.1

**ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ**

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .345, p < .001$ ) โดยมีระดับความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .298, p < .001$ ) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .274, p < .001$ ) การศึกษา ( $r = .131, p = .034$ ) และระยะเวลาการเป็น อสม. ( $r = .118, p = .050$ ) มีระดับความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ( $r = .301, p < .001$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.317, p < .001$ ) สำหรับ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 195$ )

ปัจจัยที่ศึกษา	<i>r</i>	p-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ๑	.345**	<.001
การรับรู้อุปสรรค ๑	-.317**	<.001
เพศ <sup>(p)</sup> (หญิง)	.301**	<.001
การรับรู้ประโยชน์๑	.298**	<.001
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม๑	.274**	.364
การศึกษา	.131*	.034
ระยะเวลาการเป็น อสม.	.118*	.050
สถานภาพสมรส <sup>(p)</sup> (คู่)	-.063	.190
ภาวะสุขภาพ <sup>(p)</sup>	-.043	.267
รายได้	-.027	.356
อายุ	.025	.364

<sup>(p)</sup> วิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง โดยกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 195 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน พฤศจิกายนถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point bi-serial correlation coefficient) สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.9 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 56.4 อายุเฉลี่ย 48.6 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้นพอๆกับระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.7 และ 23.6 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,793.9 บาท ประมาณครึ่งหนึ่งมีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.2 อสม. ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายค่อนข้างดี ร้อยละ 52.3 มีระยะเวลาการเป็น อสม. มาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 37.4

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม อย่างไรก็ตามมีเพียงประมาณร้อยละ 50 ที่กินผักผลไม้สด ประมาณร้อยละ 35 ที่กินผักครบ 5 สี ในหนึ่งวันเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่า ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ โดยมีเพียงร้อยละ 10 ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับและมีความเครียด ความวิตกกังวล สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 93.8 ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพบว่า ร้อยละ 60 ไม่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า ร้อยละ 28.7 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย 1-4 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละน้อยกว่า 30 นาทีขึ้นไป

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .345, p < .001$ )

การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .298, p < .001$ ) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .274, p < .001$ ) การศึกษา ( $r = .131, p = .034$ ) และเพศหญิง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ( $r = .301, p < .001$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10, 9, 8, 11, 4 และ 1 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.317, p < .001$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข ( $r = .118, p = .050$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ส่วนสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างสูงทั้งโดยรวมและรายด้านทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุเฉลี่ย 48.6 ปี เป็นวัยที่ให้ความสำคัญ กับการดูแลสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างประมาณเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาจากระดับชั้นประถมศึกษา ขึ้นไป และเนื่องจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลทางด้าน สุขภาพ ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการอบรมความรู้ต่อเนื่องทุกปีรวมทั้ง อสม. ต้องทำหน้าที่ในการ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและต้องทำหน้าที่ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี เพื่อให้ประชาชนยอมรับ นับถือและเป็นแบบอย่างของประชาชนในเขตรับผิดชอบ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวัช วิเชียรประภา (2555) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ 84.6 อยู่ในระดับ เหมาะสมดี

สำหรับปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ได้แก่ การรับรู้ สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ เพศ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสามารถ อภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นไป

ตามสมมติฐานข้อที่ 10 ทั้งนี้เนื่องจาก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของ อสม.ที่จะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งความเชื่อนี้ เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้ การเรียนรู้ การได้รับการจูงใจหรือชักจูง เมื่อบุคคลมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น (Bandura, 1997) การศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนหรือความสามารถของตนสูง แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุข มีความตื่นตัว ต่อการสร้างสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากตามไปด้วย ทั้งนี้จากการ ที่ อสม. ได้เข้ารับการอบรม โครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขทุกปี มีการศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ การประชุมต่อเนื่องประจำเดือน เสริมสร้าง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในระบบสุขภาพชุมชน เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้อาสาสมัคร สาธารณสุขเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ในระดับสูง การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ความมั่นใจในการออกกำลังกายแม้ไม่มีเพื่อนหรือแม่เมื่ออยู่ตามลำพัง มีความมั่นใจในการมีวิธีการ จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม และยังมีมั่นใจในที่จะ สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้วางใจไม่ว่าจะมีปัญหามากน้อยเพียงใดก็ตาม จากการศึกษา ของ วาสนา วิถี (2555) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ นันทิยา ตอโคกสูง (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอทะเลสาบ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรับรู้ สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ได้ร้อยละ 26 ( $p < 0.001$ )

#### การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 9 ทั้งนี้การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นการรับรู้ต่อสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการ กระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำค่า มีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำสูงและมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ในการที่จะกระทำพฤติกรรมก็มากขึ้น (Pender et al., 2011) การรับรู้อุปสรรค ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นเป็นความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้ต่อปัจจัย



ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สึกหรือการรับรู้ด้านเวลาว่าเป็นข้อจำกัดของการปฏิบัติ ความไม่สะดวก ความรู้สึกยุ่งยาก ความยากลำบากในการปฏิบัติ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคเป็นรายชื่อ ในด้านต่างๆเช่น การรับรู้การปรุงอาหารรับประทานเองทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การรับประทานผัก ผลไม้ทุกวันเป็นเรื่องยุ่งยาก และการออกกำลังกายทุกวันเป็นเรื่องเสียเวลา การจัดการความเครียดโดยการระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องน่าอับอาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา วิถี (2555) ในอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ( $r = .515, p < .01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา ตอโคกสูง (2554) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ( $p\text{-value} < 0.001$ )

#### เพศ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ชติดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2551) ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วเพศหญิงจะมีความสนใจ เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย และวิถีการดำเนินชีวิตของเพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่บ้าน ส่งผลให้การดูแลเอาใจใส่ในเรื่อง อาหาร สุขภาพและสิ่งแวดล้อมของครอบครัวได้ดีกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ กนกวรรณ ส่งสุขเลิศสันติ (2555) ในอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ และกิตติศักดิ์ เจตเกษตรการณ (2552) ที่ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < .05, p\text{-value} = 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทร อुकคิต, และคณะ (2551) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) และการศึกษาของ สมบูรณ์ อินสุพรรณ (2551) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและ เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ( $p\text{-value} < .05$ )

### การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 8 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในบุคคล การรับรู้ประโยชน์ ของการสร้างเสริมสุขภาพจึงนำไปสู่พฤติกรรมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (Pender et al., 2011) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ประโยชน์เป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในด้านต่างๆมากทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุธารัตน์ รักพงษ์ (2549) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดนครนายก เช่นเดียวกับการศึกษาของ นันทิยา ตอโคกสูง (2554) ในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และการศึกษาของ วาสนา วิถี (2555) ในอาสาสมัคร สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ( $r = .515, p < .01$ ) การศึกษาของ อรพินธ์ สายใย (2555) ในอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี ( $p\text{-value} < .01$ )

### การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตาม สมมติฐานข้อที่ 11 การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านต่างๆทั้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย เพราะแรงสนับสนุนทาง สังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ (Caplan, 1976) สอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของ สมบูรณ์ อินสุพรรณ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในอำเภอ อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินธ์ สายใย (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และการศึกษาของ เทิด คุณ พันธการ (2551) ที่พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ( $p\text{-value} < 0.001$ )

## การศึกษา

การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 อธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยบุคคลซึ่งมีศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (ประภา เพ็ญสุวรรณ, 2527) การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาจากระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไป แสดงให้เห็นว่ามีความรู้เข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดนครปฐมพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เทิดคุณ พันธการ (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ วารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาในประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นไปตามสมมติฐานที่ 7 ทั้งนี้เนื่องจากว่า อสม. ที่มีระยะเวลาการทำงานมาก จะได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ กล้าหาญ (2540) ใน อสม. จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของ หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของ สุวีรัตน์ รุ่งเรือง (2547) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. พบว่า ระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในจังหวัดพัทลุง และ การศึกษาของ ลำพูน ฉวีรักษ์ (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของ อสม. อำเภอคูขั่วบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าจำนวนปีที่ เป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ได้แก่ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และ อายุ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

#### สถานภาพสมรส

อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพคู่ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ต่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพ โสดและหม้าย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 ทำให้ไม่มีความหลากหลาย และส่งผลให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ อินสุพรรณ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริรัตน์ รุ่งเรือง (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการศึกษาของ เทิดคุณ พันธการ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

#### ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ไม่มีความหลากหลายและส่งผลให้ไม่มีความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา ตอโคสูง (2554) ในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมาผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิตติคุณ เจตเกษตรการณ (2552) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

#### รายได้

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ทั้งนี้เนื่องจากการเป็น อสม. ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสื่อต่างๆรวมถึงการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้เช่นเดียวกันทุกคน

ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่างกันการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีรายได้เฉลี่ย 9,000 บาทและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาทต่อเดือน และรายได้สูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน ย่อมแสดงให้เห็นว่ารายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ คำนึ่ง จันทร์เหมือน (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดพัทลุงพบว่า รายได้หรือการทำงานเพื่อหารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เทิดคุณ พันธการ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และการศึกษาของ ทวีฤทธิ์ โลจรัส (2555) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด อำนาจเจริญ

#### อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 56.4 อายุเฉลี่ย 48.6 ปีซึ่งถือเป็นวัยทำงาน และเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง มีระยะพัฒนาการด้านภาวะ สุขภาพและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต จึงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ บุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีและ คำนึ่ง จันทร์เหมือน (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุงพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข และการศึกษาของ เทิดคุณ พันธการ (2552) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพศ การรับรู้ประโยชน์

ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้ อสม. มีความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะของการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จของ อสม. ที่เป็นต้นแบบสุขภาพ รวมถึงการใช้คำพูดชักจูงร่วมกับการพูดเสริมแรง กระตุ้นให้กำลังใจและให้คำปรึกษาเพื่อให้ อสม. มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจต่อการเรียนรู้และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ

2. จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ อสม. พูดคุยแสดงความคิดเห็นเพื่อค้นหาอุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขความเชื่อที่ผิด รวมทั้งส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ

3. จัดกิจกรรม/ โครงการเพื่อสร้างเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพ โดยกิจกรรมที่จัดควรมีความหลากหลายทั้งวิธีการและรูปแบบ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้สุขศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การจัดกิจกรรมอบรมเชิง ปฏิบัติการ การจัดกิจกรรมฐานแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดความน่าสนใจและส่งเสริมการเรียนรู้มากขึ้น

4. ให้ความสนใจอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายที่มีระดับการศึกษาน้อย และมีระยะเวลา การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสจะปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มอื่น เนื่องจากบริบทพื้นที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน เขตเมือง เพราะปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจมีความแตกต่างกัน

2. ควรศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งมีการใช้เครื่องมือที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในด้านสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว

3. พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมออกกำลังกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เน้นการเสริมสร้าง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ต่งสุขเลิศสันติ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สุขบัญญัติแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน  
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร  
แห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด*. นนทบุรี:  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต.(2548).กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *มาตรฐานงานสุขภาพจิตและ  
จิตเวชในระบบบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้านพ.ศ. 2554 รายงานประจำปี 2556*. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคสำนักโรค  
ไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม  
ราชูปถัมภ์.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2549). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดัน  
โลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง*  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กองโภชนาการกรมอนามัย. (2551). *พิชิตอ้วนพิชิตพุง*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร  
แห่งประเทศไทย.
- กองมณี สุรวงษ์สิน. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ  
บุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์.  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552).  
*คู่มือนักจัดการสุขภาพชุมชนอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือ อสม.ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่วิสาหกิจชุมชนยั่งยืนเพื่อการขับเคลื่อนชุมชนจัดการระบบสุขภาพเข้มแข็งเมืองไทยแข็งแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กองสุศึกษา (2555). *การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ* โดย รพ.สต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2550). *เอกสารความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งความดันโลหิตสูงหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กาญจนา ไชยพันธุ์. (2549). *กระบวนการกลุ่ม*. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- กิตติศักดิ์ เจตเกษตรการณ. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาดิชาย มุกตง (2548). *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คำนึ่ง จันทร์เหมือน. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จิรยुทธิ คงนุ่น และนุชนัดดา แสงสินสร. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดพิจิตร*. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ*, 20(6), 36-41.



- จรรยา ปิ่นท้วงกูร. (2549). *การส่งเสริมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*.  
ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชลิดาภรณ์ ต่งสัมพันธ์. (2551). *ประวัติศาสตร์ของเพศวิถี*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่อง  
สุขภาพผู้หญิง (สคส.).
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม*. นนทบุรี.  
สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ  
ระหว่างประเทศ.
- เทิดคุณ พันธการ. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนจังหวัด  
อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ทวีฤทธิ์ โลจรัส. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพรรณ มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
อุบลราชธานี*, 7(2), 35-43.
- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ:  
กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม*. นครปฐม: มหาวิทยาลัย  
ราชภัฏนครปฐม.
- ธวัช วิเชียรประภา. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี*. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 53-68.
- นันทรัตน์ ภูประดิษฐ์. (2541). *การดูแลตนเองและการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาที่ติดเชื้อ  
เอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลบิคมารดา  
และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นาริตา ธรรมจันทร์. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อย  
อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต.  
สาขาวิชานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.
- นันทิยา ต่อสูงโลก. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอมะนัง จังหัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นันทมนัส บุญ โลง. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่  
โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
พยาบาลอาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา พันธุ์เวทย์. (2552). *ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลกปี 2552*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.udo.moph.go.th/post-to-day-`/upload/.doc>.
- นิรัตน์ อิมามี. (2543). *เทคนิคการวางแผนงาน โครงการสุขภาพและสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3)*.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- บุญเรือง ชัยสิทธิ์. (2551). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัด  
อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริม  
สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประกาย วิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้*. นนทบุรี:  
โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). *พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. นนทบุรี : โรงพิมพ์แห่ง  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประครอง วรรณสูตร. (2541). *สถิติเพื่อการวิจัย คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป*. กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐ์ สิ้นชวนรงค์. (2556). *ระเบียบออสม*. เข้าถึงได้จาก.  
[www.pakphananghealth.com/data2558/top/osm.pdf](http://www.pakphananghealth.com/data2558/top/osm.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติการตายปี 2552*.  
เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/.pdf>.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และบุญยง เกี่ยวการค้า. (2538). *การศึกษาศาสนาการณ  
ส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและ  
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภา เพ็ญสุวรรณ. (2527). *การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตรการการประมาณค่าและ  
แบบสอบถาม*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. (2544). *สู่สุขภาพ 4 มิติ ใน สุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: เซนจูรี่.
- ประสิทธิ์ กล้าหาญ. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนว  
ปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์.

- ประกาย วิโรจน์กุล. (2556). *การวิจัยทางการแพทย์ : แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*.  
 กรุงเทพฯ : สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- พานิช สีตะกะลิน.(2556).การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต.หน่วยที่ 15  
 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: จากแนวคิด  
 สู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพียรศรี เมฆสุทัศน์. (2553). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
 หมู่บ้าน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,  
 สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร  
 สาธารณสุข เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,  
 สาขาสุนศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.
- มุขดา ชนันทา, สมเกียรติ อรุณภาคมงคล, สันติ เฉลาชัยนรินทร์ และสุภาวดี วุฒิภาพ. (2555).  
*การพัฒนาวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วน*.  
 นนทบุรี: ศูนย์อนามัยที่4 ราชบุรี.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525* (พิมพ์ครั้งที่ 6).  
 กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์ อจท.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์  
 พับลิเคชันส์.
- รายงานประจำปี 2556. (2556). *สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุม  
 โรคกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกใน  
 พระบรมราชูปถัมภ์.
- ลำพูน ฉวีรักษ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข  
 ประจำหมู่บ้าน: กรณี อำเภอภูซำปูนจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข  
 ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย  
 ราชภัฏอุบลราชธานี.
- วณิช ปรีชาอนันต์ (2550). *ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็น  
 เบาหวานและครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน  
 โรงพยาบาลพนัสนิคม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
 การพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วารสารณัฏฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มนทนานติกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรีณชัย กอสนาม, สุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, สุภกิจ นาทิสวรรณ, สุวัฒนา จุฬาวัดนทล และอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ. (2550). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารินทร์ ปุยทอง. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วาสนา วิถี. (2555). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). *ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากร และนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทย พลอดบุหรี.
- สมบูรณ์ อินสุพรรณ. (2551). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. *พัฒนาการสำคัญของ การสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สรวงศ์ เทียนทอง. (2557) *ค้น อสม. เป็น ไอคอด รักษาสุขภาพ ไร้โรค*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/23524>
- สาธารณสุขจังหวัดระยอง, สำนักงาน. (2557). *สรุปผลการพัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548*. ระยอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.

- สุธารดี รักพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). *แบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด. คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. นนทบุรี: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา พ.ศ. 2554 แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,
- สุพรรณ ศรีธรรมมา.(2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สุมาลี เรืองจักร. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพลทหารกองประจำการ ในสังกัดกองร้อยพลเสนารักษ์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรเกียรติ อาชานุภาพ. (2541). *วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุริย์ ธรรมิกบวร.(2540). *การบันทึกทางการพยาบาลนนทบุรี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุริรัตน์ รุ่งเรือง. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิจิตร*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติการตายปี 2552*. เข้าถึงได้จาก:<http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/>.pdf.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. เข้าถึงได้จาก:[http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703\\_1\\_.pdf](http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf)

- หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ. (2543). *พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนงค์ หาญอาจ. (2555). *พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าหน่จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ*. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(ฉบับพิเศษ), 225-235.
- อรทัย อินทร์แก้ว. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอบึงปลาค้าวจังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- อรพินธ์ สายใย. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อาทร อุคคิต, วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล*. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 26 (6), 527-538.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2545). *30 ประเด็นของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9*. นนทบุรี: โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2545). *30 ประเด็นของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9*. นนทบุรี: โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : Toward a unifying the try of behavioral change*. New York: Psychological Review.
- Caplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). *Social support and health*. *Medical Care*, 15(5), 39-42.
- Caplan, G. (1976). *Support systems and community mental health: Lecture on concept development*. New York: Behavioral Publication.

- Centers for Disease Control and Prevention [CDCP]. (2014). *Behavioral risk factor surveillance System Questionnaire*. Retrived from <http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/index.htm>.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Denise, F. P., & Cheryl, T. B. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1993). *Nursing assessment and health promotion strategies through the life span*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Nieman, D. C. (1998). *The exercise-health connection*. Champaign: Human Kine.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *Nursing Clinicals of North American*, 26, 815-832.
- Pender, N. J., Murdaugh C. L., & Parsons M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson/ Prentice Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญฉิคาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย กรีกากุล อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นายแพทย์สุนทร เจริญภูมิกรกิจ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
5. นางบรรเจิดลักษณ์ จงนันทนาวิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับมา อำเภอเมือง จังหวัดระยอง



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๕๐๓

วันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ

ด้วย นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖  
 ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๕๐๔ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘  
 เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย กรีฑากุล

ด้วย นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๕๐๕

วันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง

ด้วย นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๕๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๐๑ กันยายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียม เครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจาก นายแพทย์สุนทร เจริญภูมิกรกิจ และพยาบาลวิชาชีพบรรเจิดลักษณ์ จงนันทวานิชย์ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๓๘-๖๒๖-๔๓๘

**ภาคผนวก ข**

สำเนาแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)  
อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

Factors Related Health Promoting Behaviors among Health Volunteers, in Bankhai District, Rayong Province

ชื่อนิสิต นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์

รหัสประจำตัวนิสิต 52920219

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 12 - 09 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 196 ราย  
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ตำบลหนองบัว ตำบลบางบุตร ตำบลหนองละลอก และตำบลชากบก อำเภอบ้านค่าย จังหวัด  
ระยอง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ  
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน  
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา





## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัคร  
สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ( อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 12-09-2558

ชื่อผู้วิจัย นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์

ดิฉัน นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ กำลังทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม.) อำเภอบ้านค่าย  
จังหวัดระยองซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการสุ่มเลือก จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยในการ  
วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
สร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีสุขภาพและ  
เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับประชาชนในชุมชนต่อไป

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ทราบถึงพฤติกรรมสร้างเสริม  
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน( อสม.) โดยผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลและ  
แนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพนำไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อสร้าง  
เสริมสุขภาพ คัดกรอง เฝ้าระวัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข  
อย่างเป็นรูปธรรม

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านต้องให้ข้อมูลโดยการให้สัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30  
นาที ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีการกำหนดเป็นเลขรหัสแทนชื่อ สกฤ ผลการวิจัย  
ที่ได้จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่มในภาพรวม มิได้มีการรายงานเป็นรายบุคคล และการเข้าร่วมการ  
วิจัยในครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา  
โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิที่จะได้รับ และการเข้าถึง

บริการสุขภาพของท่านทั้งสิ้น หากท่านยินดีให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ขอความกรุณาลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 081-982-9041 หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 085-103-8448

นางนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ( อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(...นางนิชนันท์ เจริญบัณฑิตย์...)

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์  
ตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่

( ) หย่า ( ) หม้าย

( ) แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา/ ปวช. ( ) อนุปริญญา/ ปวส.

( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

จำนวนปีที่ศึกษาตั้งแต่ ป.1 ถึงการศึกษาสูงสุด.....ปี

5. รายได้โดยเฉลี่ย ..... บาท/ เดือน

6. อาชีพหลักในปัจจุบันของท่าน

( ) รับจ้าง ( ) เกษตรกรรม

( ) ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ( ) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย

( ) พนักงานบริษัท ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

7. ท่านมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี ระบุโรค.....ระยะเวลาที่เป็น.....ปี

8. ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

## ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับการรับรู้ประโยชน์			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสเค็ม มัน ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้				
2. การรับประทานที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจได้				
3. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารจำพวก แป้ง น้ำตาล และอาหารที่มีรสหวานมากเกินไป ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานได้				
4. การรับประทานอาหารประเภทกากใย เช่น ผัก ผลไม้สด ช่วยให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น				
5. การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น				
6. การออกกำลังกาย ช่วยทำให้หัวใจแข็งแรง				
7. การออกกำลังกาย ทำช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ				
8. การออกกำลังกายช่วยลดความตึงเครียด				
9. การมีอารมณ์แจ่มใส ทำให้สัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้างดีขึ้น				
10. การทำจิตใจให้สงบส่งผลต่อสุขภาพ				

ข้อความ	ระดับการรับรู้ประโยชน์			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
11. การไม่มีภาวะความเครียดและความวิตกกังวลทำให้นอนหลับได้เต็มที่				
12. การมีอารมณ์ดีทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง				
13. การไม่สูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดได้				
14. การไม่สูบบุหรี่ทำให้อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง				
15. การไม่สูบบุหรี่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย				
16. การไม่สูบบุหรี่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น				
17. การไม่ดื่มสุราทำให้อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคตับแข็งได้				
18. การไม่ดื่มสุราทำให้ท่านสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย				
19. การไม่ดื่มสุราทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย				
20. การไม่ดื่มสุราช่วยลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุ				

## ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

- |                      |         |   |
|----------------------|---------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด |
| เห็นด้วย             | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก       |
| ไม่เห็นด้วย          | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย      |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย    |

ข้อความ	การรับรู้อุปสรรค			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง  (1)	เห็น ด้วย  (2)	ไม่ เห็นด้วย  (3)	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง  (4)
1. การปรุงอาหารที่มีประโยชน์รับประทานเองทำให้ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
2. อาหารสจัดทำให้รับประทานไม่อร่อย				
3. การรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน เป็นเรื่องยุ่งยาก				
4. การไม่มีสถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้าน ทำให้ไม่ยอม ออกกำลังกาย				
5. การออกกำลังกายทุกวันเป็นเรื่องเสียเวลา				
6. การทำกิจวัตรประจำวันทำให้เหนื่อยล้าเกินกว่าที่จะ ออกกำลังกาย				
7. ท่านไม่รู้จักรูปวิธีที่จัดการความเครียด				
8. การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก				
9. การระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นรับฟังเป็นเรื่องน่าอับอาย				
10. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ทำได้ยาก				
11. การปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อถูกเพื่อนชักชวนทำให้ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนลดลง				
12. การไม่สูบบุหรี่ทำให้มีหงุดหงิดง่าย				
13. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราทำได้ยาก				
14. การไม่การดื่มสุราทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น				
15. การไม่ดื่มสุราเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ ทำให้ไม่สนุก				

### ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้แน่นอนที่สุด

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้แน่นอน

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้เพียงบางส่วน

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้



ข้อความ	ระดับความมั่นใจ			
	มั่นใจมากที่สุด (4)	มั่นใจมาก (3)	มั่นใจน้อย (2)	ไม่มั่นใจ (1)
1. ท่านสามารถรับประทาน ผักผลไม้ที่มีความหลากหลาย (ครบ 5 สี) ทุกวันแม้จะต้องจัดหาเอง				
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด แม้ต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน				
3. ท่านหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ และอาหารทอดมันได้แม้ครอบครัวจะเตรียมไว้ให้ท่าน				
4. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยใช้เวลาต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีแม้มีงานประจำมาก				
5. ท่านสามารถออกกำลังกายได้ แม้ท่านจะรู้สึกเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
6. ท่านสามารถออกกำลังกายแม้เมื่อไม่มีเพื่อนหรือแม่เมื่ออยู่ตามลำพัง				
7. ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่แยขนาดไหนก็ตาม				
8. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้วางใจไม่ว่าจะมีปัญหามากน้อยเพียงใดก็ตาม				
9. ท่านพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ถึงแม้จะมีเรื่องวิตกกังวลอยู่				
10. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้ทั้งที่มีคนใกล้ชิดชักชวนท่านให้สูบ				
11. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้แม้เมื่ออยู่ในกลุ่มคนใกล้ชิดที่กำลังสูบบุหรี่				
12. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้แม้เมื่ออยู่ในงานเลี้ยง เทศกาลสังสรรค์				

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ			
	มั่นใจมากที่สุด (4)	มั่นใจมาก (3)	มั่นใจน้อย (2)	ไม่มั่นใจ (1)
13. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้ทั้งที่มีคนใกล้ชิดชักชวนท่านให้ดื่ม				
14. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้แม้เมื่ออยู่ในกลุ่มคนใกล้ชิดที่กำลังดื่มสุรา				
15. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้แม้เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงเทศกาลสังสรรค์				

#### ส่วนที่ 2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในสร้างเสริมสุขภาพ

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนโดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือการจัดหาอุปกรณ์ หรือกำลังใจเป็นประจำ

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนโดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือการจัดหาอุปกรณ์ หรือกำลังใจค่อนข้างบ่อย

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนโดยการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความช่วยเหลือ การจัดหาอุปกรณ์ หรือกำลังใจค่อนข้างน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนโดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือการจัดหาอุปกรณ์ หรือกำลังใจเลย

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. บุคคลในครอบครัวดูแลให้ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (ไม่มัน ไม่เค็ม ไม่หวานจัด)				
2. บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ท่านออกกำลังกาย				
3. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือให้ท่านผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีปัญหา				
4. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านไม่สูบบุหรี่				

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านไม่ดื่มสุรา				
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำให้ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (ไม่มัน ไม่เค็ม ไม่หวานจัด)				
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านออกกำลังกาย				
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ท่าน				
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านไม่สูบบุหรี่				
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านไม่ดื่มสุรา				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

#### 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง/ ทุกครั้ง (4)	5-6 วันต่อ สัปดาห์/ ทำเป็น ส่วนใหญ่ (3)	2-4 วันต่อ สัปดาห์/ ทำเป็น ส่วนน้อย (2)	1 วันต่อ สัปดาห์/ ไม่ทำเลย (1)
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา				
1. ในหนึ่งวันท่านกินผักหลากหลาย (ครบ 5 สี) เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง มะเขือเทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว และอื่น ๆ				
2. ท่านกินผักและผลไม้สดประมาณครึ่งกิโลกรัม หรือ 5 กำมือต่อวัน				
3. ท่านกินผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทูเรียน เงาะ น้อยหน่า ลำไย หรืออื่น ๆ				

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง/ ทุกครั้ง	5-6 วันต่อ สัปดาห์/ ทำเป็น ส่วนใหญ่	2-4 วันต่อ สัปดาห์/ ทำเป็น ส่วนน้อย	1 วันต่อ สัปดาห์/ ไม่ทำเลย
	(4)	(3)	(2)	(1)
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลมาก เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป ชานม น้ำหวาน กาแฟ หรืออื่น ๆ				
5. ท่านกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเคี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงมัสมั่น แกงคั่ว หรืออื่น ๆ				
6. ท่านกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ หอยปลาหมึก				
7. ท่านกินอาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋ หรืออื่น ๆ				
8. ท่านกินอาหารถึงสำเร็จรูปหรือการถนอมอาหาร เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า บะหมี่ โจ๊กสำเร็จรูป ข้าวต้มสำเร็จรูป หรืออื่น ๆ				
9. ท่านกินขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง หรืออื่น ๆ				
10. ท่านกินขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมหม้อแกง ขนมเค้ก คุกกี้ ขนมปัง				
11. ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำตาลเพิ่ม				
12. ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำปลา/เกลือ/ น้ำปลาพริก/ ซีอิ๊ว/ ซอสมะเขือเทศ และซอสอื่น ๆ เพิ่ม				

## 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

พฤติกรรมออกกำลังกาย ของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	
13. ท่านเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย เช่น แอโรบิคส์ วิ่ง/วิ่งเหยาะๆ จักรยาน เล่นฟุตบอล และอื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยมากโดยหายใจแรงและเร็ว (ออกกำลังกายแบบหนัก)	
<input type="radio"/> ทำ	ใช้เวลาต่อครั้ง <input type="radio"/> ครั้งละ 20 นาที ขึ้นไป <input type="radio"/> น้อยกว่า 20 นาที และจำนวนวันต่อสัปดาห์ <input type="radio"/> 3 วันหรือมากกว่า <input type="radio"/> 1 ถึง 2 วัน
<input type="radio"/> ไม่ได้ทำ	
14. ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขุดดิน ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ไร่ไม้พลอง และอื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควรโดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย (ออกกำลังกายแบบปานกลาง)	
<input type="radio"/> ทำ	ใช้เวลาต่อครั้ง <input type="radio"/> ครั้งละ 30 นาที ขึ้นไป <input type="radio"/> น้อยกว่า 30 นาที และจำนวนวันต่อสัปดาห์ <input type="radio"/> 5 วันหรือมากกว่า <input type="radio"/> 1 ถึง 4 วัน
<input type="radio"/> ไม่ได้ทำ	

## 3. พฤติกรรมด้านอารมณ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

ข้อความ	การปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง/ ทุกครั้ง (1)	5-6 วันต่อ สัปดาห์/ ทำเป็น ส่วนใหญ่ (2)	2-4 วันต่อ สัปดาห์/ ทำเป็น ส่วนน้อย (3)	1 วันต่อ สัปดาห์/ ไม่ทำเลย (4)
พฤติกรรมด้านอารมณ์ ของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา				
15. ท่านคิดมากหรือกังวลใจ จนทำให้นอนไม่หลับ				
16. ท่านกินอาหารมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากความเครียดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น ออกหัก ถูกทวงหนี้ งานยุ่ง วิตกกังวล เป็นต้น				

#### 4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของท่าน	
17. ท่านสูบบุหรี่/ ยาสูบมวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน	
<input type="radio"/> ภายใน 5 นาทีหลังตื่น	<input type="radio"/> 6 ถึง 60 นาทีหลังตื่น
<input type="radio"/> มากกว่า 60 นาที หลังตื่น	<input type="radio"/> ไม่สูบ
18. ปกติท่านสูบบุหรี่/ ยาสูบ กี่มวน ต่อวัน	
<input type="radio"/> มากกว่า 31 มวนต่อวัน	<input type="radio"/> 11-30 มวนต่อวัน
<input type="radio"/> 10 หรือน้อยกว่าต่อวัน	<input type="radio"/> ไม่สูบ

#### 5. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของท่าน	
19. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ยาดอง สาโท และอื่น ๆ	
<input type="radio"/> ดื่ม 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	<input type="radio"/> ดื่ม 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
<input type="radio"/> ดื่มเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	<input type="radio"/> ไม่ดื่ม
20. ปริมาณการดื่ม (ต่อครั้ง)	
<input type="radio"/> สุรา $\frac{3}{4}$ แบน-1 แบนขึ้นไป, หรือเบียร์ 7 กระป๋องขึ้นไป/ 4 ขวดขึ้นไป	
<input type="radio"/> สุรา $\frac{1}{4}$ แบน- $\frac{1}{2}$ แบน, หรือเบียร์ 3.5 ถึง 4 กระป๋อง/ 2 ขวด	
<input type="radio"/> สุรา 2 ถึง 4 ฝา/ วัน, หรือเบียร์ 1 ถึง 3 กระป๋อง/ $\frac{1}{2}$ -1.5 ขวด	
<input type="radio"/> ไม่ดื่ม	
หมายเหตุ สุรา ได้แก่ แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี เป็นต้น	
เบียร์ ได้แก่ สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง เป็นต้น	

ภาคผนวก ง

สำเนาหนังสือการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 195)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสเค็ม มัน ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	111 (56.9)	81 (41.5)	2 (1.0)	1 (0.5)
2. การรับประทานที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจได้	76 (39.0)	108 (55.4)	11 (5.6)	
3. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารจำพวก แป้ง น้ำตาล และอาหารที่มีรสหวานมากเกินไป ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานได้	91 (46.7)	93 (47.7)	9 (4.6)	2 (1.0)
4. การรับประทานอาหารประเภทกากใย เช่น ผัก ผลไม้สด ช่วยให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น	112 (57.4)	81 (41.5)	2 (1.0)	0 (0.0)
5. การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น	112 (57.4)	83 (42.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. การออกกำลังกาย ช่วยทำให้หัวใจแข็งแรง	100 (51.3)	91 (46.7)	4 (2.1)	0 (0.0)
7. การออกกำลังกาย ทำช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ	97 (49.7)	93 (47.7)	5 (2.6)	0 (0.0)
8. การออกกำลังกายช่วยลดความตึงเครียด	72 (36.9)	121 (62.1)	2 (1.0)	0 (0.0)
9. การมีอารมณ์แจ่มใส ทำให้สัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้างดีขึ้น	101 (51.8)	93 (47.7)	1 (0.5)	0 (0.0)
10. การทำจิตใจให้สงบส่งผลต่อสุขภาพ	75 (38.5)	114 (58.5)	5 (2.6)	1 (0.5)
11. การไม่มีภาวะความเครียดและความวิตกกังวลทำให้นอนหลับได้เต็มที่	90 (46.2)	101 (51.8)	4 (2.1)	0 (0.0)



ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. การมีอารมณ์ดีทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง	90 (46.2)	104 (53.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
13. การไม่สูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรกระบบ หัวใจและหลอดเลือดได้	86 (44.1)	95 (48.7)	8 (4.1)	6 (3.1)
14. การไม่สูบบุหรี่ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็ง	114 (58.5)	73 (37.4)	8 (4.1)	0 (0.0)
15. การไม่สูบบุหรี่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย	117 (60.0)	74 (37.9)	2 (1.0)	2 (1.0)
16. การไม่สูบบุหรี่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น	92 (47.2)	95 (48.7)	4 (2.1)	4 (2.1)
17. การไม่ดื่มสุราทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคตับ แข็งได้	112 (57.4)	73 (37.4)	9 (4.6)	1 (0.5)
18. การไม่ดื่มสุราทำให้ท่านสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย	83 (42.6)	99 (50.8)	9 (4.6)	4 (2.1)
19. การไม่ดื่มสุราทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย	116 (59.5)	78 (40.0)	1 (0.5)	0 (0.0)
20. การไม่ดื่มสุราช่วยลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุ	132 (67.7)	60 (30.8)	1 (0.5)	2 (1.0)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 195)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การปรุงอาหารที่มีประโยชน์รับประทานเองทำให้ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	32 (16.4)	121 (62.1)	27 (13.8)	15 (7.7)
2. อาหารสดทำให้รับประทานไม่อร่อย	14 (7.2)	108 (55.4)	67 (34.4)	6 (3.1)
3. การรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน เป็นเรื่องยุ่งยาก	52 (26.7)	120 (61.5)	18 (9.2)	5 (2.6)
4. การไม่มีสถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้าน ทำให้ไม่ยอม ออกกำลังกาย	31 (15.9)	118 (60.5)	39 (20.0)	7 (3.6)
5. การออกกำลังกายทุกวันเป็นเรื่องเสียเวลา	62 (31.8)	119 (61.0)	11 (5.6)	3 (1.5)
6. การทำกิจวัตรประจำวันทำให้เหนื่อยล้าเกินกว่าที่จะ ออกกำลังกาย	23 (11.8)	131 (67.2)	38 (19.5)	3 (1.5)
7. ท่านไม่รู้จักวิธีจัดการความเครียด	25 (12.8)	126 (64.6)	35 (17.9)	9 (4.6)
8. การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก	22 (11.3)	129 (66.2)	38 (19.5)	6 (3.1)
9. การระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นรับฟังเป็นเรื่องน่าอับอาย	34 (17.4)	131 (67.2)	26 (13.3)	4 (2.1)
10. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ทำได้ยาก	60 (30.8)	94 (48.2)	32 (16.4)	9 (4.6)
11. การปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อถูกเพื่อนชักชวนทำให้ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนลดลง	61 (31.3)	110 (56.4)	16 (8.2)	8 (4.1)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. การไม่สูบบุหรี่ทำให้มีหงุดหงิดง่าย	49 (25.1)	111 (56.9)	23 (11.8)	12 (6.2)
13. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราทำได้ยาก	52 (26.7)	114 (58.5)	19 (9.7)	10 (5.1)
14. การไม่การดื่มสุราทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น	60 (30.8)	115 (59.0)	14 (7.2)	6 (3.1)
15. การไม่ดื่มสุราเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ ทำให้ไม่สนุก	49 (25.1)	107 (54.9)	33 (16.9)	6 (3.1)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการ  
สร้างเสริมสุขภาพ (n = 195)

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ			
	มั่นใจ มากที่สุด (4)	มั่นใจ มาก (3)	มั่นใจ น้อย (2)	ไม่มั่นใจ (1)
1. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ผักผลไม้ที่มีความหลากหลาย (ครบ 5 สี) ทุกวันแม้จะต้องจัดหาเอง	21(10.8)	88 (45.1)	62 (31.8)	24 (12.3)
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด แม้ต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน	17(8.7)	100 (51.3)	56 (28.7)	22 (11.3)
3. ท่านหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ และอาหารทอดมันได้แม้ครอบครัวจะเตรียมไว้ให้ท่าน	18 (9.2)	81 (41.5)	72 (36.9)	24 (12.3)
4. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยใช้เวลาต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีแม้มีงานประจำมาก	35 (17.9)	87 (44.6)	52 (26.7)	21 (10.8)
5. ท่านสามารถออกกำลังกายได้ แม้ท่านจะรู้สึกเหนื่อย ล้าจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	20 (10.3)	100 (51.3)	58 (29.7)	17 (8.7)
6. ท่านสามารถออกกำลังกายแม้เมื่อไม่มีเพื่อนหรือแม่เมื่ออยู่ตามลำพัง	28 (14.4)	122 (62.6)	35 (17.9)	10 (5.1)
7. ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เข่นขนาดไหนก็ตาม	16 (8.2)	123 (63.1)	47 (24.1)	9 (4.6)
8. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้วางใจไม่ว่าจะมีปัญหามากน้อยเพียงใดก็ตาม	21 (10.8)	114 (58.5)	51 (26.2)	9 (4.6)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมในสร้างเสริมสุขภาพ (n = 195)

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. บุคคลในครอบครัวดูแลให้ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (ไม่มัน ไม่เค็ม ไม่หวานจัด)	44 (22.61)	103 (52.8)	42 (21.5)	6 (3.1)
2. บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ท่านออกกำลังกาย	42 (21.5)	103 (52.8)	49 (25.1)	1 (0.5)
3. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือให้ท่านผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีปัญหา	43 (22.1)	125 (64.1)	25 (12.8)	2 (1.0)
4. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านไม่สูบบุหรี่	102 (52.3)	78 (40.0)	5 (2.6)	10 (5.1)
5. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านไม่ดื่มสุรา	101 (51.8)	76 (39.0)	9 (4.6)	9 (4.6)
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำให้ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (ไม่มัน ไม่เค็ม ไม่หวานจัด)	135 (69.2)	56 (28.7)	2 (1.0)	2 (1.0)
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านออกกำลังกาย	139 (71.3)	52 (26.7)	4 (2.1)	0 (0.0)
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ท่าน	94 (48.2)	97 (49.7)	4 (2.1)	0 (0.0)
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านไม่สูบบุหรี่	125 (64.1)	65 (33.3)	3 (1.5)	2 (1.0)
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านไม่ดื่มสุรา	123 (63.1)	65 (33.3)	3 (1.5)	4 (2.1)