

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวง คลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์
 - 1.3 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. ครอบครัว
 - 2.1 ความหมายของครอบครัว
 - 2.2 โครงสร้างของครอบครัว
 - 2.3 บทบาทของครอบครัว
3. กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวของกรีนและครูเตอร์ (PRECEDE Framework)
 - 3.1 ปัจจัยนำ
 - 3.1.1 ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว
 - 3.1.2 ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว
 - 3.1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
 - 3.1.3.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1.3.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
 - 3.1.3.4 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1.3.5 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.1.3.6 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.1.3.7 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

3.1.3.8 ความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพกับ
พฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ปัจจัยเอื้อ

3.2.1 ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ครอบครัว

3.2.2 ความสัมพันธ์ของความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.2.3 ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

3.2.4 ความสัมพันธ์ของความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของครอบครัว

3.3 ปัจจัยเสริม

3.3.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

3.3.2 ความสัมพันธ์ของการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับ
พฤติกรรมสุขภาพ

3.3.3 ภาวะสุขภาพของครอบครัว

3.3.4 ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทัศนะที่ใกล้เคียงกัน คือ

กอชแมน (Gochman. 1981 ; อ้างอิงจากมิลิกา มัติโก. 2534 : 18) ได้ให้ความหมายของ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำ ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน
เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย
เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่นๆ เช่น ความเชื่อ แรงจูงใจ การรับรู้
ค่านิยม เป็นต้น

แฮริส และกลูเตน (Harris and Gluten.1979 ; citing by Pender. 1987 : 38) ได้ให้ความ
หมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและ
เป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

คาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 ; อ้างอิงจาก มัลิกา มัติโก. 2534 : 20 – 21) ได้ให้ความหมายว่าหมายถึงการปฏิบัติตัวของบุคคล ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้สุขภาพดี โดยมีจุดมุ่งหมายในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ และการดูแลร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

เคมม์ และโคลส (Kemmm and Close, 1995 : 3) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วยและการเกิดโรค และทำให้บุคคลในสังคมหรือชุมชนนั้นมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

พาแลงค์ (Palank. : 1991 :129) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกและความสมบูรณ์ของบุคคลโดยพฤติกรรมป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 34) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมในทางที่ดี 2 ประเภท คือ พฤติกรรมปกป้องสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่ปกป้อง หรือป้องกันตนเองจากโรค หรือความเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามจากโรค หรือภาวะแทรกซ้อน เป็นการกระทำที่จะลดโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วย ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพ และความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกทั้งของบุคคลและกลุ่มคน

แทนนาฮิล (Tannahill, 1985 ; citing Kemmm and Close, 1995 : 26 – 28) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมใดๆ ที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือเพื่อส่งเสริมสุขภาพในทางบวก ได้แก่ ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม การป้องกันของแต่ละบุคคล ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเลือกกระทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การป้องกันโดยต่อต้านสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการตรวจคัดกรองโรค และเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 34) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มกระทำเพื่อเพิ่มระดับความเป็นปกติสุขและบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม โดยมีมุ่งที่การกระทำในเชิงบวกหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคล กลุ่มคน และสังคมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะการเจ็บป่วยโดยให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มระดับความเป็นปกติสุขและบรรลุเป้าหมายในชีวิตรวมทั้งการมีสุขภาพที่ดี

1.2 กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) มีหลายแนวคิดซึ่งแต่ละแนวคิดมีฐานความเชื่อที่แตกต่างกัน ในสาขาพยาบาลศาสตร์นั้น ได้นำแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66 – 73) มาใช้อย่างแพร่หลายโดยเพนเดอร์เสนอว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบไปด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด โดยการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านนั้นมีการศึกษารายละเอียดดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตน ด้วยการศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการต่างๆ ของร่างกายและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจนขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ สโตปพาร์ด (Stoppard, 1988 : 358) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลใดก็อยู่ในมือของบุคคลนั้น การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของบุคคลในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ เช่น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การขอคำแนะนำปรึกษาจากสถานบริการ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การศึกษาความรู้จากการอ่านหนังสือ มีความสนใจในภาวะโภชนาการของตนและมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

2. การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงาน ทั้งนี้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ถือเป็น การออกกำลังกาย เช่น การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การทำงานบ้าน เป็นต้น หลักการออกกำลังกายให้คำนึงถึงหลัก FITT (สุกัญญา มุสิกวัน พานิชเจริญนาม, 2543 : 62) คือ

F (Frequency) หมายถึง ความบ่อย คืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และอย่างมาก 6 ครั้ง/สัปดาห์

I (Intensity) หมายถึง ความหนัก - เบา ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ ประมาณ 60 – 85 % ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (MHR – Maximum Heart Rate)

T (Time) หมายถึง เวลาควรใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาทีต่อครั้ง

T (Type) หมายถึง ชนิดของกิจกรรม ขึ้นอยู่กับความชอบของบุคคล และภาวะสุขภาพ เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ซี่จักรยาน เดินแอโรบิค เป็นต้น

สมชาย ลีทองอิน (2543 : 55)กล่าวว่าในอดีตข้อแนะนำของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จะเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างต่อเนื่องประมาณครั้งละ 20 – 60 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความแรงระดับปานกลางถึงหนัก (moderate – high intensity) หรือมีอัตรา

การเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เน้นการสร้างเสริมสมรรถภาพ (fitness/performance) เป็นหลัก ซึ่งจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย แต่แนวคิดการออกกำลังกายในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปโดยมีงานวิจัยสนับสนุน ดังนี้

(1) การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายด้วยความแรงระดับปานกลางเป็นประโยชน์เพียงพอต่อสุขภาพ ที่สำคัญคือไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงหรือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น หากยังเสริมสร้างสมรรถภาพของหัวใจและปอดด้วย

(2) ไม่จำเป็นต้องเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในช่วงสั้นๆ ประมาณ 8 – 10 นาที สะสมรวมกันไม่น้อยกว่า 30 นาที/วัน โดยปฏิบัติเกือบทุกวันหรือทุกวัน จะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและสมรรถภาพเช่นกัน

(3) ประโยชน์ต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณการเคลื่อนไหว / ออกกำลังกาย (total amount of physical activity) ซึ่งวัดจากพลังงานที่ใช้ไป หรือเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนไหว (minutes of physical activity)

(4) ยิ่งเคลื่อนไหวมากก็จะยิ่งเกิดประโยชน์มาก (dose – response relationship)

(5) ในด้านการใช้พลังงาน พบว่าการเคลื่อนไหวที่เกิดประโยชน์จะต้องมีการใช้พลังงานประมาณ 700–2000 แคลอรี/สัปดาห์ หรืออย่างน้อยวันละ 150 – 200 แคลอรี/วัน ดังสรุปกิจกรรมที่ใช้พลังงาน 150 แคลอรีกับเวลาที่ใช้เคลื่อนไหว ดังนี้

กิจกรรม	จำนวนนาที
กระโดดเชือก	15
ขี่จักรยาน ความเร็ว 5.5 ไมล์/ชั่วโมง	30
ขี่จักรยานระยะทาง 8 กิโลเมตร	30
ขี่ม้า	22
เดินขึ้นบันได	15
เดินป่า	30
เดินทางระยะทาง 2.8 กิโลเมตร	35
เดินรำจิ้งหะเร็ว	30
ดูบ้าน / เช็ดกระจก	45 - 60
ทำงานบ้าน	30
ทำสวน	30 - 45
เทนนิส (เดี่ยว)	15
นั่งเขียนหนังสือ	90
บาสเก็ตบอล	15
แบดมินตัน	22
โบว์ลิ่ง	30
ยีนสอนหนังสือ	60
ล้างรถยนต์	45 - 60
เล่นกอล์ฟ	30
ว่ายน้ำ	20
วิ่งด้วยความเร็ว 5.5 ไมล์/ชั่วโมง	15

กล่าวได้ว่าบุคคลควรออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวออกแรงอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความแรงระดับปานกลางสะสมรวมกันให้ไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ให้มีการเผาผลาญพลังงานประมาณ 150 - 200 แคลอรี/วัน ยิ่งเคลื่อนไหวมากขึ้นโดยเพิ่มเวลาหรือความแรง ยิ่งเกิดประโยชน์เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัยและสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง เป็นการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรทำ

อย่างต่อเนืองนานประมาณ 20 – 30 นาที เพื่อให้กล้ามเนื้อของร่างกายและกล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่เป็นปกติและที่สำคัญคือ ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ด้วย

3. ภาวะโภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านโภชนาการ ได้จัดทำ "ข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย" สำหรับประชาชนขึ้นรวม 9 ข้อ ดังนี้ (กองโภชนาการ. ม.ป.ป. : 4 – 41)

- ข้อ 1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว
- ข้อ 2 กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- ข้อ 3 กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ
- ข้อ 4 กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
- ข้อ 5 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
- ข้อ 6 กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
- ข้อ 7 หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด
- ข้อ 8 กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน
- ข้อ 9 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข้อ 1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว

1.1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การกินอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ ถ้ากินอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือกินอาหารซ้ำซากเพียงบางชนิดทุกวัน อาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป อาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยสารอาหารหลายประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ น้ำ และยังมีสารอื่นๆ เช่น โยอาหารซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ในอาหารแต่ละชนิดจะประกอบด้วยสารอาหารต่างๆ ในปริมาณที่มากน้อยต่างกันโดยไม่มีอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งที่จะมีสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดังนั้น ในวันหนึ่งๆ ต้องกินอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ได้สารอาหารครบตามที่ร่างกายต้องการ

อาหารหลัก 5 หมู่ ประกอบด้วย

หมู่ที่ 1 นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง และงา ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง และช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล ให้พลังงานแก่ร่างกาย

หมู่ที่ 3 พืชผักต่างๆ เพื่อเสริมสร้างการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ ให้ประโยชน์เช่นเดียวกับหมู่ที่ 3

หมู่ที่ 5 น้ำมัน และไขมันจากพืชและสัตว์ ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ดังนั้น ในวันหนึ่งๆ จะต้องเลือกกินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ

และในแต่ละหมู่ควรเลือกกินอาหารให้หลากหลายเพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ครบตามต้องการของร่างกาย อันจะนำไปสู่การกินดีมีผลให้เกิด "ภาวะโภชนาการดี"

1.2 หมั่นดูแลน้ำหนักตัว "น้ำหนักตัว" ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของคนว่าดีหรือไม่ เพราะแต่ละคนจะต้องมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัยและได้สัดส่วนกับความสูงของตัวเอง การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามวัยและได้สัดส่วนกับความสูงของตัวเอง สามารถกระทำได้โดยการกินอาหารให้ถูกต้อง ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

ถ้าน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติหรือผอมไป จะทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และประสิทธิภาพการเรียนและการทำงานด้อยลงกว่าปกติ ในทางตรงข้าม หากมีน้ำหนักมากกว่าปกติหรืออ้วนไป จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเมเร็งบางชนิด ซึ่งการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยให้สุขภาพดีมีชีวิตที่ยืนยาวและเป็นสุข และการที่จะประเมินว่า น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่นั้น ทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายและดีที่สุดคือ ในเด็ก ใช้ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ หรือค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิง

ในผู้ใหญ่ ใช้ดัชนีมวลกลายเป็นเกณฑ์ตัดสิน โดยคำนวณจากสูตรดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 (\text{เมตร})^2}$$

น้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5 – 23.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กก./ม²)

ถ้าน้อยกว่า 18.5 กก./ม² แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25 – 29.9 กก./ม² แสดงว่าน้ำหนักเกิน

ถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 กก./ม² แสดงว่าเป็นโรคอ้วน

ทุกคนควรหมั่นดูแลน้ำหนักของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรชั่งน้ำหนักอย่างน้อยเดือนละครั้ง หากน้ำหนักตัวน้อยควรกินอาหารที่เป็นประโยชน์มากขึ้น ถ้าน้ำหนักตัวมากควรลดการกินอาหารลง โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อ 2 กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นข้าวที่ขัดสีแต่ยังมีส่วนที่เป็นรำที่มีประโยชน์มากกว่าที่ขัดจนขาว เนื่องจากมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน โยอาหารแร่ธาตุ และวิตามินในปริมาณที่สูงกว่า ควรกินข้าวควบคู่ไปกับอาหารอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้ และไขมันจากพืชและสัตว์ เพราะทำให้ร่างกายมีโอกาสได้รับสารอาหารอื่นๆ เพิ่มเติมและหลากหลายในแต่ละมื้อ นอกจากนี้ ยังมีผลิตภัณฑ์จากข้าวและธัญพืชอื่นๆ อีกมากมาย เช่น ถั่วเขียว ขนมจีน บะหมี่ ซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานเช่นเดียวกัน และสามารถจัดให้บริโภคได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นอาหารจานด่วน หรืออาหารจานเดียวแบบไทยๆ ทั้งยังมีโยอาหารจากผักประเภทต่างๆ มากกว่าอาหารจานด่วน หรืออาหารจานเดียวแบบตะวันตกเกี่ยวกับปริมาณต้องคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภทข้าวและแป้งที่กินในแต่ละวัน เพราะถ้าร่างกายได้รับความต้องการแล้วจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ดังนั้น การกินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ พร้อมด้วยอาหารอื่นที่หลากหลายครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนเหมาะสมและปริมาณที่เพียงพอจึงเป็นสิ่งที่ดีที่พึงปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี และสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์

ข้อ 3 กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ

พืช ผัก และผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่มีความจำเป็นต่อร่างกายที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น โยอาหารช่วยในการขับถ่าย และน้ำโคเลสเตอรอล รวมทั้งสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ทำให้ลดการสะสมสารเหล่านั้น นอกจากนี้ พืช ผัก ผลไม้หลายอย่างให้พลังงานต่ำ ดังนั้น หากกินให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ก่อให้เกิดโรคอ้วน และไขมันอุดตันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้ามกลับลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งและโรคหัวใจ และจากผลการวิจัยพบว่า สารแคโรทีน และวิตามินซีในพืช ผัก และผลไม้มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดและป้องกันมะเร็งบางประเภท ประเทศไทยมีผักและผลไม้ตลอดปี จึงควรส่งเสริมให้กินเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่ร่างกายต้องการวิตามิน และแร่ธาตุ เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตและเสริมสร้างให้ร่างกายทุกระบบทำงานได้เป็นปกติ

พืช ผักมีหลายประเภทและกินได้แทบทุกส่วน ประเภทผักกินใบ ยอด และก้าน เช่น กระถิน ผักบุ้ง ตำลึง คื่นช่าย สายบัว บอน ผักกูด ผักแว่น ประเภทกินดอก เช่น ดอกกระเจียว ดอกกะหล่ำ ดอกโสน ดอกแค ประเภทกินผล เช่น บวบ ฟักทอง ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ มะเขือยาว มะเขือเปราะ กระเจี๊ยบ ประเภทกินราก เช่น หัวผักกาด แครอท กระชาย ขมิ้นขาว ขิงอ่อน พืชผักต่างๆ โดยเฉพาะผักสีเขียวเป็นแหล่งวิตามินหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่มวิตามินซี วิตามินเอ แร่ธาตุ และใยอาหาร

ผลไม้ มีทั้งที่กินดิบและกินสุก มีรสหวานและเปรี้ยว ซึ่งให้ประโยชน์แตกต่างกันไป ผลไม้ที่กินดิบ เช่น ฝรั่ง มะม่วงมัน ชมพู กัลยัญ สับปะรด ส้มเขียวหวาน ส้มโอ ซึ่งมีวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินซีสูง ผลไม้กินสุกมีสีเหลือง เช่น มะละกอ มะม่วงสุก มีวิตามินเอสูง สำหรับผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ควรจำกัดปริมาณการกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด ลำไย และขนุน เพราะมีน้ำตาลสูง

เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรง จึงควรกินพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรกินเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังกินอาหารแต่ละมื้อ และกินเป็นอาหารว่าง และควรกินพืชผักผลไม้ตามฤดูกาล

ข้อ 4 กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอ ทั้งคุณภาพและปริมาณเพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ เป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ และให้พลังงานแก่ร่างกาย แหล่งอาหารที่ให้โปรตีนที่สำคัญ ได้แก่ ปลา เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันต่ำ หากกินปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำจะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด ในเนื้อปลามีพอสฟอรัสสูง และถ้ากินปลาเล็กปลาน้อย รวมทั้งปลากระป๋อง จะได้แคลเซียม ซึ่งจะช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้เนื้อปลาทะเลทุกชนิดมีสารไอโอดีน ป้องกันไม่ให้เป็นโรคขาดสารไอโอดีน

เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์ทุกชนิดให้โปรตีนแก่ร่างกาย แต่การกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไขมันในเนื้อสัตว์มีทั้งที่สังเกตเห็นได้เช่น หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ที่มีมันเปลว ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการกินเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะในเนื้อหมูจะมีไขมันแทรกอยู่มากกว่าเนื้อสัตว์ทุกชนิด

ไข่ เป็นอาหารอีกชนิดหนึ่งที่มีโปรตีนสูง แร่ธาตุ และวิตามินที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อร่างกายหลายชนิด ไข่เป็นอาหารโปรตีน ราคาถูกหาซื้อได้ง่าย ประุงและกินง่าย ในเด็กควรกินไข่วันละฟอง ผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการปกติควรกินไข่สัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง ที่สำคัญคือ ควรกินไข่ที่ปรุงให้สุก ทั้งไข่เป็ดและไข่ไก่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่แตกต่างกัน

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก และมีหลากหลายชนิด ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วลิสง เป็นต้น รวมไปถึงผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ เต้าหู้ เต้าเจี้ยว น้านมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ และอาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วกวน ขนมใส่ถั่วต่างๆ ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ถั่วสามารถให้พลังงานแก่ร่างกายได้อีกด้วย

งา เป็นอาหารที่มีคุณประโยชน์ทางโภชนาการที่ให้ทั้งโปรตีน ไขมัน วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี แคลเซียม จึงควรกินเป็นประจำ

ข้อ 5 ตีมนมให้เหมาะสมตามวัย

นม เป็นสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ ประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญคือ แคลเซียมและฟอสฟอรัส ซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีโปรตีน น้ำตาลแลคโตส และวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินบี 2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่ปกติ นมมีหลายชนิดมีทั้งนมรสจืด และนมปรุงแต่งชนิดต่างๆ ซึ่งให้คุณค่าอาหารใกล้เคียงกัน

หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ควรดื่มนมวันละ 1 - 2 แก้ว ควรคู่ไปกับการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกแข็งแรง และชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก

ก่อนซื้อนมทุกครั้ง ควรสังเกตวัน เดือน ปี ที่ข้างกล่องว่าหมดอายุหรือไม่ ควรเลือกเฉพาะนมที่บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท นมบางชนิด เช่น นมพลาสเจอร์ไรส์ หรือโยเกิร์ต ต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิไม่เกิน 10 องศาเซลเซียส นมที่ไม่ควรบริโภค ได้แก่ นมที่หมดอายุ นมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรคใดๆ ด้วยความร้อน นมที่กล่องชำรุด หรือนมพลาสเจอร์ไรส์ที่ไม่ได้เก็บในตู้เย็น เมื่อเปิดกล่องกระดาษหรือถุงบรรจุนมแล้ว ควรบริโภคให้หมด ถ้าไม่หมดให้ใส่ไว้ในภาชนะที่สะอาดที่มีฝาปิด และเก็บในตู้เย็น

กรณีที่ซื้อนมเปรี้ยวชนิดดื่ม ควรเลือกชนิดที่ทำจากนมที่มีเนื้อมนมในปริมาณสูง โดยให้ดูที่ข้างกล่องหรือขวด จะทำให้ได้คุณค่าอาหารใกล้เคียงนมสด ผู้ใหญ่บางคนไม่สามารถดื่มนมสดได้เนื่องจากดื่มนมแล้วเกิดปัญหาท้องเดินหรือท้องอืด เพราะร่างกายไม่สามารถย่อยน้ำตาลแลคโตส

โนนมได้ จึงอาจปรับเปลี่ยนวิธีการโดยให้ตีนมครั้งละน้อยๆ เช่น ¼ แก้ว แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ตีมนมหลังอาหาร หรือตีนมมดั่วเหลือง หรือเปลี่ยนเป็นโยเกิร์ตชนิดครีม ซึ่งจัดเป็นนมเปรี้ยวชนิดหนึ่ง นมเปรี้ยวมีจุลินทรีย์ที่ไม่เป็นอันตรายต่อคนและสามารถย่อยน้ำตาลแลคโตสในนม ช่วยลดปัญหาท้องเดินหรือท้องอืดดังกล่าว นมดั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้เป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำมาจากดั่วเหลือง ให้โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงดื่มได้เป็นประจำเช่นกัน

ข้อ 6 กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมัน เป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ ให้พลังงาน และความอบอุ่น อาหารแทบทุกชนิดมีไขมันเป็นส่วนประกอบมากน้อยแตกต่างกันไป ไขมันทั้งจากพืชและสัตว์ เป็นแหล่งพลังงานที่สูง ให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย ช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายไขมัน คือ วิตามินเอ ดี อี และ เค

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันคนไทยกินไขมันมากกว่าในอดีต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต การกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม อ้วน และเกิดโรคอื่นๆ ตามมาซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ จึงแนะนำให้จำกัดพลังงานที่ได้จากไขมันในอาหารแต่ละวันคือ อย่างมากที่สุดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด

ไขมันในอาหารมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว การได้รับไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรจำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ไขมันอิ่มตัวได้จากเนื้อสัตว์ หนังสัตว์ ไขมันสัตว์ ในน้ำมันพืช จะมีปริมาณไขมันอิ่มตัวน้อยกว่า สำหรับโคเลสเตอรอลมีในเนื้อสัตว์ทุกชนิดและมีมากในไข่แดง เครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ อาหารทะเลบางประเภท เช่น ปลาหมึก หอยนางรม

วิธีประกอบอาหารมีส่วนทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาหารทอด ชุบ แป้งทอด ทอดน้ำมัน ผัดและอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบถือว่าเป็นอาหารที่มีไขมันสูง จึงควรกินแต่พอควรแต่ไม่ควรดองอย่างเด็ดขาดเพื่อไม่ให้ขาดไขมัน รวมทั้งของกินเล่น เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ จะมีไขมันสูงและมีสารอาหารอื่นน้อยมาก จึงควรประกอบอาหารโดยวิธีต้ม นึ่ง ปิ้ง หรือย่างไม่ให้ไหม้เกรียม จะมีไขมันน้อยกว่า

ดังนั้น การรู้ชนิดของอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะปริมาณไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล และรู้จักวิธีการประกอบอาหารที่จะลดปริมาณไขมันในอาหารทำให้สามารถควบคุมหรือจำกัดปริมาณไขมันในอาหารได้ ทั้งยังเลือกคุณภาพของไขมันจากอาหารได้อย่างเหมาะสมจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

ข้อ 7 หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด

อาหารรสจัดจะให้เครื่องปรุงรสเพื่อทำให้อาหารอร่อย มีรสชาติก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้บริโภค ถ้ากินอาหารรสจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ ซึ่งรสอาหารที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายอย่างมาก คือ รสหวานจัดและเค็มจัด

รสหวาน เป็นรสที่คนทั่วไปชอบ แม้อาหารคาวยังมีการเติมรสหวานทิ้งๆ ที่มีโอกาสที่จะได้รับรสหวานจากผลไม้และขนมหวานอื่นๆ ซึ่งมีให้เลือกมากมายหลายชนิด อาหารที่กินประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นกับข้าว หรือขนม จะใส่น้ำตาลเพื่อเพิ่มรสให้อาหารอยู่แล้ว และยังมีน้ำตาลแฝงมากับอาหารพืชมื้ออื่นๆ ที่ไม่ให้ประโยชน์อะไรแก่ร่างกายด้วย คือ น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ลูกกวาด ท็อฟฟี่ เยลลี่ น้ำเชื่อม ตลอดจนการใส่น้ำตาลเติมน้ำชา กาแฟ โอวัลติน ทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากพลังงานที่ได้จากอาหารในแต่ละมื้อการได้รับความหวานจากอาหารดังกล่าวทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ในเด็กหากกินรสหวานมากจะทำให้ความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร ถ้าได้รับน้ำตาลจากท็อฟฟี่ ลูกกวาด เยลลี่ จะทำให้ฟันผุเร็วขึ้น ดังนั้นควรระมัดระวังการกินน้ำตาลอย่างพร่ำเพรื่อ ควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลในแต่ละวันอย่างมากสุดไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมดและไม่ควรเกินวันละ 40 – 55 กรัม หรือมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน เพราะพลังงานที่ได้จากน้ำตาลส่วนเกิน จะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนได้

รสเค็มในอาหารไทยได้จากการเติมน้ำปลา และการใช้เกลือโซเดียมหรือเรียกกันทั่วๆ ไปว่าเกลือแกง เกลือแกงเป็นตัวหลักของสารที่ให้ความเค็ม เครื่องปรุงรสที่ให้รสเค็มที่นิยมใช้กันคือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วดำ เต้าเจี้ยว และยังใช้ในการถนอมอาหารประเภทหมักดอง ทำให้เก็บไว้กินได้นานขึ้น เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ไข่เค็ม ปลาร้า ปลากรอบ เนื้อเค็ม เต้าเจี้ยว เป็นต้น นอกจากนี้เกลือโซเดียม ยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมคบเคี้ยว ขนมอบฟูแบบฝรั่ง และผงชูรสที่ใช้ในการปรุงอาหาร การกินอาหารรสเค็มจัดที่ได้จากเกลือโซเดียมหรือเกลือแกง มากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งจะยิ่งสูงขึ้นไปเมื่อมีอายุขึ้น โดยเฉพาะคนที่ไม่ค่อยชอบกินผัก ผลไม้ หรือกินน้อย และกินอาหารรสเค็มจัด มีโอกาสเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหารด้วย

ดังนั้น การกินอาหารรสไม่จัดจึงเป็นผลดีต่อสุขภาพ ควรลดการเติมเครื่องปรุงรสที่ไม่จำเป็น อาหารที่กินประจำควรปรุงให้รสกลมกล่อมละมุนละไม มีผัก สมุนไพร และกับข้าวที่เป็นเครื่องเคียงทั้งที่ทำจากเนื้อสัตว์และผักต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารสมดุลไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

ข้อ 8 กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีการเร่งรีบในการดำเนินชีวิตตามความเป็นอยู่ประจำวันเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารภายในครัวเรือนมาเป็นซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมบริโภค หรือซื้ออาหารพร้อมปรุงที่มีการจัดเตรียมส่วนประกอบมาปรุงในครัวเรือน อาหารเหล่านี้มักจะมีการปนเปื้อนและไม่สะอาด เป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร

อาหารปนเปื้อนได้จากหลายสาเหตุ คือ จากเชื้อโรคและพยาธิต่างๆ สารเคมีที่เป็นพิษ หรือสารปนเปื้อนหรือโลหะหนักที่เป็นอันตราย ทั้งนี้เกิดจากขบวนการผลิต ปรุงประกอบ และจำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ หรือจากการที่มีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น แฉงลอยจำหน่ายอาหารตามริมบาทวิถี หรือการใช้สารปรุงแต่งที่ไม่ได้มาตรฐานและการใช้สารเคมีในการถนอมอาหารที่เป็นอันตราย เช่น การใช้สารบอแรกซ์เพื่อให้ลูกชิ้นแดงกรอบ การใช้ฟอร์มาลินเพื่อให้อาหารทะเลและผักดูสด การใช้สารฟอกขาวเพื่อให้ผัก (ถั่วงอก, ชิงชอย) ดูขาว การใช้สีสังเคราะห์ในปริมาณมากหรือสีย้อมผ้าในขนมหรืออาหาร การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่มาก สำหรับผักผลไม้เพื่อให้ดูสวยงาม เป็นต้น

หลักในการเลือกกินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ได้แก่ เลือกกินอาหารที่สะอาด มาปรุงประกอบโดยคำนึงถึงหลัก 3 ป. คือ ประโยชน์ ปลอดภัย และประหยัด ซึ่งควรนำมาล้างทำความสะอาดก่อนที่จะนำไปปรุงประกอบ ตามหลัก 3 ส. คือ สุกเสมอ ลงทุนคุณค่าอาหาร และสะอาดปลอดภัย โดยมีสุขวิทษาส่วนบุคคลที่ดีและต้องใช้ภาชนะอุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุที่สะอาดปลอดภัย มีการล้างและเก็บที่ถูกสุขลักษณะเช่น การล้างมือก่อนบริโภค การใช้ช้อนกลาง เป็นต้น

สำหรับการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุง ควรเลือกซื้ออาหารจากร้านจำหน่ายอาหาร หรือแผงลอยที่ถูกสุขลักษณะ เลือกอาหารปรุงสำเร็จที่ปรุงสุกใหม่ มีการปกปิดกันแมลงวันบรรจุในภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย และมีการใช้อุปกรณ์หยิบจับหรือตักอาหารแทนการใช้มือ

ในกรณีอาหารพร้อมปรุง อาหารกระป๋อง และสารปรุงแต่งอาหาร ควรสังเกตจากฉลากเป็นสำคัญ โดยฉลากต้องระบุชื่ออาหาร ส่วนประกอบของอาหาร สถานที่ผลิต วัน เวลาที่ผลิต หรือวันที่หมดอายุที่ชัดเจน

ประการสำคัญคือต้องมีสุขนิสัยที่ดีในการกินอาหาร ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนกินอาหาร และหลังใช้ส้วม ใช้ช้อนกลางเมื่อกินร่วมกันหลายคน หยิบจับภาชนะอุปกรณ์ให้ถูกต้อง เช่น จับช้อน ส้อม ตะเกียบ เฉพาะที่ด้ามจับ เป็นต้น

ข้อ 9 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

คนไทยมีแนวโน้มในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นพร้อมกับมีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่ออันเนื่องมาจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น คือ อัตราการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ด้วยสาเหตุสำคัญจากความเม้าของผู้ขับขี่ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรัันดี กระแช่ ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินคือ

- มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคตับแข็ง เพราะพิษแอลกอฮอล์ มีฤทธิ์ทำลาย

เนื้อตับผู้ที่ดื่มเป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคตับแข็งสูงถึง 7 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่ม

- มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคแผลในกระเพาะและลำไส้ และโรคมะเร็งหลอดอาหาร ในรายที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนมากจะลงท้ายด้วยโรคตับแข็ง และโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม และวัณโรค

ในรายที่ดื่มโดยไม่กินข้าวและกับข้าว จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารได้ ในทางตรงกันข้ามในรายที่ดื่มพร้อมกินกับแกล้มที่มีไขมันและโปรตีนสูง จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน ซึ่งจะมีโรคอื่นๆ ตามมา

- มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยแอลกอฮอล์จะไปกดสมองศูนย์ควบคุมสติสัมปชัญญะและศูนย์หัวใจ ทำให้ขาดสติ เสียการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานน้อยลงและก่อให้เกิดความประมาทอันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของคนไทยในลำดับต้นๆ

- ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สิน ส่งผลให้เกิดความไม่สงบสุขในครอบครัว ดังนั้นในรายที่ดื่มเป็นประจำจะต้องลดปริมาณการดื่มให้ลดลง และถ้าหากงดดื่มได้จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ ส่วนในรายที่เริ่มดื่มเป็นบางครั้ง ควรงดดื่ม และที่สำคัญต้องไม่ขับขี่ยานพาหนะขณะเม้าจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เพื่อให้บุตรธรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จึงได้มีการกำหนดปริมาณอาหารกลุ่มต่างๆ ที่ควรกินเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอสำหรับร่างกายของคนไทยครอบคลุมกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 ปี ถึงผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ โดยมีหลักการดังต่อไปนี้ (ประไพศรี ศิริจักรวาล และคณะ. 2542 : 54 – 55)

1. กำหนดปริมาณพลังงานมี 3 ระดับ

1600 กิโลแคลอรี สำหรับเด็ก หญิงวัยทำงาน และผู้สูงอายุ

2000 กิโลแคลอรี สำหรับวัยรุ่นหญิง - ชาย และชายวัยทำงาน

2400 กิโลแคลอรี สำหรับผู้ใช้พลังงานมาก เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน และผู้ที่ออก

กำลังกายหรือเล่นกีฬาสม่ำเสมอ

2. กำหนดเป้าหมายของสารอาหาร โดยอ้างอิงจากข้อกำหนดปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันตามเกณฑ์อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) และตามเกณฑ์อายุและเพศ (Thai RDI)

โปรตีน = 10 - 15%

ไขมัน = 20 - 30%

คาร์โบไฮเดรต = 55 - 65%

วิตามิน : A, B1, B2, C > 70% Thai RDI และ RDA

แร่ธาตุ : แคลเซียม, เหล็ก > 70% Thai RDI และ RDA

ใยอาหาร = 25 กรัม/วัน (เด็ก 6 - 20 ปี = อายุ (ปี) + 5 กรัม)

โคเลสเตอรอล < 300 มก.

3. กำหนดกลุ่มอาหารและการเปลี่ยนภายในกลุ่ม แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม

3.1 กลุ่มข้าว - แป้ง ได้แก่ ข้าวต่างๆ ขนมปัง เผือก มัน ก๋วยเตี๋ยว อาหารในกลุ่มนี้อาจแลกเปลี่ยนกันได้ เช่น ถ้ากินขนมปัง 1 แผ่น หรือ ก๋วยเตี๋ยว 1 ชาม ก็เหมือนกินข้าว 1 ทัพพี

3.2 กลุ่มผัก รวมทั้งผักใบ ดอก ผัก และผล โดยผักสุก 1 ส่วน คือ 1 ทัพพี ถ้าเป็นผักสด ผักสลัด 1 ส่วน คือ 2 ทัพพี

3.3 กลุ่มผลไม้ กำหนดเป็นส่วนแต่ละส่วนให้พลังงานประมาณ 40 - 50 กิโลแคลอรี

3.4 กลุ่มเนื้อสัตว์ รวมถึงเนื้อหมู ไก่ เต้าหู้ ไข่ กินสลับแลกเปลี่ยนกันได้ เช่น กินเนื้อไก่ หรือหมู 1 ช้อนกินข้าว ให้คุณค่าใกล้เคียงกับปลาหู ½ ตัว หรือเต้าหู้เหลือง ½ ถ้วย หรือ เต้าหู้ขาวหลอดประมาณ ½ หลอด หรือไข่ ½ ฟอง

3.5 กลุ่มนม ได้แก่ นมสดหรือนมพ่องมันเนย หรือโยเกิร์ต 1 ส่วน คือ 1 แก้ว (200 มิลลิลิตร)

4. กำหนดหน่วยตวงวัด สำหรับอาหารแต่ละกลุ่ม

4.1 ทัพพี ใช้ในการตวงวัดอาหารกลุ่มข้าว - แป้ง และผัก

ข้าว 1 ทัพพี ประมาณ ½ ถ้วยตวง

ผักสุก 1 ทัพพี ประมาณ ½ ถ้วยตวง

4.2 ช้อนกินข้าว อาจใช้ช้อนกินข้าวด้ามยาว หรือช้อนสแตนเลสที่ใช้เป็นช้อนตักแกง หรือช้อนกลาง ใช้สำหรับตวงวัด ปริมาณอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว ประมาณ 15 กรัม

4.3 ช้อนกาแฟ ใช้ในการตวงน้ำมันพืช และน้ำตาล 1 ช้อนกาแฟ ประมาณ 5 มิลลิลิตร หรือ 5 กรัม

4.4 ส่วน ใช้ในการกำหนดปริมาณผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน สำหรับผลไม้ผลเล็ก เช่น ส้มเขียวหวานผลใหญ่ 1 ผล

ผลไม้ 1 ส่วน สำหรับผลไม้ผลใหญ่ เช่น มะละกอ หรือสับปะรด หรือแตงโม ประมาณ 6 – 8 ชิ้นพอคำ

4.5 แก้ว ใช้ในการตวงวัดนม นม 1 แก้ว = 200 มิลลิลิตร

ปริมาณของอาหารกลุ่มต่างๆ ตามพลังงานที่กำหนดในแต่ละวัน

กลุ่มอาหาร		พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
		1600	2000	2400
ข้าว - แป้ง	(ทัพพี)	8	10	12
เนื้อสัตว์	(ช้อนกินข้าว)	6	9	12
ผัก	(ทัพพี)	4 (6)	5	6
ผลไม้	(ส่วน)	3 (4)	4	5
นม	(แก้ว)	2 (1)	1	1
ไขมัน	(ช้อนกาแฟ)	5	7	9
น้ำตาล	(ช้อนกาแฟ)	4	6	8

หมายเหตุ () จำนวนส่วนสำหรับผู้ใหญ่

ที่มา : ประไพศรี ศิริจักรวาล และคณะ. (กรกฎาคม - ธันวาคม 2542) "ข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย," โภชนาการ . 34(1) : 55

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยครอบคลุมการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลทั้งการแสดงออกด้วยวาจาและการแสดงพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะทำให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกเกิดการตัดสินใจและที่สำคัญที่สุดคือทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จะมีผลทำให้บุคคลมีการดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดีมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จเป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 1996 : 132)

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งเฟรนส์ (Franz, 1996 : 162 – 163) กล่าวว่า การออกกำลังกายมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลโดยอาจป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของบุคคลได้

กรมสุขภาพจิต (2540 : 13 – 63) ได้กล่าวถึง กลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด ดังนี้

6.1 การเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง

(1) รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ในขณะที่มีความเครียดมักจะมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย จึงควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด มันจัด เป็นต้น เพราะอาจทำให้เกิดอาการท้องเสียได้ นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารให้ครบถ้วน (ดังได้กล่าวรายละเอียดแล้วในเรื่องของโภชนาการ)

(2) ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ (รายละเอียดได้กล่าวไว้แล้วในเรื่องการออกกำลังกาย)

(3) นอนหลับให้เพียงพอ คนที่เครียดมักจะนอนไม่หลับ หลับยาก หลับแล้วฝันร้าย หรือตื่นกลางดึกแล้วไม่ยอมนอนหลับอีก เพราะฉะนั้นในขณะที่เครียดจึงควรงดเว้น

- การนอนกลางวัน
- การออกกำลังกายในช่วงเย็น
- ความกังวลว่าจะนอนไม่หลับ
- การใช้ยานอนหลับเอง

(4) หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ บางคนมีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการคลายความเครียด เช่น เชื่อว่าการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เล่นการพนัน หรือการใช้สารเสพติด จะช่วยคลายเครียดได้ พฤติกรรมเช่นนี้ นอกจากจะทำให้เครียดมากขึ้นแล้ว ยังทำลายสุขภาพของตัวเองให้เสื่อมโทรมลงด้วย เพราะฉะนั้นในขณะที่เครียดจึงควรงดเว้น

- สุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ ฯลฯ
- เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลังต่างๆ
- การสูบบุหรี่
- การพนัน
- ยาเสพติดทุกชนิด
- เที่ยวผู้หญิงโดยเฉพาะเมื่อมีเงินมาก เพราะจะทำให้ประมาทและติดโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ได้โดยไม่รู้ตัว

6.2 การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เครียด

(1) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ควรหาทางปรับปรุงแก้ไขให้มีสภาพที่น่าอยู่อาศัย หรือนำทำงานมากขึ้น

- (2) เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว
- (3) ปรับปรุงการทำงาน
- (4) ให้ความสำคัญที่อยู่อาศัย

6.3 การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ

(1) มองโลกในหลายๆ แง่มุม เมื่อชีวิตมีปัญหาอย่าเพิ่มความกดดันให้ตัวเอง โดยการมองโลกในแง่ร้ายเท่านั้น ให้พยายามมองในมุมอื่นๆ บ้าง

(2) มีอารมณ์ขัน ชีวิตไม่จำเป็นต้องมีสาระเสมอไป หัดมีอารมณ์ขัน รู้จักหัวเราะเสียบ้าง จะช่วยผ่อนคลายความเคร่งเครียดในชีวิตลงได้

(3) ให้อภัย ความโกรธแค้นที่อัดแน่นอยู่ในจิตใจ เป็นเหตุให้จิตใจขาดความสงบสุข หากเรียนรู้ที่จะโกรธน้อยลง และเลิกความอาฆาตแค้นเสียบ้าง จิตใจจะสบายขึ้น

(4) ไม่ทอดทิ้งเมื่อมีปัญหาแล้วยังหาวิธีการแก้ไขไม่ได้ ขอให้พยายามปลุกปลอบใจตนเอง สร้างกำลังใจให้กับตนเอง โดยคิดว่าจะต้องสู้เพื่อตัวเราและคนที่เรารัก

6.4 การฝึกผ่อนคลายความเครียด มีหลายวิธี ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติต้องศึกษารายละเอียดและฝึกฝน

- (1) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ
- (2) การฝึกการหายใจ
- (3) การทำสมาธิเบื้องต้น
- (4) การใช้เทคนิคความเงียบ
- (5) การใช้จินตนาการ
- (6) การทำงานศิลปะ
- (7) การใช้เสียงเพลง
- (8) การใช้เทปคลายเครียดด้วยตนเอง

1.3 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถประเมินได้ทั้งในลักษณะปรนัย (objective) และลักษณะอัตนัย (subjective) ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการประเมิน สำหรับการศึกษพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวงคลองมหานาคนั้น ใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านของเพนเดอร์ (Pender, 1987:135) ดังได้กล่าวแล้ว และประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2 (Health – Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) ของวอล์กเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1987 : 76 – 81) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับครอบครัวตามบริบทของชุมชนไทย

2. ครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันปฐมภูมิของสังคมที่เป็นรากฐานเบื้องต้นของสถาบันอื่นในสังคมมนุษย์ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดสิทธิและหน้าที่ของสมาชิกที่พึงมีต่อสังคม เมื่อพิจารณาสังคมเป็นระบบครอบครัวคือระบบย่อยของสังคม สมาชิกในครอบครัวมีการพึ่งพาซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมของครอบครัวตามหน้าที่และบทบาทของสมาชิกแต่ละคนลักษณะสังคมของครอบครัว

จะอยู่ร่วมกันอย่างมีระบบระเบียบ มีขอบเขตของพฤติกรรม และสมาชิกของครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้งภายในครอบครัวและสมาชิกของสังคมรอบๆ ครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด (Wright & Leahey, 1984 : 9 – 16 ; Cain, 1986 : 483 – 492) ดังนั้น แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะกำหนดรูปแบบความเป็นอยู่ การปกครอง ค่านิยม ความเชื่อ อำนาจ และการตัดสินใจภายในได้เอง แต่สิ่งเหล่านี้ส่วนหนึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคมภายนอก โดยเฉพาะชนบทรอบๆ เนียมประเพณีและวัฒนธรรม

โครงสร้างของครอบครัวในทัศนะทางสังคมศาสตร์ จำแนกโครงสร้างของครอบครัวได้หลายลักษณะแต่ที่นิยม คือ แบ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) และครอบครัวขยาย (extended family) ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของสมาชิกภายในครอบครัว

ด้านบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว โทมัสและบิดเดิล (Thomas and Biddle, 1979 : 3 – 5) สรุปว่า โดยทั่วไปมีอยู่ 3 บทบาทใหญ่ๆ คือ บทบาทของการเป็นผู้ใหญ่ บทบาทของพี่น้อง และบทบาทของความเกี่ยวข้องกับหน่วยอื่นๆ ในสังคม

1. บทบาทของการเป็นผู้ใหญ่ (Adult role) คือ เป็นผู้อบรมสมาชิกให้รู้ระเบียบสังคม ให้การเลี้ยงดูสมาชิก เป็นผู้จัดหาสิ่งที่ครอบครัวต้องการบริโภค เป็นแม่บ้าน เป็นญาติ ตอบสนองทางเพศแก่คู่สมรส ให้การดูแลรักษา ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้ความสนุกสนาน

2. บทบาทของพี่น้อง (Brothers and Sisters role) คือ การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่ภายในครอบครัวซึ่งบทบาทนี้จะได้มาจากกระบวนการอบรมสั่งสอนระเบียบทางสังคม ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ บทบาทของพี่น้องในชีวิตประจำวัน คือ เป็นผู้เลียนแบบ เป็นผู้ควบคุมความประพฤติ เป็นผู้ควบคุมการทำงาน เป็นผู้เจรจาตกลงกับพ่อแม่ และเป็นผู้บุกเบิก

3. บทบาทของความเกี่ยวข้องกับหน่วยอื่นๆ ของสังคม (Linking role) บทบาทนี้จะช่วยให้ครอบครัวและสมาชิกดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างดี

เมื่อครอบครัวมีบทบาทดังกล่าว ครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ให้เป็นไปตามบทบาทนั้นๆ โดยที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกของสังคมได้ ฟอร์ดแมน (Friedman, 1986 : 75) ให้ความเห็นว่าครอบครัวควรมีหน้าที่ดังนี้คือ

1. ให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว
2. ให้การอบรมสั่งสอนระเบียบทางสังคมแก่สมาชิก
3. สร้างสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม
4. เป็นแหล่งให้ผลผลิตทางเศรษฐกิจ
5. จัดการแก้ปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัว (Family coping functions)
6. จัดหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตให้แก่สมาชิก

สำหรับบทบาทของครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ไดมอนด์และโจนส์ (Diamond & Jones.1983 ; อ้างอิงจากจริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2529 : 359) รวบรวมบทบาทของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยจากการศึกษาต่างๆ ไว้ 4 มิติคือ

1. ครอบครัวเป็นแหล่งของสาเหตุการเจ็บป่วย มีการเจ็บป่วยและโรคหลายชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งถือว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุโดยตรงมาจากครอบครัว สำหรับสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวเป็นสาเหตุทางอ้อมของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตและโรคติดต่อ สมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะกระทบกระเทือนถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว แม้แต่ภาวะวิกฤตในพัฒนาการแต่ละระยะของครอบครัว เช่น เมื่อมีการตงงานของพ่อแม่ เมื่อมีการเสียชีวิตของญาติผู้ใหญ่ เหตุการณ์เหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกได้ทั้งสิ้น

2. ครอบครัวและพฤติกรรมกรเจ็บป่วย ครอบครัวเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของสมาชิกตั้งแต่การให้คำจำกัดความว่าการเจ็บป่วยคืออะไร เมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีการดูแลรักษาอย่างไร และจะไปที่ไหน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดาเป็นบุคคลสำคัญและมีอำนาจอย่างมากต่อทัศนคติด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งการให้อาหารแก่บุตร นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบของครอบครัว ได้แก่ ขนาดครอบครัว รายได้ครอบครัว อายุสมาชิก ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพของสมาชิก

3. ครอบครัวและการแสดงบทบาทเมื่อเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การแสดงบทบาทของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันไป เช่น มารดาบางคนเมื่อบุตรป่วยจะต้องให้บุตรหยุดโรงเรียนและไปพบแพทย์ แต่เมื่อตนเองเจ็บป่วยจะเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา และสามารถทำงานได้ตามปกติ

4. ครอบครัวเป็นแหล่งพึ่งพาของสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ เช่น เพิ่มความกดดันในบทบาทและลดล้มพันรภาพของบทบาท โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อสมาชิกคนหนึ่งป่วยสมาชิกคนอื่นจะต้องทดแทนบทบาทของสมาชิกที่ป่วยในระยะยาวหรือตลอดไป

การศึกษาครอบครัว (Family approach) มีทัศนะที่แตกต่างกัน เช่น ไรท์และลีชีย์ (Wright & Leahey. 1984 : 23 - 68) ได้ปรับปรุงและผสมผสานความคิดของ Karl, Tom & Colleagues เพื่อให้พยาบาลได้ประเมินครอบครัวใน 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ ลักษณะทางโครงสร้าง ลักษณะทางพัฒนาการและลักษณะทางหน้าที่ สำหรับไฟรด์แมน (Friedman. 1986 : 83 - 90) ศึกษาครอบครัวในลักษณะของการพัฒนาครอบครัว และศึกษาด้านโครงสร้างหน้าที่ โดยด้าน

โครงสร้างครอบครัว (Family Structure) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบคือ โครงสร้างด้านบทบาท (Role structure) โครงสร้างด้านการสื่อสาร (Communication process) โครงสร้างแบบด้านอำนาจ (Power system) และระบบค่านิยม (Value system) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เน้นที่การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ

3. กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ของกรีนและครูเคอร์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคลซึ่งปัจจัยภายนอกบุคคลนั้น หมายถึง สิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยเฉพาะทางด้านสังคม และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรม ของกรีนและครูเคอร์ (Green & Krueter, 1991 : 68 - 69) น่าสนใจ โดยกรีนและครูเคอร์ได้พัฒนารูปแบบเพื่อใช้วิเคราะห์และวางแผนงานด้านสุขภาพด้วยแนวความคิดที่เน้นว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการที่ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำว่า PRECEDE นี้ย่อมาจากข้อความเต็มว่า Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ในการวินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรมของบุคคล

การใช้ PRECEDE Framework เป็นกระบวนการดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) แล้วพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ว่ามาจากอะไร กระบวนการนี้ไม่ใช่วิธีวิเคราะห์จากปัจจัยนำเข้าไปหาผลลัพธ์ แต่สามารถใช้วิธีเริ่มต้นจากผลลัพธ์ก่อนได้ อาจใช้คำถามว่า "ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น" ก่อนที่จะใช้คำถามว่า "จะอย่างไร" กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพที่เป็นอยู่ การดำเนินงานตามกระบวนการ PRECEDE Framework จึงเริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุหรือปัจจัยนำเข้า แบ่งออกเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยการประเมินปัญหาต่างๆ ของบุคคลหรือชุมชน ซึ่งปัญหาที่ได้มาจะเป็นปัญหาทางสังคมทั้งหมดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในการวินิจฉัยทางสังคมสามารถทำได้หลายลักษณะ เช่น โดยการวิเคราะห์จากข้อมูลและเอกสารหรือจากการสำรวจชุมชนโดยตรง

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiology diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างในกลุ่มหรือชุมชนที่ศึกษา ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาลังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาลังคม ข้อมูลใช้ในขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์ และวิทยาการระบาด ซึ่งข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงขนาดและการกระจายของปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชาชน ข้อมูลดังกล่าวอาจอยู่ในรูปของอัตราอุบัติการณ์ (incidence rate) อัตราความชุก (prevalence rate) อัตราตาย (mortality rate) หรืออาจอยู่ในรูป Relative risk หรือ Odd ratio การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาดนี้จะช่วยให้สามารถระบุปัญหาสุขภาพ การกระจายของปัญหา และปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหานี้ ซึ่งผู้วางแผนสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อคัดเลือกปัญหาที่สำคัญไปใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานต่อไป

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental diagnosis)

ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกได้ในขั้นที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่น ส่วนการวินิจฉัยทางพฤติกรรมจะต้องดำเนินการตามขั้นตอน 5 ขั้นตอนดังนี้

3.1 จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม และปัญหาที่ไม่ได้มีสาเหตุจากพฤติกรรม

3.2 วิเคราะห์ดูว่าพฤติกรรมใดบ้างที่เป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพื่อนำพฤติกรรมดังกล่าวมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและเป็นพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องแก้ไข

3.3 จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม ซึ่งจะพิจารณาจากอัตราความชุก/ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมกับภาวะที่มีความเสี่ยงสูง

3.4 จัดลำดับพฤติกรรมตามสภาพของการเปลี่ยนแปลง โดยวิเคราะห์ดูว่าพฤติกรรมที่จัดลำดับไว้ นั้นเปลี่ยนแปลงได้ยากหรือง่ายเพียงใด โดยพิจารณาจากผลงานวิจัย แบบแผนการดำเนินชีวิตและความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย

3.5 เลือกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยพิจารณาจากชั้น 3.1 และ 3.4 คือพฤติกรรมที่สำคัญ และเปลี่ยนแปลงง่ายจะเป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Education and Organizational diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมเพื่อหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะมอิทธิพลในแง่ของการตั้งใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยนำยังรวมไปถึงปัจจัยด้านประชากรด้วย
2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ประกอบด้วยทักษะหรือสิ่งทีขัดขวางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ราคาบริการ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การเดินทาง ฯลฯ
3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นผลสะท้อนที่บุคคลคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ผลสะท้อนนี้บุคคลจะได้รับจากคนอื่นที่เขาคิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู แพทย์ พ่อแม่ผู้ปกครอง

ขั้นที่ 5 การวินิจฉัยด้านบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นตอนนี้จะเกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร และด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การวางแผน และดำเนินงาน

ขั้นที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation) เป็นการดำเนินงานตามแผนที่ได้วาง

ขั้นที่ 7 8 และ 9 เป็นการประเมินผล ซึ่งตามแนวคิดของ Green นั้นจะประเมิน 3 ลักษณะคือ

(1) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหาปัญหาในระหว่างดำเนินการตามโครงการและการประเมินความก้าวหน้าของโครงการเพื่อตรวจสอบและควบคุมกิจการให้งานดำเนินไปตามที่วางแผนไว้

(2) การประเมินผลกระทบจากโครงการ (Impact Evaluation) ผลกระทบจากโครงการเป็นผลที่ไม่ได้ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการซึ่งอาจมีทั้งในทางบวกและลบ

(3) การประเมินผลที่เกิดจากโครงการ (Outcome Evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการดำเนินงานโดยตรง ซึ่งจะประเมินทั้งประสิทธิผลของโครงการ (Effectiveness) คือเปรียบเทียบผลกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ประเมินความเพียงพอ (Adequacy) คือเปรียบเทียบผลที่เกิดจากโครงการกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขปรับปรุง รวมทั้งประเมินความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายด้วย และการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ (Efficiency) คือเปรียบเทียบผลที่ได้รับกับปัจจัยนำเข้า

ดังนั้น ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework จึงต้องอาศัยวิทยาการต่างๆ หลายสาขาด้วยกัน คือวิทยาการระบาด สังคมวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ ศาสตร์ทางการศึกษาและศาสตร์ในการบริหาร ดังนั้นในการนำ PRECEDE Framework ไปใช้ ผู้ใช้จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการสาขาต่างๆ ดังกล่าว และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น 2 ประการ เพื่อที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม คือ

(1) ต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors)

(2) ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานเพื่อที่จะให้ได้ผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริง ต้อง

อาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ ร่วมกัน ในลักษณะของการผสมผสานศาสตร์ทางด้านกายภาพ พฤติกรรมศาสตร์และด้านการศึกษา PRECEDE Framework เป็นรูปแบบสังเคราะห์ที่นำความรู้หลายๆ ด้านมาพัฒนาร่วมกัน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจพื้นฐาน และสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ (Green and Kreuter, 1991 : 16 – 17)

การใช้ PRECEDE Framework ในการศึกษาจะได้ประโยชน์ในการนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่ต้องการมากน้อยเพียงใด ขึ้นกับขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้น ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยเหล่านี้ ออกได้เป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อหรือสนับสนุน (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) โดยที่แต่ละประเภทจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะที่แตกต่างกัน และเป็นที่ยอมรับแล้วว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ประเภทนี้ ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตามจะต้องคำนึง

อิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอ ไม่ใช่คำนึงถึงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น (Green and Kreuter. 1991 : 68 – 69)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม (PRECEDE Framework) ขั้นตอนที่ 4 คือ การวินิจฉัยทางการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis) ของกรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter . 1991 : 68 - 69) โดยศึกษาปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว และความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของครอบครัว

3.1 ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือความพอใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว

3.1.1 ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Merrian - Webster, 1985 : 531) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นการรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความจริง โครงสร้างหรือกฎเกณฑ์ ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือการค้นคว้า แสวงหา หรือเป็นการรู้เกี่ยวกับสิ่งของ สถานที่ และบุคคล โดยเกิดจากการสังเกต การมีประสบการณ์ หรือจากรายงานการศึกษา ซึ่งความรู้ถึงเนื้อหาสาระของข้อเท็จจริง หรือความจริงเหล่านี้ต้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจนและอาศัยระยะเวลา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 196) กล่าวว่า ความรู้เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งประมวลประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลในการจูงใจให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องมีความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งนั่นเอง นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 212 – 217) ได้กล่าวว่า บลูมและคนอื่นๆ ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าเป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ซึ่งแบ่งย่อยได้เป็น 6 ชั้น ดังนี้

(1) การรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ ซึ่งประมวลประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา

(2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความ และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ

(3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี

(4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมาย ไปสู่หน่วยย่อย เป็นองค์ประกอบสำคัญๆ เป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้ก็เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยงานต่างๆ หรือ ส่วนต่างๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน

(6) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของ เนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะกำหนดเกณฑ์ขึ้นหรือผู้อื่นกำหนด

ดังนั้น ความรู้จึงไม่ใช่การรู้หรือจำได้เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยการใช้สติปัญญาในการคิดเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 6 และเชื่อว่าถ้าเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่สมบูรณ์แล้วมี แนวโน้มที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ นิภา มนูญิจ (2528 : 20) ที่กล่าวว่า ควรเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย

3.1.2 ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 141) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

พิเชฐ เจริญเกษ (2540 : 113) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพโรจน์ พรหมพันใจ (2540 : 136) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคณงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้เพียงปัจจัยเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ถึงแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมก็ตาม (Green & Kreuter, 1991 : 155)

3.1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดหมายและแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ (King, 1998 : 24) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการตีความหรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสโดยผ่านกระบวนการทางด้านความคิด การใช้ประสบการณ์เดิมในการตัดสินใจและรู้สึกได้ว่าความหมายเป็นอย่างไร และแสดงออกโดยมีความตระหนักและมีการประเมินถึงภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974 : 331 - 386) กล่าวว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ 4 อย่างคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

3.1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาม (Hochbaum, 1958 : 1 - 28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับพฤติกรรมปฏิบัติ (Becker and others, 1977 : 348 - 366 ; Cumming and others, 1979 : 639; Hallal, 1982 : 137; Weinberger and others, 1981 : 1253-1255; สังคณา จิราจันต์ 2530 : 43; นิทยา ภาสูนันท์ 2532 : 68 ศิริพร พงษ์โกศา. 2532 ; สุวิมล ฤทธิมนตรี. 2534) จากการศึกษาวิจัยหลายๆ ครั้ง เบคเกอร์และคนอื่นๆ (Becker and others, 1977 : 366)

ได้สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

3.1.3.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker and others. 1977 : 348) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการทำนายความร่วมมือในการควบคุมอาหารในเด็กที่เป็นโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

คาลาน (Calan. 1968 ; citing Nemeck. 1990 : 129) ได้ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จะเป็นตัวทำนายความบ่อย และความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลาล (Hallal. 1982 : 140) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

เวนเบอร์เกอร์ (Weinberger. 1981 : 1253) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สำหรับ เลวิตต์ (Leavitt. 1979 : 105 – 112) ได้ศึกษาพบว่าตัวแปรที่ทำนายการให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่มากที่สุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การศึกษาของ ลัสค์ และคณะ (Lusk et al. 1994 : 151 –157) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งต่อมาของคีเกลส์ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 42 ที่ไม่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นปฏิสถการไปพบทันตแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ที่มีโอกาสรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไปพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอถึงแม้จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันก็ตาม

ไฮเซลมานน์ และบากเลย์ (Heinzelmann and Bagley. 1970 : 905 – 911) พบว่าเหตุผลในการเข้าร่วมโครงการออกกำลังกายของบุคคลมีเหตุผลสำคัญ 2 ประการ คือ ต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

3.1.3.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวไว้ว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของตน

3.1.3.4 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนลสัน และคนอื่นๆ (Nelson and others. 1978 : 903) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่คิดว่าโรคนั้นไม่มีอันตรายรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์โคเนีย และฮาร์ท (Cerkoney and Hart. 1980 : 594 – 598) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชาร์นีย์ และคนอื่นๆ (Charney and others. 1967 : 188 – 195) ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดากับการให้บุตรรับประทานยาเพนนิซิลิน พบว่า มารดาที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหุอักเสบจะให้ยาบุตรสม่ำเสมอ สอดคล้องกับเวินเบอร์เกอร์ (Weinberger. 1981 : 1253) ได้ศึกษาพฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีความรุนแรงต่อการเกิดโรค และพยายามจะสูบบุหรี่น้อยลง

อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน โดยพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของโรคที่เป็นอยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (สุภาพ ไบแก้ว, 2525 : 25 ; อ้างอิงมาจาก Evan Charney and others. 1967 : 188 – 195 ; Davis. 1968 : 274 – 288) เพราะการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยนี้มีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการรักษาโรคและการป้องกันโรค (Becker and others. 1977 : 348 ; Larson and others. 1997 : 109 – 125 ; สมทรง ศุภศิลป์. 2526 : 1 ; นิตยา ภานุพันธ์. 2529 : 1)

สรุปว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3.1.3.5 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Taking the Health Action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็น

วิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็เช่นกันสามารถอธิบายได้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นโรค

3.1.3.6 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาของ แชมเปียน (Champion, 1984 – 1985 ; citing Nemeck, 1990 : 133) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาลาน (Calan, 1986 ; citing Nemeck, 1990 : 129) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในความบ่อยและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการศึกษาของ เอลลิง และกรีน (Elling and Green, 1960 : 183 – 191) และไฮน์เซลมานน์ และบากเลย์ (Heinzelmann and Bagkey, 1970 : 905 – 911) ได้ผลเช่นเดียวกันโดยพบว่า ความเชื่อที่มีต่อประสิทธิผลของยาเพนนิซิลลินในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของไข้รูห์มาติคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่นเดียวกับที่ เบคเกอร์และคนอื่นๆ (Becker and others, 1977 : 125 – 135) พบว่าผู้ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้จากแพทย์สามารถรักษาความเจ็บป่วยให้หายได้จะไปพบแพทย์ตามนัด

การเบรียลสัน และคนอื่นๆ (Grabrielson and others, 1967 ; 48 – 59) ได้ศึกษาพบว่า บิดามารดา ที่เชื่อในประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์ จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการนำบุตรก่อนวัยเรียนไปตรวจตามนัด และจากการศึกษาของ กรีน (Green, 1975 อ้างอิงจากประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ, 2534 : 99) ได้ศึกษาพบว่า บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ เมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์หรือข้อดีของการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542 : ง) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่รับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และ อนุพร วงษ์จันทร์ (2543 : 118) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้

3.1.3.7 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barrier of Taking the Health Action) หมายถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอายน ฯลฯ ฉะนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเบอर्टสันและเคลเลอร์ (Robertson and Keller. 1992 : 56) กล่าวว่าอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง บุคคลจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

3.1.3.8 ความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แอนโทนอฟสกี (Antonovsky. 1970 : 367) ได้ศึกษาพบว่า ความกลัวเจ็บ ความไม่สุขสบาย ปัญหาการเงิน มีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับการไปใช้บริการป้องกันรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ คาลด์เวลล์และคนอื่นๆ (Caldwell and others. 1970 : 579 – 592) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารักษาเนื่องจากคิดว่าเสียเวลาในการรอคอยแพทย์นานเกินไป

จากการศึกษาของ มยุรี นิรัทธราดร (2539 : ข) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

และจากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2532 : 82) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมาก

3.2 ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เป็นทักษะหรือความสามารถของครอบครัว รวมถึงความสะดวกในการที่จะส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเอื้อประกอบด้วย

3.2.1 ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

ความเชื่อมั่น หมายถึง ความแน่ใจ หรือความมั่นใจ ในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำการต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้ตามที่บุคคลนั้นตั้งใจไว้ ความเชื่อมั่นในตนเองเป็นความรู้สึกสามัญ และเป็นประโยชน์ที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งแก่แผนงานการสร้างชีวิตบุคคลใดที่แสดงความเชื่อมั่นในตนเองออกมาในสมรรถภาพแห่งการปฏิบัติงานย่อมชักจูงให้บุคคลอื่นมีความเชื่อมั่นตามได้ และความเชื่อมั่นในตนเองจะเป็นพลังต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ด้วยความมั่นใจ

3.2.2 ความสัมพันธ์ของความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 33) พบว่าการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

และจากการศึกษาของ สุวคนธ์ ภูรัตน์ (2539 : 55) พบว่า การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.2.3 ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

ความสะดวก หมายถึง การมีแหล่งทรัพยากรหรือการมีเวลาที่จะช่วยให้บุคคลกระทำกิจกรรมต่างๆ เป็นไปได้โดยง่าย กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991 : 75) กล่าวว่า การมีเวลาปฏิบัติและการมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกให้บุคคลได้มีโอกาสกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

3.2.4 ความสัมพันธ์ของความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

3.3 ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้นได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะการกระตุ้นเตือน การเอาแบบอย่าง การให้กำลังใจ เป็นต้น และปัจจัยเสริมนี้บุคคลจะได้รับจากสื่อต่างๆ หรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน หัวหน้า เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของครอบครัว

3.3.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งทางสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ โดยการกระตุ้นหรือเตือนให้บุคคลนั้นได้เริ่มกระทำพฤติกรรมหรือมีการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อาจได้รับจากสื่อหรือจากบุคคลหรือจากทั้ง 2 แหล่งร่วมกัน

3.3.1.1 การได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร แผ่นปลิว แผ่นพับ คู่มือเกี่ยวกับสุขภาพ โปสเตอร์ ป้ายประกาศ เป็นต้น

3.3.1.2 การได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อบุคคล เช่น คู่สมรส ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น

3.3.2 ความสัมพันธ์ของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3.2.1 การได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ

สุทธนิจ นุณหทสาร (2539 : 131) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540 : 141) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ โดยเฉพาะโทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคณงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .001$) เป็นเหตุให้คณงานมีการปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540 : 198) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา

พิเชฐ เจริญเกษ (2540 : 117) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.2.2 การได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อบุคคล

การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ วัตถุประสงค์ของ (ประสงค์ อีรพงศ์ภักดิ์, 2541 : 97)

จากผลการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 151) พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ลูทอนิจ นุณทสาร (2539 : 163) พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

พิเชฐ เจริญเกษ (2540 : 197) พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540 : 143) พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 179) พบว่า การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากคู่สมรส เพื่อน ผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

3.3.3 ภาวะสุขภาพของครอบครัว

ภาวะสุขภาพที่ปกติ หรือเบี่ยงเบนของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกคนอื่นๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่จะเอาเยี่ยงอย่างหรือไม่เอาเยี่ยงอย่าง เนื่องจากประสบการณ์ที่เคยได้รับเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความสนใจ ใฝ่รู้ หรือหวาดกลัว

3.3.4 ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของครอบครัวแต่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคลกลุ่มต่างๆ ดังนี้

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 100) ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

ไพโรจน์ พรหมพันใจ (2540 : 138) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

พิเชฐ เจริญเกษ (2540 : 114) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุจิรัตน์ เพชรทอง (2540 : 193) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจระดับชั้นสัญญาบัตร ($r = .34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจระดับชั้นประทวน ($r = .04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอุทธนิช อนุทสาร (2539 : 130) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทจังหวัดนนทบุรี

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยข้างต้น สามารถเขียนกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

