

วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี
จังหวัดสมุทรปราการ

Lifestyle in Health of Community at Tambol Bangchalong,
Bangplee District, Samutprakarn Province

จริยาวัตร คมพัยค์ม์
กนกพร นทีธนสมบัติ
กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม
ชฎาภา ประเสริฐทรง
ทวีศักดิ์ กสิผล
นภาพร แก้วนิมิตชัย
วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2555

ชื่อเรื่อง	วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ผู้วิจัย	จริยาวัตร คมพยัคฆ์, กนกพร นทีธนสมบัติ, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ทวีศักดิ์ กสิผล, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2558
สถานที่พิมพ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย	159 แผ่น
คำสำคัญ	วิถีชีวิตด้านสุขภาพ ชุมชน แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ
ลิขสิทธิ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ และความคิดเห็นในการที่จะทำให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพมีความถูกต้องอย่างยั่งยืน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ นานกว่า 5 ปีขึ้นไป ซึ่งได้จากการสุ่มเชิงระบบแบบจัดชั้น จำนวน 418 คน และบุคคลผู้เกี่ยวข้องซึ่งเลือกอย่างเจาะจงอีกจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557 จากการสัมภาษณ์และสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบความตรงของแบบทดสอบความรู้โดย K.R.-20 ได้ค่า = 0.78 ทดสอบความตรงของแบบสอบถามเจตคติ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและวิถีชีวิตด้านสุขภาพทั้งฉบับ โดย α - coefficient ได้ค่า 0.77, 0.79, 0.72, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50) ยกเว้นการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23) ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย คือ ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 50.47 ไปคลินิกแพทย์ ร้อยละ 16.98 และเมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเอกชนในชุมชน ร้อยละ 37.32 และร้อยละ 30.63 ยาที่ใช้เป็นประจำ คือ ยาสมุนไพร ร้อยละ 80.00 ยาที่ใช้เมื่อจำเป็น คือ ยาแก้ปวดลดไข้ ร้อยละ 96.67 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพหลังการ

เจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น เดินออกกำลังกาย ควบคุมอาหารรับประทานยาตามสั่ง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำ ด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ด้านเจตคติอยู่ในระดับดี ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความคิดเห็นในการที่จะทำให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพมีความถูกต้องอย่างยั่งยืน คือ ต้องส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเนื่องจากมีจำนวนมาก



Research Title	Lifestyle in Health of Community at Tambol Bangchalong, Bangplee District, Samutprakarn Province
Researcher(s)	Jariyawat Kompayak, Kanokporn Nateetanasombat, Kamontip Khungtumneam, Chadapa Prasertsong, Taweasuk Kasipul, Napaporn Kawnimitchai, Vanida Durongrittichai
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2015
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	159 Page
Keywords	Lifestyle in Health, Community, PRECEDE – PROCEED Model
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

This survey research aimed to study lifestyle in health, factors related to life style in health, and opinions toward sustainably healthy lifestyle. Samples were people aged over thirty five years old and living in Tambol Bangchalong more than five years. Four hundred eighteen samples were recruited by the stratified systematic random sampling and ten related samples were recruited by purposive sampling. Data were collected from November, 2014 to February, 2015. The questionnaire and the in-depth interview guideline had been developed by reviewing literatures, which these instruments had been tested content validity and reliability. Descriptive statistics, Pearson Correlation, and Spearman Correlation had been used as data analysis. The results of this study found that four hundred eighteen samples had overall in health promotion in the good level ($\bar{X} = 3.64$, S.D = 1.50), whereas the exercise was in the moderate level. The prevention of illness and accident was in the good level ($\bar{X} = 3.82$, S.D = 1.23). The medical care and self-care were found that buying medication for their mild illness was 50.47 percent. Going to medical clinical

was 16.98 percent. Going to Tambol Health Promoting hospital and private hospital in the community for their severely illness was 37.32 percent and 30.63 percent respectively. The herbal medicine was used regularly (80 percent). Approximately ninety – seven percent used analgesic drugs as essential medicine. The rehabilitation after chronic illness consisted of doing by advising of the doctors, such as walking, diet control, take medication as doctor’s prescription. The samples had predisposing factors on knowledge in the moderate level, whereas predisposing factors on attitude in the good level. Enabling factors and reinforcing factors were in the moderate level. Predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors had statistically significant related with health promotion, ill and accidental prevention at .01 ; whereas these factors had no statistically significant related with medical care and self care, and rehabilitation at .05.

The sustaining healthy lifestyle had been viewed on promoting health of older adults because the older adults would be the majority of the populations.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลือจากหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ประกอบด้วย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีการศึกษา 2555

องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบางโฉลง ในการเอื้ออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนโรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ ลักษณ์มีจักรกุล และอาจารย์ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา

อาจารย์และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

นางนพพรช วิจิตรวงษ์ พิมพ์เครื่องมือรวบรวมข้อมูล และนางสาวน้ำทิพย์ จี้อประสิทธิ์ พิมพ์รายงานฉบับสมบูรณ์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	7
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน	10
2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน	37
2.3 แนวคิดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน	45
2.4 บริบทของตำบลบางไผ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	54
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	58
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	67
3.4 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย	69
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	69
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน	71
4.2 ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะภายในครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแล ของประชาชนในชุมชน	74
4.3 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน	84
4.4 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน	92
4.5 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสุขภาพ และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ต่อวิถีชีวิต ด้านสุขภาพของชุมชน และแนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน	100
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	107
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	111
5.3 ข้อเสนอแนะ	125
บรรณานุกรม	127
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	138
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย	139
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	141
ภาคผนวก ง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	157
ภาคผนวก จ ประวัติย่อผู้วิจัย	158

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)	50
2	จำนวนถนน ซอย คลอง พื้นที่การเกษตร และสถานประกอบการของชุมชน	72
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนบุตร (n=418)	75
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะภายในครอบครัว (n=418)	78
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (n=418)	81
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านและรายชื่อของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด	84
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รายชื่อ และโดยรวม (n=418)	87
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจำแนกตามการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย	88
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจำแนกตามการใช้สถานบริการสุขภาพเมื่อการเจ็บป่วยมากขึ้น	89
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดูแลสุขภาพทางเลือกเมื่อมีการเจ็บป่วยเสริมจากการรักษาของแพทย์ (n=142)	90
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้ยาเองเป็นประจำและใช้เมื่อจำเป็น (n=115)	90
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง (n=167)	91
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดและระดับของปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14	93
15	94
16	95
17	96
18	97
19	98
20	99
21	99
22	100

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 แบบจำลอง PRECEDE	52
2 กรอบแนวคิดการวิจัย	58
3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	61



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิถีชีวิต (Lifestyle) เป็นรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่เป็นพลวัตมีผลสืบเนื่องมาจากความเชื่อทัศนคติ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมและประเพณีของคนในแต่ละสังคมแล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนในมิติประชากร เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ วิถีชีวิตสามารถบ่งบอกถึงทัศนคติ ค่านิยม และมุมมองของบุคคลจึงมีความหมายในเชิงของอัตตาหรือตัวตน และใช้ในการสร้างสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม ตลอดจนสัญลักษณ์ในมิติอื่นรวมทั้งมิติด้านสุขภาพที่ประกอบกับอัตลักษณ์ของบุคคล (Spaargaren. 2000 : 323-324)

วิถีชีวิตด้านสุขภาพ (Lifestyle in Health) เป็นมิติหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมนั้น วิถีชีวิตด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนมีทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ในปัจจุบันเชื่อว่าวิถีชีวิตด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนเกิดจากวิธีการจัดการด้วยตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมของชุมชนนั้น ๆ เพื่อที่จะทำให้รักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีของคนในชุมชน (Kessler and Alverson. 2013 : 674) และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพอีก เช่น กระแสการพัฒนาที่นำไปสู่ภาวะความทันสมัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตด้านสุขภาพเป็นแบบบริโภคนิยมและวัตถุนิยม บุคคลถูกบั่นทอนหรือละเลยกับการดูแลสุขภาพ อีกทั้งเมื่อโครงสร้างสังคมที่ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยน เช่น การประกอบอาชีพ ความผิดเคืองทางเศรษฐกิจ การแก่งแย่งเอาเปรียบในอาชีพ การงานและรายได้ ทำให้บุคคล เกิดความเครียดส่งผลต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาการติดสารเสพติด อาชญากรรมและการฆ่าตัวตาย เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมตามมา ทั้งนี้ภาวะความเป็นเมืองหรือภาวะความทันสมัยไม่ได้มีผลต่อประชากรในด้านเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อรูปแบบทางสังคมอื่น ๆ ด้วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้านค่านิยม รูปแบบการประกอบอาชีพ และพฤติกรรมการบริโภคในทางลบ ความเร่งรีบ ความเครียดจากการทำงาน ค่านิยมตะวันตก และลักษณะอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรง ต่างเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพ (พรรณปพร สิวโรจน์. 2552 : ออนไลน์)

ครอบครัว เป็นระบย่อยของสังคม เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งเป็นแกนหลักในการดำเนินวิถีชีวิตด้านสุขภาพของบุคคล ปัจจุบันและแนวโน้มของสังคมไทยพบว่าครอบครัวเด็วยาวมากขึ้น ซึ่งภายในครอบครัวเด็วยังพบว่ามีโครงสร้างที่แตกต่างกัน

เช่น มีพ่อหรือแม่คนเดียวเนื่องจาก พ่อ แม่ แยกทางกัน พ่อ แม่ ไม่ได้อยู่กับบุตร เพราะต้องไปทำงาน อีกสถานที่หนึ่งบุตรต้องอยู่กับผู้สูงอายุ พ่อ แม่ ไม่มีเวลาให้บุตรบุตรต้องอยู่กับคนเลี้ยงหรือศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น สภาพเหล่านี้ทำให้กลายเป็นสังคมของความสัมพันธ์ครอบครัวที่ต่างคนต่างอยู่ นำมาซึ่งปัญหา ครอบครัวและกระทบเป็นปัญหาของสังคมในที่สุด (พรรณปพร ลีโรจน์. 2552 : ออนไลน์) ตัวอย่างสำคัญของปัญหาสังคมเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การทำงาน การออกกำลังกาย

วิถีชีวิตการบริโภค เป็นอีกหนึ่งในวิถีชีวิตด้านสุขภาพจากสังคมยุคใหม่ที่ครอบครัวไม่มีเวลาในการประกอบอาหารเอง ประกอบกับการเข้าสู่ระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมภายใต้ระบบทุนนิยม ชนิดตลาดชี้้นำ ทำให้อุตสาหกรรมอาหารสำเร็จรูปและอาหารเร่งด่วนภายใต้กระแสการโฆษณา/ วัฒนธรรมขยายตัวอย่างรวดเร็ว (สมชัย บวรกิตติ, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และกฤษฎา ศรีสำราญ. 2558 : Online) ซึ่งอาหารเหล่านี้มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปเกินความต้องการโดยเฉพาะน้ำตาล รวมทั้งยังมีสารปรุงรสและสารปรุงแต่ง เช่น เกลือ ผงชูรส สี และสารกันบูด เป็นต้น (Ademala and Okunola. : 279) กล่าวถึงอิทธิพลของสื่อโฆษณาที่สามารถกำหนดจิตสำนึกของคนในสังคมหรือ การครอบงำทางวัฒนธรรม (Cultural domination) หรือการครอบงำทางความคิด (Hegemony) ได้ จนกลายเป็นทางเลือกหนึ่งของการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกแทนอาหารทำกินแบบดั้งเดิม การบริโภคนอกจากอาหารที่มีผลทางลบต่อสุขภาพแล้ว สังคมปัจจุบันยังมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ สุรา กาแฟ และชา จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการพักผ่อนในสังคมไทย (Swan. 2000 : 532) วิถีชีวิตการบริโภคดังกล่าวส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ที่เด่นชัด คือ โรคอ้วน และภาวะอ้วนลงพุง (ทัศพร สุตเสนาหา. 2556 : 2) ที่สำคัญคือในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สังคมไทยมีอุบัติการณ์โรคอ้วนในเด็ก เพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก สาเหตุหลักเป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการโฆษณา (สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2554 : 76)

วิถีชีวิตการทำงาน กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้บุคคลหมกมุ่นเรื่องวัตถุและเงิน ขาดการพักผ่อน ที่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลียและเครียด เป็นวิถีชีวิตด้านสุขภาพทางลบที่เกิดจากการละเลยหรือไม่ ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ (อรรชรณ น้อยวัฒน์. 2558 : 2) ประกอบกับระบบการบริหาร ทรัพยากรบุคคลในองค์กรปัจจุบัน ส่วนใหญ่เน้นการควบคุมเพื่อเพิ่มผลผลิตที่เป็นมาตรฐานเดียว ให้รางวัลกับการทำงานตามระเบียบกติกาอย่างเคร่งครัด กระแสการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่นนี้ยิ่ง ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการประสานกิจกรรมระหว่างกัน นำไปสู่การแก่งแย่งชิงดีและการเอาเปรียบ ไม่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่หรือรักสามัคคีต่อกัน ยิ่งนำไปสู่ ปัญหาความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้พฤติกรรมการทำงานแบบนั่งโต๊ะ (Sedentary activities) หรือพนักงานบริษัท (White-collar worker) พบว่ามีมากขึ้นโดยเฉพาะใน เขตเมือง ทำให้บุคคลมีเวลาทำกิจกรรมอย่างอื่นน้อยลงซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ใช้แรง (Physical

activities) จึงพบว่าแนวโน้มของกลุ่มบุคคลวัยทำงานที่อยู่ในเมืองใหญ่มีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด ในวิถีชีวิตการทำงานเช่นนี้ส่งผลให้บุคคลดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากขึ้น เป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น ปัญหาโรคจิต โรคประสาท การฆ่าตัวตาย อาชญากรรม อุบัติเหตุ และปัญหาพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น สำหรับภาพรวมของวิถีชีวิตการทำงานหรือการประกอบอาชีพภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมดั้งเดิมเข้าสู่ระบบทุนนิยม ส่งเสริมให้เกิดการผลิตเพื่อการค้าและให้ได้มาซึ่งกำไรมา ๆ มากกว่าการผลิตแบบยังชีพ การเพาะปลูกเพื่อการค้า ทำให้มีการใช้สารเคมีช่วยในการเร่งการผลิต ทั้งปุ๋ยและสารกำจัดศัตรูพืช ผลลัพธ์ คือ การสะสมสารพิษในผัก ผลไม้และอาหาร เมื่อบริโภคเกิดการสะสมในร่างกายนำไปสู่การเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคมะเร็ง สำหรับเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีพบว่า มีความเสี่ยงซึ่งเป็นภัยมืด โดยตรวจพบสารเคมีในเลือดร้อยละ 54.0 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555 : 96)

วิถีชีวิตการออกกำลังกาย อาจด้วยสภาวะการณ์การทำงาน ที่อยู่อาศัย ความพร้อม การจราจรที่ติดขัดในเมืองใหญ่ ภาระของครอบครัว ความรู้และทัศนคติที่มีต่อการออกกำลังกาย ทำให้บุคคลขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นภาวะเสี่ยงและเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งเต้านม ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้และการออกกำลังกายเป็นมิติหนึ่งของการป้องกันที่สำคัญ (ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. 2556 : 2)

จากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น แบบแผนการเจ็บป่วยและการตายเปลี่ยนแปลงไป ที่เห็นได้ชัดเจน คือ ปัจจัยสุขภาพ ด้านลบ (Health risk factors) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2555 : 10) ทำให้ภาวะทุพโภชนาการจากการขาดอาหารเป็นภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมากขึ้น จากโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทั่วไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งสามารถป้องกันได้เช่นกัน ยกตัวอย่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม เช่น บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่ามาตรฐานซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองตีบและโรคมะเร็ง การบริโภคผักและผลไม้ที่มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน การละเลยบริโภคผักพื้นบ้านที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตและโภชนาการ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดอุดตัน ความดันโลหิตสูงและมะเร็ง การสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหาร การดื่มสุราหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นำมาซึ่งโรคกว่า 60 ชนิดและการเสียชีวิต การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะสาเหตุจากความเครียด ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกินจำเป็น ขาดสมดุลของพลังงานเข้าออก ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดภาวะ

โภชนาการเกินและโรคอ้วน ความอ้วนยังทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง ไตวายเรื้อรัง นิ่วในถุงน้ำดี โรคเก๊าต์ กระดูกและข้อเสื่อม โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคทางเดินหายใจอุดกั้นและภาวะหยุดหายใจขณะหลับ การหลังของฮอริโมน ผิดปกติ รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจด้วย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและเสนอประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดเพื่อป้องกันและแก้ไขเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดจนทำให้เกิดจากการขาดความตระหนักรู้และละเลยถึงพิษภัยความรุนแรงของปัญหาโรค วิถีชีวิต ตลอดจนความรู้และแนวทางในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้องจากภัยคุกคามสุขภาพทั้งในกลุ่มคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ภายใต้นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ที่ขาดความเป็นเอกภาพ ที่ไม่สนับสนุน บัณฑิตและไม่หนุนเสริมการป้องกันเปลี่ยนค่านิยม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหาความเสี่ยงและกลุ่มป่วยยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการและขาดการวางระบบงาน การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วยยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีศักยภาพอย่างเพียงพอ ลักษณะการดูแลรักษาพยาบาลยังเน้นตั้งรับและขาดการบูรณาการเป็นองค์รวม ตลอดจนมีข้อจำกัดของศักยภาพในการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ต้องดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งการดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชนจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้ไม่มาก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัวและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการลดความเสี่ยง ลดโรคและจัดการโรคได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังพบว่าการบริหารจัดการความรู้ยังขาดประสิทธิภาพเนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ค่อนข้างกระจัดกระจาย เฉพาะจุด เฉพาะพื้นที่ ขาดการรวบรวม การสังเคราะห์เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนา การบริหารจัดการแผนงาน โครงการ ระบบงาน การบริหารทรัพยากร การพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการติดตามประเมินผลที่ลดความซ้ำซ้อน มีความเชื่อมโยงในภาพรวมแบบบูรณาการครบวงจรที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 1-2) ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน จะต้องใช้วิถีชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชนเป็นฐานคิดของการพัฒนา เพราะวิถีชีวิตสุขภาพเป็นทั้งตัวป้อน กระบวนการ และผลลัพธ์ ที่สะท้อนปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนที่ประกอบไปด้วยกลุ่มคนวัยต่าง ๆ ที่มีสุขภาพหลากหลายอย่างเป็นพลวัตจนกลายเป็นพัฒนาการของชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

วิถีชีวิตด้านสุขภาพ เกิดจากพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากทั้งภายในบุคคลและการแสดงออกที่เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและจัดการกับสุขภาพของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายอย่าง สอดคล้องกับโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) (Jewkes, Sen and Garcia-Marco. 2002 อ้างถึงใน WHO. 2010 : 18) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมถูกกำหนดโดยพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์การ ชุมชน และนโยบายสาธารณะ รวมทั้งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal causation) ระหว่างบุคคลภายใต้สภาพแวดล้อม พฤติกรรมจึงถูกกำหนดและเป็นตัวกำหนดสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมด้วย กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter. 2005 : 125) อธิบายแนวคิดในการทำงานเดียวกันว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยอย่างน้อย 3 กลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องนั้น รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ความพร้อมของการบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ กฎ ระเบียบและกฎหมายที่ชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติตาม เป็นต้น และกลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือ กลุ่มปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการปฏิบัติ ซึ่งอาจสนับสนุนจูงใจให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เช่น คำชมเชยจากเพื่อน จากแพทย์ การลอกเลียนหรือปฏิบัติตามแบบอย่าง เป็นต้น

ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่โดยรอบของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งในบทบาทฐานะคณะวิชาด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ ควรมีการให้บริการวิชาการด้านสุขภาพโดยตรงในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อเป้าหมายตอบสนองความต้องการการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้ชุมชนเข้าใจและภาคภูมิใจในวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของตน ในบริบทของตำบลบางโหลงนั้น มีการเปลี่ยนผ่านจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมืองหรือกึ่งเมืองอย่างรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยลักษณะทางกายภาพตำบลบางโหลงเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีประชากรหนาแน่น ประชากรแฝงมาก มีโรงงานอุตสาหกรรมมากเกือบ 150 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ค้าขาย และทำเกษตร พื้นที่ส่วนมากได้กลายเป็นพื้นที่มีแต่สิ่งก่อสร้างขนาดใหญ่ เช่น โรงงานอุตสาหกรรม หมู่บ้าน และอาคารพาณิชย์ต่าง ๆ เป็นต้น ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางโหลง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพาณิชย์กรรม ทั้งด้านการค้าปลีกและค้าส่ง โดยมีสถานประกอบการธุรกิจการค้า จำนวนเกือบ 500 ราย มีสถานที่จำหน่ายอาหารและสะสมอาหารมากกว่า 200 ราย และที่สำคัญมีกิจการค้าที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพเกือบ 300 ราย

ภาวะของการเจ็บป่วยที่พบ จากข้อมูลของโรงพยาบาลเซ็นทรัลปาร์ค ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพทุกระดับของการจัดบริการ พบว่า ประเภทของการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรก ได้แก่ โรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบไหลเวียนเลือด โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรกระบบกล้ามเนื้อ และโรคติดเชื้อและปรสิต ส่วนประเภทของการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้ และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง. 2011 : 22) ซึ่งจากสภาพสังคม เศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตทั่วไปและวิถีชีวิตสุขภาพทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลจากปัจจัยทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน โดยปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย โครงสร้าง หน้าที่และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ปัจจัยกลุ่มคน ประกอบด้วย โครงสร้าง หน้าที่และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม และปัจจัยชุมชน ประกอบด้วย โครงสร้าง หน้าที่และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

จากสภาพการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาและสภาวะแวดล้อมของตำบลบางโฉลงที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ควรให้ความร่วมมือในการดูแลและพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษา ทำความเข้าใจวิถีชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบางโฉลงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชนก่อนที่จะนำไปสู่วิถีปฏิบัติเพื่อพัฒนาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองและการฟื้นฟูสภาพต่อไป โดยมีแนวคิดว่าการศึกษาวถีชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากปัจจัย 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของกรีนและคูเตอร์ (Green and Kreuter. 2005 : 125) ในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ซึ่งเชื่อว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลหลักที่สำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลบางโฉลงให้มีความยั่งยืนได้

1.2 คำถามของการวิจัย

ประชาชนในตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีวิถีชีวิตด้านสุขภาพในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนเองและการฟื้นฟูสภาพอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพในมิติดังกล่าว และประชาชนเหล่านั้นมีความคิดเห็นอย่างไรในการที่จะทำให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนมีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. วิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
3. ความคิดเห็นของประชาชนตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ในการที่จะทำให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพมีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

1.4 สมมุติฐานการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดสมมุติฐานไว้ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
3. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร เป็นประชาชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อาศัยประจำในตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยนับย้อนหลังจากวันที่ศึกษา และผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล
2. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ วิถีชีวิตด้านสุขภาพ ใน 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเอง และการฟื้นฟูสภาพในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. วิถีชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา (จิตวิญญาณ) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนในตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีผลต่อสืบเนื่องมาจากความเชื่อ ทศนคติ ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ประเมินจากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วย

- การบริโภคอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การพักผ่อน
- การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และ
- การจัดการความเครียด

1.2 การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อขจัดหรือยับยั้งพัฒนาการของการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของร่างกายที่มีความผิดปกติและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ และไม่คาดหวังทั้งที่เกิดในบ้านและเกิดนอกบ้าน

1.3 การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงถึงความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและชีวิต ประกอบด้วย

- การจัดการด้วยตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย
- การใช้บริการในสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น
- การใช้ยา และ
- การดูแลสุขภาพทางเลือก

1.4 การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อการฟื้นฟู แก้อาการความบกพร่อง / พิกการให้กลับคืนสู่สภาพเดิมมากที่สุด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง เหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ประชาชนตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

2.1 ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยในตัวของผู้บุคคลที่มีต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความรู้และเจตคติในการปฏิบัติด้านสุขภาพ

2.2 ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เอื้อให้ผู้บุคคลเกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสะดวกในการปฏิบัติ และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ

2.3 ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่บุคคลได้รับเนื่องมาจากการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทำให้เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การชมเชยและการได้รับการยอมรับเป็นแบบอย่าง

3. ความคิดเห็น หมายถึง ความคิดเห็นของบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ ในองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเอกชนในตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพและแนวทางในการที่จะทำให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และประชาชน ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จะนำข้อมูลที่สำรวจได้มาเป็นแนวทางในการร่วมกันพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพให้มีความยั่งยืนตามความต้องการ โดยความร่วมมือกับบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในตำบลบางโฉลงทุกฝ่าย ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) และโรงพยาบาลเอกชนในตำบล รวมทั้งนำข้อมูลมาพิจารณาเพื่อดำเนินการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

2.1.1 ความหมายของวิถีชีวิตและวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

2.1.2 สุขภาพชุมชน

2.1.3 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1.4 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

2.1.5 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง

2.1.6 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติการฟื้นฟูสภาพ

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

2.2.1 ปัจจัยระดับบุคคล

2.2.2 ปัจจัยระดับครอบครัว

2.2.3 ปัจจัยระดับกลุ่มคนและชุมชน

2.3 แนวคิดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดทางวิทยาการระบาด

2.3.2 แนวคิดทางสังคมและพฤติกรรม

2.3.3 โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model)

2.3.4 แนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter)

2.4 บริบทของตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

2.1.1 ความหมายของวิถีชีวิตและวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

1) วิถีชีวิต (Lifestyle or Style of Life)

องค์การอนามัยโลก (WHO, Health Education Unit. 1986 : 118) ให้ความหมายของวิถีชีวิต ว่าหมายถึง แบบแผนของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเป็นไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความสามารถในการเลือกแสดงพฤติกรรมนั้น

สารานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary. 1994 : 781) ให้ความหมายว่าวิถีชีวิต หมายถึง การดำเนินชีวิตโดยภาพรวมของบุคคลซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะและค่านิยมของบุคคลนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2541 : 21) กล่าวว่าวิถีชีวิตเป็นผลจากรูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นนิสัยและส่งผลให้เกิดสภาวะสุขภาพ ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลที่เป็นปัญหาสุขภาพหรือ เสี่ยงต่อการเป็นปัญหาสุขภาพ / โรค เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมและสภาวะสุขภาพเป็นความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนมาก ทั้งนี้ วิถีชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขและกาลเวลาเมื่อมีการประดิษฐ์หรือค้นพบสิ่งใหม่ วิธีใหม่ที่ไขแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการได้ดีกว่า ซึ่งอาจทำให้สมาชิกของสังคมเกิดความนิยมและในที่สุดอาจเลิกใช้วิถีชีวิตเดิม การจะรักษาวิถีชีวิตเดิมไว้จึงต้องปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาวัฒนธรรมนั้นให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพตามยุคสมัย

สรุปความหมายของวิถีชีวิต คือ การดำเนินชีวิตของบุคคลที่แสดงออกถึงแบบแผนการ แสดงพฤติกรรมซึ่งสะท้อนถึงลักษณะและค่านิยมของบุคคลนั้น

2) วิถีชีวิตด้านสุขภาพ (Lifestyle in Health)

เนตรดาว ธงชิง, หรรษา เศรษฐบุปผา และยิ่งพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ (2544 : 111) อธิบายว่า วิถีชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย มิติวิถีชีวิตด้านสุขภาพชุมชน กลุ่มคน ครอบครัวและบุคคล โดยชุมชนเป็นผู้ให้บริการแบบมีส่วนร่วม กล่าวคือ ค้นหาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น องค์กรชุมชน ผู้นำอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครด้านสุขภาพ เป็นต้น มิติวิถีชีวิตด้านสุขภาพชุมชนมีทั้งสุขภาพดี (Positive Behavior) และการเจ็บป่วย (Negative Behavior) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยน เปลี่ยนแปลง และป้องกันได้ มิติสุขภาพกลุ่มคน ครอบครัวและบุคคล เป็นมิติของความรู้สึกที่มีต่อตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย และมีมติความต่อเนื่องของสุขภาพดีและเจ็บป่วยตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย

สารานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary. 1994 : 781) ให้ความหมายวิถีชีวิตด้านสุขภาพว่า เป็นแบบแผนของการแสดงพฤติกรรมของคนทางด้านสุขภาพ นับตั้งแต่วิถีกิน วิถีอยู่ วิถีแต่งกาย วิถีทำงาน วิถีพักผ่อน วิถีแสดงอารมณ์ วิถีสื่อความ วิถีจราจรและขนส่ง วิถีอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะ วิถีแสดงความสุขทางใจและหลักเกณฑ์การดำเนินชีวิต โดยแนวทางการแสดงออกถึงวิถีชีวิตด้านสุขภาพนั้นอาจเริ่มมาจากบุคคล หรือคณะบุคคลทำเป็นตัวแบบ จากนั้นคนส่วนใหญ่ปฏิบัติสืบทอดกันมาโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ทำให้คนใน

ชุมชนเกิดความสัมพันธ์อย่างมีความหมายหรือสัมพันธ์กันแบบใช้เหตุผล หรือความรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม องค์กรหรือชุมชน

สรุป วิถีชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยวิถีชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลสามารถเป็นต้นแบบของการดำเนินวิถีชีวิตด้านสุขภาพของครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้

ดังนั้น การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน จำเป็นต้องมีความเข้าใจความเชื่อมโยง “สุขภาพชุมชน” ซึ่งมีความสัมพันธ์กับชุมชน กลุ่มคน ครอบครัวและบุคคลก่อน จากนั้นจึงศึกษาถึงรายละเอียดของวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนใน 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ

2.1.2 สุขภาพชุมชน

1) ความหมายของสุขภาพชุมชน (Community Health)

สุขภาพของชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนโดยมองชุมชนเชิงกายภาพมากกว่าที่จะมองการมีลักษณะร่วมของคนในชุมชนเพื่อให้สามารถระบุขอบเขตหรือกำหนดพื้นที่ของชุมชนที่ชัดเจนและสามารถค้นหาภาวะสุขภาพที่ต้องการได้ (Allender and Spradley. 2001 : 3)

ขนิษฐา นันทบุตร (2546 : 10-16) ให้ความเห็นว่าภาวะสุขภาพของคนกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในชุมชนส่งผลเป็นภาพรวมของสุขภาพชุมชน การแก้ไขปัญหาและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มย่อย ๆ นั้นถือเป็นการแก้ปัญหาและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนโดยรวม และโดยทั่วไปแล้วในแต่ละชุมชนจะประกอบด้วยคนตามสภาวะสุขภาพ ได้แก่ คนที่มีสุขภาพแข็งแรง คนที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและโรค คนที่ป่วยเรื้อรังและคนที่อยู่ในสภาวะที่ต้องฟื้นฟูสุขภาพ หากแบ่งกลุ่มคนตามวัยจะเป็นกลุ่มคนที่มีความต้องการด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่เป็นไปตามแต่ละวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ สุขภาพชุมชน ไม่แตกต่างจากสุขภาพของบุคคลหรือครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมและกิจกรรมของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อสุขภาพอย่างเป็นพลวัตและสะท้อนสุขภาพชุมชนด้วย สุขภาพชุมชนได้รับความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบันในฐานะที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลมากต่อคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ เป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลในชุมชน ปฏิสัมพันธ์และการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมนั้น ๆ สุขภาพชุมชนจึงเป็นการมองสุขภาพของทุกคนหรือประชากรโดยรวม (Population) โดยมุ่งที่จะส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของทุกคน ครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในชุมชนทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การสื่อสาร การคมนาคม การเมือง การบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสันตนาการ

สรุปสุขภาพของชุมชน หมายถึง สุขภาวะโดยรวมของประชากรที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในชุมชนทั้งหมด

2) เป้าหมายของสุขภาพชุมชน

สุขภาพชุมชน มีเป้าหมายเพื่อที่จะสร้างความรู้สึกละดีหรือเป็นสุข / มีความสุข หรือที่เรียกกันว่าคุณภาพชีวิต (Quality Of Life : QOL) ให้คนในชุมชนเกิดความสัมพันธ์กันใช้แบบ เหตุผล มีความรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม องค์กรหรือชุมชน ซึ่งหากบุคคลในชุมชนขาดความรู้สึกล เช่นนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมจะลดลงและส่งผลให้สุขภาพชุมชนเสียไปด้วย ดังนั้น จิตสำนึกของคนใน ชุมชนที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้กำหนดสุขภาพจึงเป็นรากฐานสำคัญและเป็นดัชนีบ่งชี้ระดับของ สุขภาพชุมชนได้ดีกว่าการมองเฉพาะการเจ็บป่วยและการตายเท่านั้น

จากความหมายของสุขภาพชุมชน ที่มองว่าสุขภาพชุมชนเป็นสภาวะโดยรวมของ ประชากรในชุมชน สุขภาพชุมชน จึงประกอบด้วยสุขภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ดังนั้น เป้าหมายของสุขภาพชุมชน จึงเป็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการของคนส่วนใหญ่ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งจะต้องค้นหาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นองค์กร ชุมชน แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ผู้นำอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัคร ด้านสุขภาพ เป็นต้น แล้วโน้มน้าวให้ทุกฝ่ายประสานร่วมมือกันระบุหรือจำแนกความต้องการหรือ ความจำเป็นด้านสุขภาพของตนเองเพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีของชุมชน (Optimal Healthy Community)

3) ขอบเขตของสุขภาพชุมชน

จากนิยามของสุขภาพ ที่มีความเป็นนามธรรมทำให้สามารถแยกแยะขอบเขตของ สุขภาพชุมชนออกเป็นมิติต่าง ๆ ได้ เช่น มิติของการเจ็บป่วย มิติของระดับสุขภาพแบ่งเป็นระดับ บุคคล ครอบครัวและชุมชน มิติของความรู้สึกละดีที่มีต่อตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของ อวัยวะของร่างกาย และมิติความต่อเนื่องของสุขภาพดีและเจ็บป่วยตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย เป็นต้น (Allender and Spradley. 2001 : 2 – 4)

4) ปัญหาสุขภาพชุมชน

ปัญหาสุขภาพชุมชน หมายถึง สภาวะสุขภาพหรือโรคใดก็ตามที่ทำให้บุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในชุมชน ป่วย ตาย พิการ จะด้วยทางกายหรือทางใจ โดยทางตรงหรือทางอ้อม ปัญหาสุขภาพชุมชนอาจเป็นเรื่องที่คนในชุมชนกำลังประสบ เป็นเรื่องของอนาคตที่ยังไม่เกิด แต่หาก ไม่จัดการสิ่งใดก็จะเกิดปัญหา เป็นเรื่องของการเบี่ยงเบน มี “ท่าที” มี “แนวโน้มน” ที่จะเกิดหรือเป็น สิ่งที่ไม่แน่นอนไม่ตรงกับสิ่งที่บุคลากรสุขภาพต้องการให้เกิดขึ้น ปัญหาสุขภาพของชุมชนจึงต้องได้มา จากการวินิจฉัยโดยบุคลากรสุขภาพ ณ เวลานั้น ๆ เพราะสุขภาพชุมชนเป็นพลวัตเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ

(1) การเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของโรคหรือปัญหาสุขภาพ เมื่อโรคติดเชื้ อเฉียบพลันต่าง ๆ สามารถควบคุมได้ โรคเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมนของร่างกายเข้ามาแทนที่ ระยะเวลากการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคที่เกิดฉับพลันกลายเป็นการดำเนินโรคนานและค่อยเป็น

ค่อยไป ปรากฏอาการอย่างช้า ๆ ใช้เวลาเป็นปีหรือหลายปีกว่าจะปรากฏโรค อัตราอุบัติการณ์ต่ำใน ขณะที่ความชุกสูง เกิดกับประชากรสูงอายุมากกว่ากลุ่มเด็ก โรคเหล่านี้ซับซ้อนและมีปัจจัยหลายระดับเข้ามาเกี่ยวข้อง การเกิดโรคแต่ละครั้งจะมีรายละเอียดแตกต่างกันไปแม้เป็นโรคเดียวกันแต่ ปัจจัยขององค์ประกอบอาจไม่เหมือนเดิม มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ตลอดจนมีปัจจัยทางสังคมเข้ามาเป็นตัวกำหนดสำคัญในสาเหตุโรค การรักษาและการป้องกัน เพราะปัจจัยสาเหตุของโรคติดเชื้อมีหลาย ลักษณะถูกแทนที่ด้วยกระบวนการทางสังคมจิตวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของคน ความเครียด เป็นต้น ส่งผลให้ต้องใช้การดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน

(2) การเปลี่ยนแปลงสังคม สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงด้านอุตสาหกรรมและ เกษตรกรรมตลอดจนเทคโนโลยีที่อำนวยความสะดวกสบายให้กับชีวิตก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยรวม เช่น มลภาวะจากสิ่งแวดล้อม ปฏิกริยาเรือนกระจก อันตรายจากสีผสมอาหาร เป็นต้น ความเครียดใน ชีวิตสมัยใหม่และความล้มเหลวของระบบสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวยังเพิ่มความเครียดและ อัตราความชุกของโรคจิต โรคประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง ยาเสพติดและปัญหาสังคมต่าง ๆ การเพิ่ม จำนวนของผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาของการดูแลระยะยาวทั้งโดยครอบครัวและสถานบริการสุขภาพ

(3) การเปลี่ยนแปลงในเวชปฏิบัติและการสาธารณสุข ความซับซ้อนทางเวชปฏิบัติ เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์ทำให้เกิดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพิ่มขึ้น ในขณะที่เวชปฏิบัติ ทั่วไปลดจำนวนลง ซึ่งสร้างปัญหาการบูรณาการสุขภาพและการดูแลรักษาต่อเนื่อง ค่ารักษา พยาบาล ที่สูงขึ้นผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน สภาพและบทบาท ของโรงพยาบาลเน้นการรับผิดชอบสุขภาพชุมชนแบบองค์รวมมากขึ้น การรักษาพยาบาลขยายความ รับผิดชอบไปสู่ชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการและความเพียงพอของการบริการ บุคลากร สุขภาพระดับล่างมีบทบาทมากขึ้นในงานสาธารณสุข มูลค่า การผลิตบุคลากรสุขภาพสูงขึ้น ขณะเดียวกันความต้องการเพิ่มอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรมีมากขึ้น

(4) การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติสาธารณสุข การป้องกันโรคได้เน้นเป็นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตแทนการควบคุมภาวะแวดล้อมหรือการให้ภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งจำเป็น จะต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคคล ธรรมเนียมการปฏิบัติของกลุ่ม เข้าใจความแตกต่าง ทางวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มย่อยในประชากร ความสนใจของประชาชนที่จะปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ซึ่งจะมีความสำคัญมากกว่าการบังคับด้วยกฎหมาย มาตรการทางสุขภาพีบาลจะมีผลต่อความเป็นระเบียบ มากกว่าเพื่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ประชาชนจะปฏิบัติตามและรักษาระเบียบตามพื้นฐานความเข้าใจ จากระดับการศึกษาและรสนิยมมากกว่าเรื่องสุขภาพ งานสาธารณสุขลดการสร้างบริการหรือให้บริการ มี การจูงใจให้ประชาชนใช้บริการที่จัดให้ ไม่ใช่การรอที่สถานบริการแต่จะรุกไปหาประชาชนมากขึ้น

(5) การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมประชาชน ประชาชนมองเห็นและตระหนักว่าสุขภาพและความสุขเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน จะไม่ยอมรับการตายก่อนวัยอันควรหรือการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพไม่ดีว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาหรือบุญกรรม แต่จะมองว่าบริการสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐจัดให้ ประชาชนมีบทบาทมากขึ้นในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพ กำหนดงบประมาณและจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพ การทำประชาพิจารณ์ด้านสุขภาพมีความสำคัญเท่า ๆ กับประเด็นเรื่องเศรษฐกิจ การเมือง รวมทั้งประชาชนให้ความสนใจสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ประเด็นทางสุขภาพจะกลายเป็นอุตสาหกรรมสุขภาพ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ ยาบำรุงสุขภาพ เป็นต้น

5) แนวโน้มและรูปแบบของปัญหาสุขภาพชุมชน จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย การตาย และความพิการที่ก่อให้เกิดภาระทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและกลายเป็นปัญหาของสุขภาพชุมชนในภาพรวม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงาน การให้บริการสุขภาพและบทบาท หน้าที่ของบุคลากรสุขภาพโดยตรง และสามารถกำหนดเป็นแนวโน้มและรูปแบบของปัญหาสุขภาพได้ ดังนี้ (Allender and Spradley. 2001 : 416-417 ; Hitchcock et al. 2003 : 51-62)

(1) การเกิดและการระบาดใหม่ของโรคติดเชื้อ

การระบาดใหม่ของโรคติดเชื้อปรากฏขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลต่ออัตราการตายและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั้งในระดับสากล ประเทศและชุมชน สาเหตุหนึ่งเกิดจากการคมนาคมที่สะดวกและนำโรคเหล่านี้ระบาดไปยังที่ต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันเชื้อโรคก็เพิ่มมากขึ้น ประชากรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขณะที่พฤติกรรมบุคคลมีความซับซ้อนมากขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเจริญและความทันสมัย เหล่านี้ทำให้การควบคุมโรคยากลำบาก โรคติดเชื้อที่เห็นเป็นปัญหาในปัจจุบันอย่างชัดเจน ได้แก่ วัณโรค เอชส์และมาเลเรีย เอชส์มีแนวโน้มที่จะระบาดกับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้ที่มีฐานะยากจน คนเร่ร่อน สตรี เด็ก ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ที่เข้าไม่ถึงหรือปฏิเสธที่จะใช้บริการสุขภาพ และผู้ที่เป็นเอชส์มีอายุลดลง ส่วนมาเลเรียจะพบในชุมชนฐานะยากจน เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ กลุ่มเด็ก โรคติดมากับผู้ย้ายถิ่น แรงงานต่างด้าว การเปลี่ยนแปลงของบรรยากาศและสภาพแวดล้อม การดื้อยาของเชื้อโรค เป็นต้น

(2) การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

การบาดเจ็บและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ สารพิษ จมน้ำ พลัดตกหกล้ม ไฟไหม้บ้านเรือนและจากอาวุธ เป็นต้น ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขรายงานอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุสูงขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 2 รองจากมะเร็งทุกชนิด และจากสถิติสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

จรรยาสูงชันทุกปีเช่นกัน สถิติของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าคนไทยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจรรยา มากขึ้น โดยผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว และกว่าครึ่งของผู้ประสบเหตุมีสาเหตุจากเมา แล้วขับแทบทั้งสิ้น ซึ่งพาหนะที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ และประเทศไทย ต้องสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุกว่าปีละแสนล้านบาท

(3) โรคเรื้อรังและความพิการ

การเจ็บป่วยและการตายจากโรคเรื้อรังได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งตับและมะเร็งปอด สำหรับความพิการพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน สาเหตุสำคัญ คือ พิกการจากอุบัติเหตุ ดังได้กล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรังและความพิการนี้สัมพันธ์ใกล้ชิดกับพฤติกรรมของบุคคลที่สัมผัส กับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งนี้สาเหตุหลัก ได้แก่ บุหรี่ ความอ้วน แอลกอฮอล์ และสุขภาพจิต

(4) ปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตนำมาซึ่งความพิการ ที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความ ผิดปกติทางจิตประสาท Schizophrenia ภาวะปัญญาอ่อน ลมชักและ Dementia ซึ่งมีแนวโน้มสูง มากขึ้นในผู้สูงอายุและเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มที่มีฐานะ ยากจน การศึกษาต่ำ ว่างาน เป็นโสดและไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น เนื่องจากถูกละเลยหรือถูก ตีตราจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาความผิดปกติทางจิตในช่วงวิกฤติ ของชีวิต ส่วนในเด็กก็มักพบความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ เช่น Autism, Attention – Deficit Disorder, ซึมเศร้า เป็นต้น จากรายงานสุขภาพคนไทย (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ. 2551 : Online) พบว่าการเป็นโรคซึมเศร้าและแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงเป็นปัญหาอันดับ 4 จาก 10 อันดับ สถานการณ์เด่นทางสุขภาพในไทย

(5) การใช้ความรุนแรง

การใช้ความรุนแรง รวมความถึงการใช้กำลังกายหรือใช้อำนาจต่อสู้กับบุคคล อื่น ทำร้ายตัวเอง ต่อสู้กับกลุ่มหรือชุมชนแล้วนำมาหรืออาจนำมาซึ่งการบาดเจ็บ ความตายหรือการ พลาดพรากและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอาจเป็นการบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตใจก็ได้ ความรุนแรงยัง รวมถึงการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การล่วงละเมิดเด็กและ ผู้สูงอายุและการข่มขืน เหล่านี้นำมาซึ่งการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2549 พบเด็กและผู้หญิงถูกกระทำรุนแรง 2,929 ราย โดยพฤติกรรมที่ถูกกระทำสูงสุด 4 อันดับแรก คือ ทำร้าย ร่างกาย ถูกข่มขืน ทำอนาจารและพรากผู้เยาว์ โดยรูปแบบการใช้ความรุนแรงแบ่งเป็น 6 ประเภท คือ การฆ่ากัน การฆ่าตัวตาย การทำร้ายกัน เด็กทารกถูกทิ้ง การละเมิดทางเพศคนในครอบครัว และ

ความรุนแรงอื่น ๆ สาเหตุของการกระทำรุนแรงมากที่สุดเกิดจากเมาสุรา ติดสารเสพติด การนอกใจ/ หึงหวง ถูกล่อลวง จากปัญหาเศรษฐกิจ และจากสื่อลามกตามลำดับ (อังคณา ช่วยคำชู. 2555 : 4)

6) วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

จากความหมายของวิถีชีวิต วิถีชีวิตด้านสุขภาพ และสุขภาพชุมชน ทำให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของบุคคลที่มีแบบแผนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยทั่วไปและการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะด้านสุขภาพ ที่เกิดจากระดับบุคคลแล้วขยายเป็นต้นแบบสู่ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ทั้งนี้วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน แบ่งออกเป็น 4 มิติ ตามบริการสาธารณสุขในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2558 : 2) คือ มิติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มิติด้านการป้องกันโรค มิติด้านการรักษาพยาบาล และมิติด้านการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.3 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ

1) ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO. 2009 : 2) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในชุมชนให้สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และเป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนในชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการหรือความปรารถนาของตนและสามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้พึงประสงค์หรือสามารถหรือเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

2) เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายหลายมิติ (จรรยาวัตร คมพัยค์ซ์. 2553 : 14) ประกอบด้วย

(1) มิติการพัฒนาสุขภาพ (Health Enhancement) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

(1.1) ตามปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) เช่น การสูบบุหรี่ การเสพสุรา การไม่ออกกำลังกาย และการมีพฤติกรรมความไม่ปลอดภัย เป็นต้น

(1.2) ตามการเกิดโรค เช่น ปัญหาโรคหลอดเลือดและหัวใจ ปัญหาสุขภาพจิต

(2) มิติกลุ่มเป้าหมาย (Population Group) เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้พิการ

(3) มิติพื้นที่เป้าหมาย (Key Setting) ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน โรงพยาบาล สถานประกอบการ และชุมชน

(4) มิติกลยุทธ์ (Strategies) เป็นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education) ให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน (Public Health Information) การตลาด

เชิงสังคม (Society Marketing) การสร้างกระแสสังคมเพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบาย (Civil Society) การรวมตัวกันเป็นองค์กรเพื่อเคลื่อนไหวทางสังคมและการสร้างเครือข่าย (Coalition Building & Networking) การพัฒนาชุมชน (Community Development) การมีสถานบริการที่มีกิจกรรมการป้องกันโรค (Prevention Health Service) การพัฒนานโยบายสาธารณะ (Public Policy Development) การออกกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ (Legislation & Regulation) การใช้ นโยบายการเงิน การคลัง (Financial Policy) เป็นต้น

โดยสรุปการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมความพยายามของบุคคลในชุมชนให้ปรับปรุงภาวะสุขภาพโดยทั่วไปให้ดีขึ้น สมบูรณ์แข็งแรงขึ้น หรือช่วยให้ลักษณะโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของบุคคลในชุมชนดีขึ้น วิธีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความรู้และ ศักยภาพของคนในชุมชนที่จะทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้นได้เพียงใด นั่นคือต้องอาศัยกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล ทั้งนี้เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพต้องพิจารณาในแต่ละมิติที่ ต้องการดำเนินการ

3) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

วิธีชีวิตด้านสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน มีลักษณะเป็นลูกโซ่จากระดับบุคคลสู่ สังคม พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สืบเนื่องเป็นวิธีชีวิต ซึ่งหากประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจะ เกิดผลดีอย่างมากมายต่อชุมชน ยกตัวอย่างเช่น

- (1) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อสุขภาพของลูกทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- (2) การบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง ซึ่งมีความหมายรวมถึงตั้งแต่อาหาร เครื่องดื่ม สุรา สาร เสพติดจะสามารถหลีกเลี่ยงปัญหาการเจ็บป่วย เช่น การขาดสารอาหาร ภาวะอ้วน การติดสุราหรือ สารเสพติด
- (3) การได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคในโรคที่สามารถป้องกันได้ จะช่วยป้องกันโรค ต่าง ๆ เช่น โปลิโอ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด ไวรัสตับอักเสบ
- (4) การไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ช่วยลดปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อเชื้อจากแม่สู่ลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (5) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ เช่น การขับรถเร็ว การไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การไม่สวมใส่ถุงมือ แวนดา รองเท้า ในการปฏิบัติงาน ที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บอวัยวะนั้น ๆ
- (6) การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ช่วยลดการเจ็บป่วยในระบบหลอดเลือดและ หัวใจ ระบบทางเดินหายใจและสุขภาพจิต

(7) การมีทัศนสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การแปรงฟันถูกวิธี การไม่ขบเคี้ยวอาหารเหนียวหรือหวานเกินไป ช่วยป้องกันฟันผุ เหงือกอักเสบ เสียฟันก่อนวัยอันควร ลดผลต่อการทำงานของระบบย่อยอาหาร สุขภาพจิต

(8) การจัดการความเครียด เพื่อป้องกันโรคประสาท โรคจิต การฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น

(9) การสร้างเสริมสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน จะส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดี

4) กลยุทธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

วิถีชีวิตด้านสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนในแต่ละสังคมหรือประเทศแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมเศรษฐกิจและความสามารถในการเลือกแสดงพฤติกรรม ซึ่งในการประชุมนานาชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกครั้งแรก พ.ศ. 2529 ได้ประกาศ “กฎบัตรออกตาวา” กำหนดเชิงนโยบายใช้การสาธารณสุขแนวใหม่ (Health Promotion : The move toward A New Public Health) เป็นกลวิธีส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองและกำหนดกลยุทธ์สำคัญ 5 ประการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และให้นานาประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติตามความเหมาะสมกับประเทศของตน คือ

(1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a Healthy Public Policy) คือ ต้องกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพที่ชัดเจนในทุกระดับของนโยบายทั้งในระดับประเทศ ท้องถิ่น และชุมชน สุขภาพของประชาชนถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและการลงทุนทางสังคมโดยรัฐบาลต้องสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความเป็นธรรมแก่สังคม คือ การให้ประชาชนมั่นใจว่าสามารถเข้าถึงการบริการที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี และเกิดความพึงพอใจ

(2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี (Create Supportive Environment) กำหนดและพัฒนาระบบนิเวศที่ส่งผลต่อสุขภาพ เนื่องจากมนุษย์และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันเป็นระบบสังคมมนุษย์จึงจำเป็นต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยถือว่าเป็นภารกิจร่วมกันในการอนุรักษ์ทรัพยากรของโลก ประเทศและชุมชน เพื่อการสร้างบรรยากาศที่ปราศจากมลภาวะต่าง ๆ ตั้งแต่ในบ้าน ที่ทำงาน สถานที่ราชการ และสถานที่สาธารณะทุกแห่ง

(3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การดำเนินงานจะต้องอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการเพื่อบรรลุภาวะสุขภาพที่ดี สิ่งที่เป็นหัวใจของกระบวนการดังกล่าว คือ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน (Empowerment of Community) ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และให้การสนับสนุนชุมชนในการกำหนดทิศทางและการสร้างประชาสังคม

(4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและการเสริมทักษะในการดำเนินชีวิต เป็นการเพิ่มทางเลือกแก่บุคคลในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมให้ประชาชนเรียนรู้และเตรียมพร้อมการดำเนินชีวิตในวัยต่าง ๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุไม่ว่าจะเป็นในบ้าน ที่ทำงาน โรงเรียนและชุมชน

(5) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) ภาวะหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุขถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานของรัฐที่จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน

จากกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกาฬ (สุรเกียรติ์ อชานานุกาฬ. 2541 : 11-31) ได้ขยายรายละเอียดกลยุทธ์ 5 ประการ ให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ดำเนินการ กลยุทธ์ที่ใช้ดำเนินการและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นประกอบด้วย มิติที่ 1 สถานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย ครอบครัว โรงเรียน สถานประกอบการ ชุมชน เมือง กีฬาและวัฒนธรรม มิติที่ 2 การสร้างเสริม สุขภาพ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด พฤติกรรมความปลอดภัย การตรวจคัดกรอง มิติที่ 3 กลยุทธ์ที่ได้ดำเนินการ คือ การสอน สุขภาพ/การให้ข่าวด้านสุขภาพการตลาดเชิงสังคม การสร้างกระแสสังคม การรวมตัวทางสังคมและการสร้างเครือข่าย การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง การบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค นโยบายสาธารณะกฎระเบียบและกฎหมายนโยบายการเงินการคลัง และมิติที่ 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น – เยาวชน บุรุษ สตรี ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ

5) การเสริมสร้างสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

การสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละประเทศ ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิถีชีวิตด้านสุขภาพ (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์. 2553 : 15-20) ได้รวบรวมไว้ดังนี้

(1) ประเทศสหรัฐอเมริกาดำเนินกลยุทธ์การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care/ Self-help) โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม (Citizen Participation) การใช้การศึกษา (Health Education) เป็นเครื่องมือสำคัญมีการใช้กฎหมายสาธารณะ (Public Law 94 – 317) ดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสารสนเทศ ทางสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ (Health Information and Health Promotion Act) จัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบต่อหน่วยงานเอกชน จัดโครงการ/กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนหลักสูตรด้านสุขภาพ มีกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในชุมชนจากทุนมูลนิธิต่าง ๆ รัฐบาลกลางจัดตั้งศูนย์ป้องกันโรคเรื้อรังและการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย เป็นต้น

(2) ประเทศแคนาดา ถือเป็นประเทศผู้นำของโลกทางด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเห็นว่าสุขภาพเป็นผลรวมจากส่วนประกอบของวิถีการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมและการบริการทางสุขภาพ เน้นส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีหรือสุขภาพที่ดี ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ป่วยเรื้อรัง มีการสร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระหว่างมหาวิทยาลัยทั่วประเทศและดำเนินการทั้งในโรงเรียน สถานประกอบการ และในชุมชนเกิดเป็น Center of Health Promotion ในมหาวิทยาลัย Toronto ปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่มีความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงตนเองด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับท้องถิ่น โดยโครงการ Healthy Communities ถือเป็นตัวอย่างงานการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศแคนาดาที่นานาประเทศนำไปประยุกต์ใช้

(3) ประเทศออสเตรเลีย ถือได้ว่าเป็นประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการเสริมสร้างสุขภาพประชากรกลุ่มใหญ่ในชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายของประเทศและมีกฎหมายรองรับองค์กรเอกชนให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางด้านการแพทย์ พฤติกรรมและเศรษฐกิจ - สังคม - สิ่งแวดล้อมผสมผสานเชื่อมโยงกันตั้งแต่ ค.ศ.1990 เป็นต้นมา พบว่าเมืองต่าง ๆ ในประเทศดำเนินโครงการที่สืบเนื่องจากกฎบัตรอตตาวาจำนวนมากในรูปแบบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(4) ประเทศสิงคโปร์ มีการพัฒนาไกลและกลวิธีในการกระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนดำเนินแบบแผนชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเป้าประสงค์การมีครอบครัวที่สมบูรณ์ (Healthy Family) โปรแกรมหลักประกอบด้วย “โปรแกรมสุขศึกษา” เน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะส่วนบุคคลที่จะสามารถดูแลและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ของครอบครัวและชุมชนที่ตนอยู่อาศัย มีโปรแกรมต่อต้านโรคอ้วน ประชาชน นายจ้าง สภาแรงงาน หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันกำหนดมาตรการป้องกันและจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีโปรแกรมการค้นหาสาเหตุเจ็บป่วยเมื่อเริ่มแรกมีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเบาหวานนอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมทั้งในบ้าน โรงเรียนสถานประกอบการ สถานที่นันทนาการ สถานที่ออกกำลังกาย การสุขาภิบาลอาหาร

(5) ประเทศไทย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อให้เกิด “สุขภาวะ” ในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ กลุ่มแม่และเด็ก เด็กวัยเรียนและเยาวชน วัยทำงานและผู้สูงอายุในลักษณะเป็นองค์รวม คือ ได้รับการดูแลเสริมสร้างตั้งแต่ก่อนสมรส ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด จนเข้าสู่วัยเรียน วัยเยาวชนตลอดอายุขัย โดยเน้นประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ อาหารและโภชนาการ สุขภาพฟัน การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

และได้มีการประเมินผลตามกลุ่มอายุและตัวชี้วัดจากประชาชนทั่วประเทศโดยใช้กลยุทธ์ 7 ประการ คือ 1) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy) 2) การสื่อสารพัฒนาการ (Communication Strategy) 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and Creating Public Mind Strategy) 4) การจัดบริการ (Service Strategy) 5) การเข้ามาตรึงการทางสังคม (Social Measure Strategy) 6) การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Strategy) และ 7) การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy) ด้วยกิจกรรม 6 ชนิด (ทก. อ) ประกอบด้วยการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม อารมณ์ อโรครยา และอบายมุข

6) ตัวอย่างงานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

(1) การศึกษาชุมชนมุสลิมไทยที่มีผลสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพและคนในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขใน 13 จังหวัด (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ. 2549 : Online) แบ่งเป็นภาคกลาง จำนวน 574 ครั้วเรือน ภาคเหนือ 405 ครั้วเรือน ภาคใต้ตอนบน 599 ครั้วเรือน ภาคใต้ตอนล่าง 933 ครั้วเรือน และกรุงเทพมหานครจำนวน 345 ครั้วเรือน รวมทั้งสิ้น 2,856 ครั้วเรือน หรือคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างมุสลิมในประเทศไทยทั้งสิ้น 14,605 คน พบประเด็นสำคัญ คือ

(1.1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ในภาคเหนือภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ไม่นิยมคุมกำเนิด มีการฝากครรภ์ มารดามักไปคลอดบุตรที่โรงพยาบาล บางชุมชนมีประเพณีอยู่ไฟหลังคลอด และส่วนใหญ่มารดาให้นมลูกนานเกิน 1 ปี สำหรับอนามัยแม่และเด็กในภาคใต้ตอนบน และภาคใต้ตอนล่าง พบว่า การฝากครรภ์มีปัญหาบ่อยลง คลอดกับหมอตำแยบ่อยลง และพบการนำคำสอนทางศาสนามาใช้ เช่น การกล่าวคำอาซานข้างหูทารกแรกเกิด และมีความเชื่อพื้นบ้านที่ปฏิบัติในบางพื้นที่

(1.2) รูปแบบและลักษณะการดูแลสุขภาพออกกำลังกายตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางแพทย์พื้นบ้านในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การออกกำลังกายในชุมชนมีน้อยและขาดความต่อเนื่อง บางครั้งมีปัญหาเรื่องรูปแบบการออกกำลังกาย เช่น การเดินแอโรบิกที่สตรีต้องแต่งกายรัดรูป และการใช้เพลงประกอบดนตรีที่ใช้ท่วงทำนองเร้าร้อน ซึ่งผิดหลักการของศาสนา แต่บางชุมชนมีการปรับรูปแบบการออกกำลังกายได้โดยสตรีจะเดินแอโรบิกตามจังหวะ สำหรับผู้ชายนิยมเล่นกีฬา ส่วนการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางพื้นบ้านนั้นไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างเด่นชัดจากสังคมทั่วไป สำหรับภาคใต้ตอนล่างยังมีความเชื่อตามแนวแพทย์พื้นบ้านหลงเหลืออยู่บ้าง

(1.3) รูปแบบการดูแลสุขภาพและบทบาทของผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ผู้นำชุมชนในทุกพื้นที่มักเน้นการออกกำลังกายด้วยการจัดแข่งขันกีฬาระหว่างหมู่บ้าน ตำบล เช่น ฟุตบอล ขณะที่ชุมชนมุสลิมในภาคต่าง ๆ จัดออกกำลังกาย

โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น ภาคใต้มีการรำสืต ภาคเหนือมีการรำซึ้ง ส่วนการเต้นแอโรบิก พบมีปัญหาเรื่องการนำผู้หญิงและผู้ชายมาเต้นรวมกันตลอดจนการแต่งกายของผู้หญิงที่ต้องคำนึงถึง หลักคำสอนของศาสนาเป็นสำคัญ สำหรับผู้นำศาสนายังขาดความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ การดูแลตนเองโดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีความมัน สารเคมีที่มีกปนเปื้อนในอาหาร สำหรับภาคใต้ ตอนล่างมีลักษณะพิเศษในด้านแบบฉบับของท่านศาสดาโดยสุขภาพดีต้องมืองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม

(1.4) ความยั่งยืนตลอดจนผลสัมฤทธิ์ของโครงการส่งเสริมสุขภาพ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออก ให้มีความสำคัญกับการให้การศึกษาเยาวชน ส่วนภาคใต้ตอนบนยังคงพึ่ง บประมาณรัฐ ส่วนด้านสุขภาพจะขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยขณะที่ภาคใต้ ตอนล่างผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนามีบทบาทมากต่อชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

(2) เสवालักษณ์ ชันยม สมหมาย เมฆแสน และนาคยา ชันเชียง (2552 : บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนวัยแรงงานบ้านนาหวาย อำเภอ นาทมื่น จังหวัดน่าน พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพจะควบคู่ไปกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยอาชีพ วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ อาหาร และความร่วมมือต่าง ๆ ในชุมชน พฤติกรรมเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การดื่มสุรา หลังเลิกงาน การสูบบุหรี่ การรับประทานเนื้อสัตว์ดิบ การใช้ผงชูรสปรุงอาหาร

(3) เรวดี เพชรศิริสาธน์ และคณะ (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสุขและวิถีการ สร้างเสริมสุขภาพ : ความต้องการที่แตกต่างระหว่างคนสามวัยในครอบครัวไทย ได้แก่ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ พบว่า (3.1) ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละวัยต่างกัน การสร้างเสริม สุขภาพของวัยรุ่น คือ การทำให้ชีวิตให้ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ คือ การทำให้ความ เป็นอยู่ดีขึ้น การทำให้ร่างกายแข็งแรงทำงานได้ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การทำให้ชีวิตให้ มีคุณค่า และ (3.2) การทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันสามารถส่งเสริมความสุขในครอบครัว แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่บ้าน

2.1.4 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติของการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

1) ความหมายของการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

ในมิติของการป้องกันถือว่าเป็นพฤติกรรมความปลอดภัย ซึ่งหมายถึง การแสดงออก ที่บุคคลลงมือกระทำและสังเกตได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัย ซึ่งการ ป้องกันการเจ็บป่วยและการป้องกันอุบัติเหตุมีการพัฒนาต่อเนื่องจากการนำข้อสังเกตและสมมติฐาน จากลักษณะการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรค และอาการสำคัญของผู้ป่วยในชุมชนมาใช้ ประกอบการป้องกัน ต่อมามีการนำความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการค้นคว้า ศึกษา และวิจัยในส่วนที่ เกี่ยวกับเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค คน สัตว์ และภาวะสิ่งแวดล้อมมาพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การป้องกันการเจ็บป่วยในชุมชน

การดำเนินการเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยในชุมชนสามารถดำเนินการได้ 3 ระดับ คือ (วิชิต มธรรสภานนท์. 2538 : 335)

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention) คือ การป้องกันคนในชุมชนก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุดและได้ผลมากที่สุด วัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพความเป็นอยู่หรือปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้ภาวะของโรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ ให้มากที่สุด การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพาหะและสื่อนำโรค ทั้งนี้เพื่อทำให้การแพร่กระจายเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีในชุมชนหมดไป ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันโรคล่วงหน้ามีดังนี้

(1) การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรค การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติให้ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลและชุมชน

(2) การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะกับกลุ่มอายุ และความต้องการของบุคคล เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมลูกหรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิดที่มีความต้องการอาหารพิเศษเฉพาะโรค

(3) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้โดย การใช้วัคซีน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กเล็กที่จำเป็น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริมได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคคหิวาต์ ไข้ไทฟอยด์ ไข้สมองอักเสบ ไข้หัด เป็นต้น

(4) กิจกรรมที่ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง การสนใจ การสังเกตถึงการเจริญเติบโตของเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

(5) การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนให้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นกีฬา สนามเด็กเล่นรวมทั้งสถานที่ประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

(6) การจัดหรือปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาสะอาด การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขภาพอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุมมลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ

(7) การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร การเดินทางท่องเที่ยว

(8) การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะสำหรับเด็กเล็ก หรือเด็กนักเรียน ซึ่งกำลังเจริญเติบโต เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

(9) การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรส การส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรคและการโภชนาการ

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะเกิดโรค (Secondary Prevention) จุดมุ่งหมายสำคัญของการป้องกันโรคในระดับนี้ คือ ระวังกระบวนการดำเนินของโรค ป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชนและลดการเจ็บป่วยในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็วที่สุด กิจกรรมประกอบด้วย

(1) การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก นับเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อร้ายแรงและสามารถแพร่ไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไข้หัด โรคคอตีบ ไข้ไขสันหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้ในระยะแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระวังกระบวนการดำเนินของโรค เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้องและป้องกันมิให้โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจทำให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความพิการลดน้อยลงได้

(2) การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที หากได้รับการวินิจฉัยถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็วป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อน และการรักษายังมีผลช่วยกำจัดแหล่งแพร่หรือบ่อเกิดโรคซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยด้วย

(3) การป้องกันการแพร่เชื้อ มีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อในชุมชนโดยปะปนไปกับอาหาร น้ำ และแมลงนำโรคต่าง ๆ ดังนั้นการกำจัดเชื้อที่อยู่ในน้ำ อาหาร สิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อนำโรคโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การทำน้ำให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยเติมสารฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน ตลอดจนการสุขาภิบาลอาหาร และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันการแพร่เชื้อโรค

(4) การเพิ่มความต้านทานหรือป้องกันโรคให้แก่บุคคลในชุมชนเพื่อให้เกิดความต้านทานต่อโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไข้ไทฟอยด์ โรคคอตีบ ในระยะที่เกิดการระบาดของโรคควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาในชุมชน โดยเฉพาะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรค การระมัดระวังเรื่องอาหาร น้ำ การระวังและหลีกเลี่ยงการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วย

(5) การใช้กฎหมายสาธารณสุข ในกรณีที่มีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้นและใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโดยวิธีต่าง ๆ แล้วไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยดี จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายช่วยสนับสนุนเพื่อให้การควบคุมโรคดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและโรคสงบเร็วที่สุด

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention) คือการรักษาผู้ป่วยให้หายโดยเร็วเพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา ภายหลังจากเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและป้องกันอย่างต่อเนื่องเพื่อมิให้เกิดโรคซ้ำ การป้องกันระดับนี้รวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วย การดำเนินงานจะเกิดผลดีจะต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

- (1) มีวิธีการรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ
- (2) มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงและมากพอที่ประชาชนจะมาใช้บริการได้สะดวก
- (3) ประชาชนมีความเข้าใจ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ให้ถูกต้อง
- (4) มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคให้หายโดยรวดเร็วและรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นความลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจจะเกิดตามมาให้น้อยลง

3) การป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

อุบัติเหตุในชุมชนมีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act) และสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe condition) การสร้างวิถีชีวิตชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจะได้ผลดีควรมีการป้องกัน 3 ขั้นตอน คือ ทำอย่างไรไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้วควรทำอย่างไรจึงจะลดความรุนแรงของการเกิดการบาดเจ็บลงได้ และเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น ทำอย่างไรถึงจะช่วยให้ผู้ประสบเหตุรอดชีวิตหรือมีอาการไม่รุนแรงจนเสียชีวิตและพิการ ซึ่งการป้องกันทั้ง 3 ขั้นตอน เช่นเดียวกันกับมิติของการป้องกันการเจ็บป่วย คือ

- (1) การป้องกันปฐมภูมิ เป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น ได้แก่
 - (1.1) ต้องมีจิตสำนึกที่ดีและร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดไม่ประมาทในการปฏิบัติตน คำนึงถึงความปลอดภัยของตนและผู้อื่น
 - (1.2) ต้องเห็นความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุ มีความรู้สึกร่วมในสังคมที่จะต่อต้านรังเกียจผู้กระทำความผิดกฎความปลอดภัยและเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้ปฏิบัติตามกฎความปลอดภัย
 - (1.3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานเห็นความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุ โดยเริ่มตั้งแต่ระบบการศึกษาที่ต้องกำหนดเนื้อหาในหลักสูตรการสอน พัฒนาสื่อการสอนเทคโนโลยีต่าง ๆ เน้นถึงการนำไปใช้และทำให้นักเรียนเกิดความปลอดภัยขณะอยู่ในโรงเรียน
- (2) การป้องกันทุติยภูมิ เป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อร่างกายและชีวิตหากจะเกิดอุบัติเหตุขึ้น ได้แก่

(2.1) มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่อการป้องกันอุบัติเหตุ ได้แก่ การเล่นอย่างปลอดภัย หลีกเลี่ยงการเล่นในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ แกะไขสิ่งแฉะล่อมในชุมชนและโรงเรียนให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและการปฏิบัติตามกฎความปลอดภัย

(2.2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีพฤติกรรมร่วมที่จะต่อต้านผู้กระทำความผิดกฎความปลอดภัยและเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้ปฏิบัติตามการป้องกันต่าง ๆ

(2.3) ทุกฝ่ายต้องเข้มงวดกวดขันต่อผู้กระทำความผิดอย่างเคร่งครัด

(3) การป้องกันตติยภูมิ เป็นพฤติกรรมการป้องกันเพื่อให้ผู้ประสบอุบัติเหตุรอดชีวิตหรือมีอาการไม่รุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการ ได้แก่

(3.1) การให้ความรู้ การฝึกอบรมต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องด้านการช่วยเหลือปฐมพยาบาล การนำส่งที่ปลอดภัยและช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นต้น

(3.2) การจัดทำและซ้อมแผนปฏิบัติการเมื่อเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและสาธารณภัยประจำหน่วยงาน ท้องที่และจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

(3.3) การจัดตั้งระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre - hospital Care) ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการในรูปของสถาบันภายใต้พระราชบัญญัติ โดยมีสำนักงานของสถาบันอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข มีการประสานงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งประเทศ

4) มาตรการสากลที่ใช้สร้างวิถีชีวิตชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

มาตรการหลัก ประกอบด้วย 3 ประการ (วิจิตร บุญยโสธร. 2536 : 25-26) คือ

(1) การให้ศึกษาอบรม (Education) คือ การให้สุศึกษาประชาชนให้มีความรู้ในการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุและให้เกิดจิตสำนึกของความปลอดภัย ซึ่งการให้ความรู้มีทั้งการสอดแทรกในวิชาการต่าง ๆ และการสอนด้านสวัสดิศึกษา มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้โดยใช้สื่อต่าง ๆ ให้ตื่นตัวต่อพฤติกรรมปลอดภัย ลักษณะการให้สุศึกษาทำได้ทั้งโดยตรงและทางอ้อม หรือให้ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา

(1.1) การให้สุศึกษาในระบบการศึกษา (Formal Education) โดยสถาบันการศึกษาทุกระดับตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงระดับอุดมศึกษาสร้างจิตสำนึกและความรู้เกี่ยวกับปัญหา ความรุนแรงตลอดจนสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในสถานศึกษา จัดหลักสูตรป้องกันอุบัติเหตุอย่างเหมาะสม จัดกิจกรรมภายในสถาบันเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุ จัดทำโครงการรณรงค์ความปลอดภัย เป็นต้น

(1.2) การให้สุศึกษานอกระบบการศึกษา (Informal Education) เป็นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจและสร้างจิตสำนึกของความปลอดภัยโดยใช้สื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น กระดานข่าว บทความ เสียงตามสาย การโฆษณา จัดทำโปสเตอร์ แผ่นพับ การจัดโครงการรณรงค์เพื่อความปลอดภัย และการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เป็นต้น รวมทั้งการดึงกลุ่มพลังต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับการดูแลเด็กให้ตระหนักในปัญหาและความสูญเสีย เพื่อรวมพลังร่วมมือกันหาทางแก้ไขควบคุม ป้องกันอุบัติเหตุ ปลูกฝังความคิดในการมีพฤติกรรมปลอดภัยด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งการให้ข่าวสาร ข้อมูลสม่ำเสมอเพื่อให้ทุกคนรับรู้ความร้ายแรงและผลเสียที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ

(2) การบังคับตามกฎหมาย (Enforcement) คือ กฎหมายที่ระบุให้บุคคลปฏิบัติ โดยกำหนดข้อบังคับมาตรการด้านความปลอดภัยให้ผู้ปกครอง ครู นักเรียน ประชาชน ปฏิบัติตามกฎหมาย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

(3) การวิศวกรรม (Engineering) เป็นการปรับปรุงแก้ไขด้านวิศวกรรมให้เหมาะสม โดยศึกษาข้อมูลจากลักษณะและสาเหตุของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ทั้งสภาพอาคาร สนามเด็กเล่น ถนน ลำคลอง ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อมภายในและรอบ ๆ โรงเรียน สถานประกอบการ ชุมชน เพื่อ ป้องกัน การเกิดอันตรายต่อประชาชน

2.1.5 วิธีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติของการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง

1) ความหมายของการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล หมายถึง การดูแลรักษาบุคคลที่รู้สึกไม่สบายหรือผิดปกติ เนื่องจากความเจ็บป่วย รวมถึงความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิต ซึ่งจะเป็นผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกก็ได้

2) ประเภทของการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ

(1) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น คือ การดูแลขั้นพื้นฐานของการดูแลอื่น ๆ หรือเป็นการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน หรือชุมชน หากจัดโดยบุคลากรสุขภาพจะเป็นบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

(2) การรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นการดูแลการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนหรือเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง

(3) การรักษาพยาบาลพิเศษเป็นการดูแลที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลและเป็นการรักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยร้ายแรงหรือมีอาการหนักที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติของการรักษาพยาบาลได้รวมถึงการดูแลตนเองด้วย เพราะการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่อยู่ภายในตัวเองของคนในชุมชนที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งถ้าบุคคลใดมีการสร้างศักยภาพในการดูแลหรือรักษาสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ ย่อมจะส่งผลให้บุคคลนั้นประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถปรับตัว และมีชีวิตอยู่ในชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข

3) ความหมายของการดูแลตนเอง

มีผู้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกัน ซึ่ง พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530 : 9) ได้รวบรวมไว้ คือ คิกบุช (Kickbusch. 1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเองในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้อำนาจตนเองและการรักษาตนเอง ดีน (Dean. 1989) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น บุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล นูริส (Nuris. 1987) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพ โดยพัฒนาศักยภาพ และความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2543 : 124-125) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด เรียกการกระทำนี้ว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น แบ่งเป็น การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

โอเรม (Orem. 2001 : 230-232) กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนต้องการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงจากโรค หรืออันตรายที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กและพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ แต่ความสามารถดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงหรือลดลงได้เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ในชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงที่สุด การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม

ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย สติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดใน

การดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต

โดยสรุป การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้ และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรมที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพ ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

4) ความสำคัญของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองมีมาแต่อดีต เช่น ชาวกรีกโบราณดูแลตนเองในเรื่องสุขอนามัยและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ชาวจีนเน้นบำรุงร่างกายด้วยสมุนไพรต่าง ๆ เป็นต้น การดูแลตนเองประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” การดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครองตน คือ ตัวคน เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเองจึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวเอง หรือปกป้องรักษาตัวเอง การดูแลตนเองเป็นกระบวนการของการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้ การเลือกบริการและการรักษาตนเอง สถาบันการดูแลตนเองจึงอาจกล่าวได้ว่า (1) เป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และวัฒนธรรมเฉพาะ (2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก (3) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ ความสามารถ การควบคุมและสมรรถนะของตนมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและ (4) การดูแลตนเองอยู่ภายใต้การควบคุมของตน (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2551 : 2)

การดูแลตนเองแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล (Individual) ระดับครอบครัว (Self care at home) และระดับชุมชน (Community self care) การแสวงหาวิธีการดูแลตนเองถือเป็นสิ่งที่ชอบธรรม การที่จะส่งเสริมให้บุคคลในชุมชนดูแลตนเองได้นั้นจึงต้องศึกษาถึงวิธีการดูแลสุขภาพที่ใช้อยู่เดิม (Traditional self care) ซึ่งมีทั้งวิธีที่มีผลดีต่อสุขภาพและวิธีที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยค่านึงว่าการดูแลตนเองเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบชีวิตของบุคคล ครอบครัวและชุมชนรวมทั้งเชื่อมโยงไปถึงเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งจะช่วยให้มองลึกถึงความคิด ความเชื่อที่ว่าทำไมบุคคลจึงคิดและปฏิบัติเช่นนั้น ทำไมความคิดและการปฏิบัตินั้นจึงยังคงดำรงอยู่

การดูแลตนเอง จึงเป็นการกระทำที่บุคคลส่งเสริมการมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพ ที่ดี และการที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นต้องผ่านกระบวนการ 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกบุคคลมีความรู้ ความคิด และตัดสินใจเลือกวิธีที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมในชุมชนเดิมนั้น เมื่อเกิดการตัดสินใจแล้วจะก้าวเข้าสู่ขั้นตอนที่สอง คือ การกระทำอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการวางแผนว่าจะปฏิบัติอะไร อย่างไรบ้าง ตลอดจนมีการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัตินั้น ๆ (The University of Tennessee at Chattanooga. 2014 : 6)

5) ตัวอย่างงานวิจัยการรักษาพยาบาลในชุมชน

การวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิมไทย (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ. 2549 : ออนไลน์) ผลการศึกษาพบปัญหาและการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของภาครัฐ กล่าวคือ ทุกภาคมีปัญหการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของภาครัฐแตกต่างกัน คือ ภาคเหนือ โรงพยาบาลของรัฐไม่มีอาหารฮาลาลให้ผู้ป่วยมุสลิมได้รับประทาน ภาคกลางและภาคตะวันออก โรงพยาบาลของรัฐคับแคบ บุคลากรไม่เพียงพอ เครื่องมือทางการแพทย์ไม่ทันสมัย ภาคใต้ตอนบน จำนวนแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ มีปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ มารยาทของแพทย์และพยาบาลบางคน สำหรับภาคใต้ตอนล่างส่วนใหญ่ยังขาดแคลนบุคลากรทางด้านบริการแพทย์ แพทย์มุสลิมที่ทำงานในพื้นที่มีน้อย นอกจากนี้ยังพบปัญหาการจัดการที่ไม่มีระบบตลอดจนปัญหา การสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล เช่นเดียวกับภาคใต้ตอนบน ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรค พบว่า (1) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อที่สำคัญ ชาวมุสลิม มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อ บางอย่างพอสมควร เช่น โรคไข้เลือดออก ส่วนโรคติดต่อที่ไม่ค่อยพบจะไม่ค่อยมีความรู้มากนัก เช่น โรคเท้าช้าง (2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พบว่าเกี่ยวข้องกับ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมักจะพบในผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบเป็นเนื้อส่วนใหญ่ บริโภคอาหารไขมันสูง และไม่นิยมออกกำลังกาย

2.1.6 วิธีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในมิติของการฟื้นฟูสภาพ

1) ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ

Merriam Webster's Medical Desk Dictionary (Pease. 1996 : 693) ให้ความหมาย การฟื้นฟูสภาพ คือ การกลับไปสู่สภาวะที่ดี หรือการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นสภาวะที่ปฏิบัติการ ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือเป็นการเตรียมผู้ที่พิการ หรือด้อยสมรรถภาพให้สามารถทำงานที่มีประโยชน์มากที่สุด โดยการฝึกหัด การแนะนำ ปรีกษา จาก บุคลากรหลายอาชีพ เรียกการฟื้นฟูสุขภาพลักษณะนี้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ

สุปาณี เสนาดิสัย (2551 : 176) กล่าวว่า เป็นการช่วยบุคคลที่ด้อยสมรรถภาพ ทางกาย จิตใจ บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือบุคคลที่อยู่ในระยะพักฟื้น ได้ตระหนักถึงสมรรถภาพของ ตนเองที่ยังเหลืออยู่ และนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตและการทำงาน ซึ่งใกล้เคียงกับ ความหมายที่ Sim Lim (2557 : Online) ให้ไว้ คือ เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากการเจ็บป่วย ให้ดีขึ้น รวมทั้งการรักษา และดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิมโดยไม่เสื่อม เพิ่มขึ้น

เชษฐา แก้วพรม (2555 : 74) การฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่บุคคลออกจากภาวะ ของการเป็นผู้ป่วยกลับไปอยู่ในบทบาทของคนปกติทั่วไป โดยมีการดูแลตนเองต่อที่บ้านเพื่อการฟื้นฟู

สภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น มีการรักษาและดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิมโดยไม่เสื่อมเพิ่มขึ้น แม้ว่าสิ่งที่ฟื้นฟูหรือพัฒนาขึ้นนั้นจะเป็นเพียงเล็กน้อย แต่ก็ต้องยอมรับว่านั่นคือความยิ่งใหญ่ของผู้ป่วยที่ได้พยายามอย่างที่สุด การฟื้นฟูสุขภาพนั้นต้องทำการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สำหรับจิตใจถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลบุคคลที่ป่วยเพราะอาการเจ็บป่วยมีผลกระทบ ทางลบต่อตัวบุคคลและครอบครัวทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ดังนั้น การที่บุคคลจะอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการได้จะต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวัง และรู้จักปรับผิชอบตนเองเพื่อต่อสู้และอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีความหมายและมีความสุขตามอัตภาพ

สรุป การฟื้นฟูสุขภาพเป็นการกระทำโดยตนเองหรือบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้บุคคลที่เจ็บป่วย หรือพิการกลับภาวะปกติทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสมรรถนะที่เหมาะสม

2) วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสุขภาพ

การฟื้นฟูสุขภาพมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญไว้ 3 ประการ คือ

- (1) ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น เช่น ข้อติดแข็ง อาการอัมพาต
- (2) ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับสู่สภาวะที่ทำหน้าที่ได้ดังเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตสามารถใช้งานแขนขาได้
- (3) ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุขพอสมควรตามอัตภาพ เช่น พยายามให้ผู้ป่วยที่ต้องถูกตัดแขน ขา ยอมรับสภาพของตน และสอนให้ใช้แขน ขาเทียม เพื่อสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นต้น

3) หลักการฟื้นฟูสุขภาพ

การฟื้นฟูสุขภาพหรือสมรรถภาพต้องคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 7 ประการ คือ

- (1) การเริ่มต้นของการฟื้นฟู

การฟื้นฟูต้องเริ่มต้นในระยะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตมาแล้ว เพื่อช่วยลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและระยะพักฟื้น
- (2) ขอบเขตของการฟื้นฟู

การฟื้นฟูมีขอบเขตครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประเพณี ความเชื่อ อาชีพ และเศรษฐกิจ
- (3) รูปแบบของการฟื้นฟู

ในการฟื้นฟูควรวางแผนเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาต่าง ๆ แตกต่างกัน แม้จะมีความเจ็บป่วยที่เหมือนกัน
- (4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อฟื้นฟู

ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนเพื่อฟื้นฟู

(5) ลักษณะของแผนฟื้นฟู

ควรวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน

(6) การประคับประคองด้านจิตใจ

การให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

(7) บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการฟื้นฟู

ต้องอาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหลายแขนงทำงานร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ต้องการให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยทั่วไป ทีมของขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

(1.1) แพทย์ผู้ทำการรักษา (Physician) มีหน้าที่วิเคราะห์และรักษาโรคของผู้ป่วยให้ถูกต้อง

(1.2) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physiotherapist) ทำหน้าที่ทดสอบหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยว่าควรจะเริ่มฝึกทักษะอะไรก่อน วางแผน วินิจฉัย ตลอดจนสั่งการรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำหน้าที่สอน ติดตาม ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วย

(1.3) นักกายภาพบำบัด (Physical therapist) ทำหน้าที่ประเมินความแข็งแรง และประสิทธิภาพของการทำงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ การเคลื่อนไหวของข้อต่อ เช่น การกางเหยียดข้อ วางแผนและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย อาทิ การนวด การใช้ความร้อน รังสี การใช้กายอุปกรณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังต้องประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการออกกำลังกาย และ/หรือการใช้เครื่องมือต่าง ๆ

(1.4) นักอรรถบำบัด (Speech therapist) ทำหน้าที่ประเมินความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารทั้งทางด้านการพูด เขียน ได้ยิน ความเข้าใจ และการตอบสนองต่อการเห็น ฝึกหัดทักษะต่าง ๆ ในด้านการสื่อสารเพื่อให้สามารถใช้อวัยวะส่วนที่มีประสิทธิภาพเหลืออยู่ให้ใช้งานได้มากที่สุด

(1.5) นักจิตวิทยา (Psychologist) มีหน้าที่ประเมินปัญหา กำลังใจ และความนึกคิดของผู้ป่วยต่อการด้อยสมรรถภาพนั้น

(1.6) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) มีหน้าที่ฝึกผู้ป่วยให้ใช้อวัยวะส่วนที่ยังเหลืออยู่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งการช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยในการพัฒนาความชำนาญทางด้านอาชีพให้ผู้ป่วยโดยใช้อวัยวะที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด เพื่อสามารถนำกลับไปใช้ที่ทำงานหรือบ้านได้

(1.7) นักอาชีพบำบัด (Vocational counselor) มีหน้าที่ทดสอบความสนใจ และความถนัดของผู้ป่วย เพื่อฝึกหัดด้านอาชีพ โดยคำนึงถึงความสามารถทางร่างกาย สติปัญญา

ความรู้ที่ยังคงมีอยู่ในปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยเป็นกรรมกรแบกหาม ถูกตัดขา อาจต้องเปลี่ยนอาชีพให้ใช้มือแทน เป็นต้นว่าการจักสาน

(1.8) นักกายอุปกรณ์ (Orthotist and Prosthesis) มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ประดิษฐ์และซ่อมแซมด้านกายอุปกรณ์เสริมและเทียม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น แขนเทียม

(1.9) นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ทำหน้าที่ประเมินและดูแลให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วย

(1.10) พยาบาล (Nurses) มีบทบาทสำคัญมากในทีม ทำหน้าที่สนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความหวัง กำลังใจ มีความต้องการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมปฏิบัติกับผู้ป่วย ทั้งนี้ โดยประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ วางแผนและให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและแผนการรักษาพยาบาล สอนและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในชุมชนในกรณีที่เป็น

และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลผู้รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะมีบทบาทหน้าที่ในการให้การฟื้นฟูสุขภาพต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสำคัญ นั่นคือ การดูแลต้องครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลญาติ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการจัดการดูแลสุขภาพตนเองและสุขภาพผู้ดูแลอย่างครบวงจร

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ เพื่อร่วมกันฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งทั้งด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว การทำกิจกรรม การสื่อความหมาย การป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้น การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เชื่อมั่นในความสามารถ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งการประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน ล้วนเป็นความสำคัญของมิติการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะการฟื้นฟูทางจิตใจซึ่งสำคัญมากที่สุด ทั้งนี้รวมทั้งของผู้ดูแลด้วย ซึ่งการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจะมีความซับซ้อน/ยุ่งยากมากเป็นพิเศษ การสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลฟื้นฟูสุขภาพเป็นรูปแบบและกระบวนการที่ชุมชนกับบุคลากรสุขภาพต้องร่วมกันพัฒนาเพื่อเป้าหมายสุขภาพของประชาชนในชุมชน

4) ตัวอย่างโครงการและงานวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

(1) โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation ; CBR) (มยุรี ฅิวสุวรรณ และคณะ. 2556 : บทคัดย่อ) เพื่อกระตุ้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพสำหรับคนพิการ โดยการทำงานร่วมกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนและเชื่อมต่อระหว่างคนพิการและ

ระบบการดูแลสุขภาพ โครงการ CBR ให้ความสำคัญสนับสนุน และส่งเสริมในหลายประเด็นหลักของการดูแลสุขภาพสำหรับคนพิการ ประกอบด้วย

(1.1) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มการควบคุมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่มีอยู่ มุ่งเน้นโดยตรงที่การสร้างเสริมทักษะของบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพ

(1.2) การป้องกันโรค ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (การหลีกเลี่ยง) ระดับทุติยภูมิ (การวินิจฉัยและให้การรักษารวดเร็ว) และระดับตติยภูมิ (การฟื้นฟูสมรรถภาพ)

(1.3) อุปกรณ์เครื่องช่วยในการทำกิจกรรมเฉพาะอย่าง ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนที่ ภายอุปกรณ์เทียม ภายอุปกรณ์เสริม อุปกรณ์ช่วยการเห็น และอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน ควรมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้งาน การเปลี่ยนใหม่ และการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านและชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(1.4) กิจกรรมแนะนำ คือ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ช่วยเหลือด้วยการค้นหาปัญหาสุขภาพระยะแรกเริ่ม และการค้นหาคนพิการในชุมชน

(2) โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2555-2557 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัด หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้วยงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด กลุ่มเป้าหมาย คือ คนพิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และผู้สูงอายุ รวมผู้ที่อยู่ในระยะที่มีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2554

(2.1) วัตถุประสงค์ เพื่อ

(2.1.1) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือด้านการแพทย์และค่าใช้จ่ายแก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(2.1.2) เสริมศักยภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(2.1.3) ส่งเสริมให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิการบริการอันเป็นสาธารณะโดยปราศจากอุปสรรค

(2.1.4) ให้บริการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ การอบรม และฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการในครอบครัวและชุมชน

(2.2) กลวิธีการดำเนินงาน

(2.2.1) พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการจัดนวัตกรรมเพื่อ
ปรับกระบวนการทัศน์

(2.2.2) พัฒนาระบบการวางแผนพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน
สถานบริการสุขภาพ

(2.2.3) พัฒนาศักยภาพบุคลากร / แกนนำ

(2.2.4) พัฒนาศูนย์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน

(3) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ (เขตชนบท)
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช (เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ. 2552 :
บทคัดย่อ) วัตถุประสงค์ คือ ดูแลผู้พิการในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้พิการจากโรคเรื้อรังในเขต
อำเภอสหัส จำนวน 100 คน การดำเนินงานระหว่างเดือนสิงหาคม 2551 – พฤษภาคม 2552 โดยใช้
แนวคิดของกระบวนการ PDCA เพื่อการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และสร้าง
มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการในชุมชน โดย

(3.1) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการในพื้นที่

(3.2) ทบทวนความรู้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ
ผู้พิการ การป้องกัน การเกิดแผลกดทับ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน

(3.3) กำหนดแนวทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยให้สามารถใช้ปฏิบัติได้จริง
เช่น กำหนดการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดให้กับผู้พิการที่บ้าน

(3.4) ฝึกทบทวนทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล ดูแลผู้ป่วย แก่เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขเพื่อให้การดูแลผู้พิการที่บ้าน ได้แก่ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การพลิก
ตะแคงตัวผู้ป่วย การดูดเสมหะ การฝึกกล้ามเนื้อและข้อ ทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี

(3.5) คัดเลือกอาสาสมัครและญาติผู้ดูแล จำนวน 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน
จำนวน 100 คน เข้ารับการอบรม การดูแลผู้ป่วย/พิการที่บ้าน ฝึกทักษะผู้ดูแลในเรื่องที่ต้องดูแลต่อที่
บ้านแล้วแต่กรณีผู้ป่วย เช่น การทำแผล การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง
การฝึกกล้ามเนื้อและข้อ จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและผู้พิการประกอบการอบรม

(3.6) ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพร่วม
กับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้ป่วย

(3.7) กำหนดแผนการตรวจประเมิน ตรวจประเมินในพื้นที่ ติดตามประเมิน
ข้อบกพร่องของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโดยคณะกรรมการดำเนินงานตามโครงการ

(3.8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการใน
ชุมชน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วย แกนนำชุมชน อสม. และ
ผู้นำศาสนา

ผลการดำเนินงาน พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับพื้นฐาน (Barthel ADL Index) หลังการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้พิการในชุมชน คะแนนดีขึ้น ร้อยละ 64.58 ความรู้ในเรื่องการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้พิการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.75 ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้พิการในระดับดี ร้อยละ 86.25 การปฏิบัติมีทักษะการทำแผล การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยและผู้พิการในระดับดี ร้อยละ 87.75 และผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้พิการมีความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการในชุมชนระดับดีมาก ร้อยละ 92.75

(4) ปิยนุช บุญกอง และคณะ (2550 : บทคัดย่อ) พัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคนพิการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการทั้งระบบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะความพิการซ้ำซ้อน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป้าหมาย คือ ให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคม

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลัง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โรคประจำตัวทำให้เกิดความพิการตามมา การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว คือ มีผู้ดูแลทุกคน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยช่วยเหลือเพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพได้รวดเร็วและทั่วถึง รวมทั้งช่วยเหลือผู้พิการเป็นกรณีในด้านงบประมาณและภูมิปัญญาท้องถิ่น พบการมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ชมรมคนพิการจังหวัด คณะกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการโรงพยาบาลสกลนคร ตัวแทนคนพิการ ตัวแทนภาคประชาชน คือ อสม. ดูแลคนพิการ บุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เยาวภา อัจฉิตสุวรรณ (2553 : 53) อธิบายว่า มีความหลากหลายในแนวคิด และส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจัย 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) และปัจจัยภายนอก (External Factors) กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคล ประกอบด้วย ความแตกต่างทางประชากรและบุคลิกภาพ ทักษะคิดและความคาดหวัง การรับรู้ สติปัญญาและการตัดสินใจ อุปนิสัยและความตั้งใจที่จะนำไปปฏิบัติ ขั้นตอนของการปรับเปลี่ยน ความพร้อมและแรงจูงใจ สำหรับปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลที่ทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเหมือนหรือแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม 5 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตสังคม ด้านการเมือง

และกฎหมาย และด้านวัฒนธรรมสมัยใหม่ นอกจากนี้ยังอาจจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สุขภาพเป็น 5 กลุ่ม คือ (1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ระดับการศึกษา ทักษะ และ ลักษณะเฉพาะบุคคล (2) ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของบุคคล (3) ปัจจัย ด้านสถาบัน/องค์การ เช่น ระดับขององค์การและการจัดการในองค์การ (4) ปัจจัยด้านชุมชน เช่น การทำงานของบุคคลในชุมชน ยกตัวอย่าง เครือข่ายวิชาชีพและสมาคม เป็นต้น ทศนคติของชุมชน และความสัมพันธ์ขององค์กรที่มีความแตกต่างกันในชุมชน และ (5) ปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะซึ่ง เกี่ยวข้องกับนโยบายและกฎระเบียบที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ ขององค์การต่าง ๆ ทั้งนี้ถ้ามองในลักษณะปัจจัยรวม (Multiple Influences) ที่ครอบคลุมพัฒนาการ ของวิถีชีวิตซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่สำคัญน่าจะประกอบด้วย ปัจจัย ทางวัฒนธรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล นั่นคือ วิถีชีวิตนั้นมีความหมายกว้าง ครอบคลุมพฤติกรรม เจตคติ และปรัชญาชีวิต

กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่จะนำไปสู่การวางแผนและประเมินผลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กลุ่มคน ใน PRECEDE – PROCEED FRAMEWORK ว่าประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors : P) เป็นปัจจัยแรงผลักดันซึ่งจูงใจบุคคล/กลุ่มให้ลงมือปฏิบัติ พฤติกรรม ปัจจัยดังกล่าว คือ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ ปัจจัยนี้เกิดก่อนการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น (2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor : E) เป็นปัจจัยสนับสนุนที่มาจากทักษะส่วนบุคคลและทรัพยากรที่จะพิจารณาให้ มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความสามารถที่จะปฏิบัติ ความสะดวก การเข้าถึง ทรัพยากรอื่น ๆ และ (3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor : R) เป็นปัจจัยเกิดหลังจากการปฏิบัติ พฤติกรรมแล้ว และได้รับการประเมินในลักษณะการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย แนะนำ ทำให้มี กำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป (Ekhtiari et al. 2013 : 22)

อาจกล่าวในภาพรวมได้ว่ามีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพดังนี้คือ

(1) ด้านจิตวิทยาของบุคคล เช่น วุฒิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ ความสามารถ เหล่านี้ ทำให้บุคคลเลือก และกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

(2) ด้านเศรษฐฐานะ พบว่า ภาวะด้านเศรษฐกิจมีผลต่อความเป็นอยู่ ต่อการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ ยกตัวอย่างภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจะเกิดในกลุ่มผู้ยากจน แต่การเจ็บป่วยจากโรค พฤติกรรมจะเกิดในกลุ่มผู้ร่ำรวยมากกว่า

(3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากครอบครัวและการเลี้ยงดูจากบุคคล/กลุ่มคนที่มีอิทธิพลด้านสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ จากความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี โลกทัศน์ของกลุ่มคนและสังคมรอบด้าน จนเกิดเป็นวัฒนธรรม ซึ่งวัฒนธรรมจะเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการถ่ายทอดวิถีชีวิตด้านสุขภาพ บางครั้งเรียกว่า “วัฒนธรรมสุขภาพ”

(4) ด้านการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกปฏิบัติสิ่งที่เห็นว่าถูกต้องได้เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจที่จะพิจารณา คิด วิเคราะห์ ส่งผลให้มีความสามารถที่จะปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน

(5) ด้านการเมืองการปกครอง การกำหนดแนวนโยบาย กฎหมาย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งหลายเรื่องต้องอาศัยการเมืองการปกครอง ยกตัวอย่างเช่น กฎหมายเมาไม่ขับ นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ข้อบัญญัติท้องถิ่นต่อสุขภาวะและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามองค์ประกอบหรือปัจจัยด้านต่าง ๆ เหล่านี้ อาจไม่เกิดขึ้นเฉพาะด้าน แต่เกิดจากผลของด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน หรือบางด้าน เป็นเหตุและเป็นผลของกันและกัน ซึ่งได้กล่าวแล้ว

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา สามารถพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับกลุ่มคนและชุมชน แต่เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้ว พบว่าปัจจัยทั้ง 3 ระดับ ไม่ได้แบ่งกันอย่างชัดเจนและแน่นอน จากเหตุผลการมองพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนด้วยแนวคิดเชิงระบบ ดังนั้น ระบบย่อยและระบบหลักจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ฟังพากัน เมื่อระบบย่อยใดระบบย่อยหนึ่งจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เบี่ยงเบนไม่ถูกต้อง ย่อมมีผลกระทบต่อระบบย่อยอื่น ๆ และระบบหลัก ซึ่งผลงานวิจัยที่น่าเสนอจะแยกออกเป็นปัจจัยแต่ละระดับ ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยระดับบุคคล

การศึกษาปัจจัยระดับบุคคลมีค่อนข้างมาก โดยศึกษาในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยภายนอก คือ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วย ส่วนปัจจัยภายในศึกษาถึง ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ และการรับรู้

เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม แสดงถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงพลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล พบว่า วิถีชีวิตด้านสุขภาพบางอย่างเป็นผลมาจากความแตกต่างทางเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบว่าเพศหญิงมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย และความรู้สึนึกคิดเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสมีวุฒิภาวะและสามารถตัดสินใจได้มากกว่า พบว่า การศึกษามีความเชื่อมโยงกับอาชีพและรายได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาอย่างเดียวไม่สามารถทำให้บุคคลมีวิถีชีวิตด้านสุขภาพถูกต้อง

รายได้ บุคคลที่มีรายได้สูงมีโอกาเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้มีรายได้น้อย รายได้มีความสัมพันธ์กับอาชีพและระดับการศึกษา การสอบถามถึงรายได้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและอาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน การประเมินความเพียงพอของรายรับกับรายจ่าย ช่วยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริง

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยร่วมกับปัจจัยลักษณะทางประชากร การประเมินภาวะสุขภาพ นอกจากการตรวจร่างกายแล้ว ประวัติการเจ็บป่วยและการประเมินด้วยตนเองยังมีความสำคัญและช่วยเสริมผลการตรวจร่างกาย การเจ็บป่วยอาจเป็นประสบการณ์ที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และในทางตรงข้ามอาจเป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรค

ความรู้ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลสามารถรับได้หลากหลายช่องทาง การได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนจากบุคลากรสุขภาพช่วยให้ผู้ใช้บริการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าการสอนทั่วไปที่เหมือน ๆ กัน หรือสอนเป็นกลุ่ม การได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง มีการสาธิต มีคู่มือให้ทบทวน และเป็นลักษณะรายบุคคลที่มีการประเมินความรู้และความต้องการก่อนมีผลอย่างมากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

เจตคติ หรือทัศนคติ เป็นความคิดเห็น ความรู้สึกที่สั่งสม อาจมาจากความเชื่อ ประสบการณ์ เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ถ้าบุคคลได้รับความรู้ที่ถูกต้อง หรือมีการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วส่งผลดี การประเมินเจตคติมีความแตกต่างจากการวัดความรู้

แรงจูงใจ เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความปรารถนาจะปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้อง อาจเป็นกระบวนการ เป็นกิจกรรม การให้คุณค่า สวัสดิการ การให้รางวัล

การรับรู้ บุคคลจะมีการรับรู้ต้องผ่านการได้รับความรู้มาก่อนแล้วได้ตรงตรง เกิดเป็นความเชื่อ การประเมินความรู้แตกต่างจากการวัดความรู้ ตัวอย่างงานวิจัย มีดังนี้

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตโดยรวมที่แตกต่างกัน และปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตโดยรวม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อความบังเอิญ

อภิญา ธรรมแสง (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาสัดส่วนและปัจจัยสำคัญของการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น รวม 56 ชุมชน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร รายได้ อาชีพ และเพศ สำหรับกลุ่มออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีอุปสรรค คือ สุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน ไม่มีอุปกรณ์ เป็นต้น

ธาริณี กาญจนวัลย์ (2551 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง คือ เพศหญิง อายุ การมีสถานภาพสมรส การมีอาชีพเป็นข้าราชการ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การบริการของสถานบริการสุขภาพ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ และสามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 23.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2.2 ปัจจัยระดับครอบครัว

ครอบครัว เป็นระบบย่อยของชุมชนและเป็นระบบหลักของบุคคลที่ประกอบกันเป็นสมาชิกภายใต้โครงสร้างของครอบครัวที่มีพัฒนาการระยะต่าง ๆ กัน สมาชิกแต่ละคนของครอบครัวมีบทบาทเฉพาะและบทบาทร่วม การศึกษางานวิจัยพบปัจจัยระดับครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแล และลักษณะโครงสร้างของครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นทั้งสิ่งนำเข้าและกระบวนการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมมีหลายระดับและระดับครอบครัวถือว่ามีผลอย่างมากทั้งพฤติกรรมสุขภาพภายนอกและพฤติกรรมสุขภาพภายใน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับครอบครัวที่สำคัญ คือ ความรัก ความเอื้ออาทร การช่วยเหลือด้านบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย วัสดุอุปกรณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร

ผู้ดูแล ครอบครัวที่มีสมาชิกต้องพึ่งพาอาศัยด้วยพัฒนาการตามวัย เช่น เด็กและผู้สูงอายุ หรือเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย ความพิการ สมาชิกในครอบครัวอาจเป็นคนเดียวหรือหลายคนต้องปรับบทบาทหรือเพิ่มบทบาทเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีลักษณะเชิงประชากรเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ดังนั้น ลักษณะเชิงประชากรของผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งที่จะสนับสนุนหรือส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกที่พึ่งพา โดยเฉพาะถ้าผู้ดูแลเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกยิ่งขึ้น

ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิก ครอบครัวขยายจะมีตัวแบบของพฤติกรรมมากกว่าหนึ่งรุ่น (generation) อาจพบได้ทั้งความสอดคล้องและความขัดแย้งของความคิด ทักษะคิด ขณะที่ครอบครัวเดี่ยวอาจไม่มีตัวแบบถ้าต่างคนต่างอยู่ ที่สำคัญการสนับสนุนทางสังคมอาจมีน้อยกว่าครอบครัวขยาย

ตัวอย่างงานวิจัย มีดังนี้

ภัทรพร ไพเราะ (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมพบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุและพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปีและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

อินทราพร พรหมปรากฏ (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุน ทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภา เทียงธรรม อาภาพร เผ่าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2553 : บทคัดย่อ) พัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดนครปฐม ผลพบว่าโปรแกรม 4 สัปดาห์ ๆ ที่ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเน้นการสื่อสารโน้มน้าว จูงใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การอบรมเน้นให้เกิดความกลัวด้วยสไลด์และภาพ และทำแบบประเมิน กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อสม. เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทและวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง การเลือกซื้อและปรุงอาหาร การเลือกประเภทอาหาร โดยโภชนากรเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง ผลดีของการควบคุมอาหารกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช และตัวแบบด้านบวก และสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับรู้ประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมและเพียงพอต่อการป้องกันโรคโดยนักกายภาพบำบัด และตัวแบบด้านบวก โปรแกรมเหล่านี้เพิ่มค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงแต่ลดค่าเฉลี่ยรอบเอวในระยะติดตามผล

2.2.3 ปัจจัยระดับกลุ่มคน / ชุมชน

กลุ่มคน/ประชาชน ที่รวมกันเป็นชุมชนย่อมมีปัจจัยลักษณะทางประชากรและลักษณะเฉพาะอื่น ๆ ของบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัวนำมาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตด้านสุขภาพระดับกลุ่มคน / ชุมชน ด้วย ปัจจัยที่นำมาพิจารณาทั้งด้านบวกและด้านลบ เป้าหมายของการปรับเปลี่ยน/เปลี่ยนแปลง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนต้องการให้ชุมชนมีสุขภาพที่ยั่งยืน คือ การพึ่งพา ตนเองและเป็นแบบอย่างของชุมชนอื่น ๆ

การศึกษางานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาลักษณะ โครงการฯ โปรแกรมฯ กระบวนการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ คือ ได้รูปแบบ แบบจำลอง/โมเดล ขั้นตอน/กระบวนการ ปัจจัยสำคัญระดับกลุ่มคน/ชุมชน นอกจากความรู้ การรับรู้ แล้วยังพบปัจจัยอื่น ๆ เช่น บทบาทของผู้นำ เครือข่าย นโยบาย การเข้าถึงข้อมูล และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

ตัวอย่างงานวิจัย มีดังนี้

ชลอ อินทรชว และคณะ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในจังหวัดนนทบุรี พบว่าวิถีชีวิตประจำวัน บริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้มีอัตราป่วยและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

วิยะดา หารวิวัฒน์ และคณะ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร : กรณีศึกษาชุมชนริมเขื่อน พบว่าชุมชนมีภาวะด้านสุขภาพที่เฉพาะของชุมชน เช่น พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลหลังคลอด ปัญหาด้านการสาธารณสุขบางอย่าง ชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชุมชนแต่ละเรื่อง ชุมชนให้น้ำหนักความสำคัญแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสภาพพื้นฐาน และการรับรู้ของชุมชน

วนิดา สุขจิต แสงเดือน สุวรรณรัศมี และประภิต วาทีสาธกิต (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาการทำงานกับภาคประชาชนในโครงการควบคุมยาสูบ พบว่าต้องประกอบด้วย การเปิดช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานกับภาคประชาชน การสร้างความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนร่วมรู้และร่วมมือปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ การสนับสนุนผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ การสร้างกระแสค่านิยมคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ และการทำให้ประเด็นบุหรี่เป็นประเด็นสาธารณะอย่างต่อเนื่อง

ศิริพร สมบูรณ์ และคณะ (2553 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่าโปรแกรมเน้นกิจกรรม 1) สร้างความรู้เรื่องอาการแพ้พิษสารเคมี อาการที่สังเกตได้กับอาการที่รู้สึก วิเคราะห์ความสัมพันธ์การโยงภัย ภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3) สำรวจความเป็นอยู่และสภาพการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ บุคลากรสุขภาพพร้อมทั้งให้คำแนะนำการรับสภาพความเป็นอยู่ใหม่เหมาะสมช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ผลดีการปฏิบัติตามคำแนะนำ

วีณา เทียงธรรม และคณะ (2554 : บทคัดย่อ) ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ผลพบว่าโปรแกรมประกอบด้วย 4 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจัดระบบความคิด ความเชื่อ เน้นกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโดยการเสนอตัวแบบด้านลบด้วยสไลด์และวิดีโอ อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 2 เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและรับรู้ในผลลัพธ์ของการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยให้ความรู้อาหารเบาหวานจากนักกำหนดอาหารและฝึกทักษะการแบ่งกลุ่มอาหาร การคิดเมนูอาหารตามสัดส่วน ฝึกเลือกอาหารจริงตามสัดส่วนและลงบันทึก สัปดาห์ที่ 3 เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและรับรู้ในผลลัพธ์ของการรับประทานยาและการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือเดินแอโรบิกแบบพื้นบ้านโดยเภสัชกรและตัวแบบด้านบวก สัปดาห์ที่ 4 เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและรับรู้ในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมดูแลเท้าและสุขอนามัยทั่วไปโดยการบรรยายประกอบสไลด์ การฝึกถอดเท้า การตรวจเท้า การตัดเล็บ การบริหารเท้า และมีการอภิปรายทบทวนสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น

การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย เพื่อค้นหาวิธีการในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดย เดย์ และคณะ (Day et al. 2011 : Abstract) ได้เสนอแนะให้ใช้นโยบายของรัฐเป็นปัจจัยในการช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มร่วมกับแนวปฏิบัติต่าง ๆ

โดยสรุปจากการทบทวนงานวิจัยจะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือวิถีชีวิตด้านสุขภาพยังเป็นตัวแปรร่วมกันทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับกลุ่มและระดับชุมชน เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่แล้วเกิดจากปัจจัยร่วมหรือหลาย ๆ ปัจจัย

2.3 แนวคิดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนนอกจากเปรียบได้กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของชุมชนแล้ว ยังเป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือวิถีชีวิตของชุมชน ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในชุมชน (Internal Influences) และภายนอกที่เป็นสิ่งแวดล้อมของชุมชน (External Influences) ซึ่งแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน สามารถมองได้หลายแนวทางตามศาสตร์ที่นำมาคิดวิเคราะห์ หรือมองในลักษณะการบูรณาการศาสตร์เข้าหากัน หรือเป็นการศึกษาภายใต้แนวนโยบายขององค์การโดยเฉพาะระดับประเทศ ทั้งนี้ในการศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนต้องมีความเข้าใจระบบและเป้าหมายของชุมชน พิจารณาครอบคลุมทั้ง แนวราบและแนวตั้ง การมองชุมชนในแนวราบ คือ สนใจด้านกายภาพ/ แผนที่ชุมชน/ ระบบโดยรอบชุมชน ในแนวตั้ง คือ สนใจด้านพัฒนาการของชุมชน ลักษณะร่วมและลักษณะต่างของประชากร การปฏิสัมพันธ์ของชุมชน เป็นต้น ผลลัพธ์ที่เกิดจากการศึกษาแต่ละครั้งจะพบปัจจัยภายในที่แสดงถึงจุดแข็ง (ศักยภาพ) ด้านสุขภาพของชุมชน และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน สำหรับปัจจัยภายนอกจะบอกถึงผลกระทบด้านต่าง ๆ การได้รับประโยชน์บางประการ นโยบาย / ระเบียบ กลุ่มผู้คน วัฒนธรรมด้านสุขภาพที่เคลื่อนย้ายโดยจะเชื่อมโยงวิถีชีวิตเข้ากับภาวะสุขภาพ (Health Status) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) และศักยภาพชุมชนด้านสุขภาพ (Community Health Competencies) (Alverson and Kessler. 2012 : 365) แนวคิดที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างดังนี้

2.3.1 แนวคิดทางระบาดวิทยา เน้นการศึกษาอัตราอุบัติการณ์ ความชุก และสัดส่วนของการเจ็บป่วย/โรค ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) และปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant Factors) ปัจจัยคุกคาม (Threaten Factors) แล้วนำมาแสดงในรูปความสัมพันธ์ของสาเหตุกับการเกิดโรค (Web of Causation) (วรารคนา ผลประเสริฐ. 2553 : 20-25) แผนภูมิกำบังปลา แผนภูมิต้นไม้ เป็นต้น

2.3.2 แนวคิดทางสังคมและพฤติกรรม เป็นแนวคิดที่มีพัฒนาการอยู่ตลอดเวลา มีความหลากหลายและเชื่อมต่อ รวมทั้งมีการบูรณาการโดยเป้าหมายอยู่ที่การพัฒนาวิถีของชุมชนอย่างมีส่วนร่วมและเป็นหุ้นส่วนเพื่อความผาสุกของประชากรในชุมชน การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนที่สำคัญ คือ เน้นการศึกษาวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) (โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์. 2557 :) ที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนและพึ่งพาตนเอง ด้วยการเสริมความเข้มแข็งในวิถีชีวิต กระบวนการวัฒนธรรม และการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ปัจจัยสำคัญอีกมุมมองหนึ่งในการศึกษาตามแนวคิดนี้ คือ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงฐานะ ความเป็นอยู่ กิจกรรมตามช่วงเวลา ปริมาณและคุณภาพของสาธารณูปโภค ทุนทางสังคมที่มีอยู่และใช้ในชุมชน

การบริการสุขภาพ เป็นต้น ที่สำคัญคือศึกษาความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมสุขภาพ ตัวอย่าง คือ การศึกษาในบางระยะ (Phase) ของกรอบ PRECEDE – PROCEDE Framework (Green and Kreuter. 1999 : 20-26)

2.3.3 แนวคิดหรือมุมมองเชิงนิเวศ (The Ecological Perspective) หรือโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) เน้นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาซึ่งกันและกันของปัจจัยต่าง ๆ ภายในและท่ามกลางในทุกระดับของปัญหาสุขภาพ เน้นให้เห็นชัด ๆ ถึงปฏิสัมพันธ์ของผู้คนกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Krug et al. 2002 : 12-13) โดยอธิบายได้ดังนี้

1) มุมมองเชิงนิเวศระดับภายในบุคคล หมายถึง ลักษณะสำคัญส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ เป็นต้น

2) มุมมองเชิงนิเวศระดับระหว่างบุคคล หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคลกับกลุ่มหลัก (กลุ่มของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกัน) ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และคนรุ่นราวคราวเดียวกัน ซึ่งให้เอกลักษณ์ทางสังคม การสนับสนุนและคำจำกัดความของบทบาท

3) มุมมองเชิงนิเวศระดับชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยทางชุมชน ปัจจัยทางสถาบัน และนโยบายสาธารณะ

ปัจจัยทางชุมชน คือ เครือข่ายและบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งมีอยู่อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการในหมู่คน กลุ่ม และองค์กรต่าง ๆ

ปัจจัยทางสถาบัน คือ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ นโยบาย และโครงสร้างแบบไม่เป็นการ ซึ่งอาจจำกัดหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่แนะนำให้ทำ

นโยบายสาธารณะ คือ นโยบายท้องถิ่น ภาค ส่วนกลาง และกฎหมาย ซึ่งบังคับหรือสนับสนุนการกระทำและการปฏิบัติที่ดีสำหรับการป้องกันโรค การตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม การควบคุมโรคและการจัดการ

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนตามมุมมองเชิงนิเวศวิทยา จึงมุ่งที่ปัจจัย 5 ระดับ ที่มีอิทธิพล คือ ปัจจัยภายในบุคคลหรือปัจจัยส่วนบุคคล (Intrapersonal or Individual Factors) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factors) ปัจจัยทางสถาบันหรือปัจจัยทางองค์กร (Institutional of Organizational Factors) ปัจจัยทางชุมชน (Community Factors) และปัจจัยทางนโยบายสาธารณะ (Public Policy Factors) เยาวภา อชิตสุวรรณ (2554 : 54)

ในมุมมองเชิงนิเวศวิทยาระดับชุมชน อาจสรุปได้ คือ

(1) พฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดโดยพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะ ตัวอย่างเช่น การที่ผู้หญิงไม่ไป

ตรวจมะเร็งเต้านมโดยแมมโมแกรม นอกจากมาจากความกลัวว่าจะตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลแล้ว ยังขึ้นกับความยากในการนัดตรวจ ค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูง แพทย์อาจจะไม่แนะนำให้ตรวจด้วยวิธีนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกฎระเบียบด้วย

(2) มีความเป็นไปได้ในเรื่องของการสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Causation) ระหว่างบุคคลภายใต้สภาพแวดล้อมของบุคคล ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงถูกกำหนดและกำหนดสภาพสังคม / สิ่งแวดล้อม

การนำโมเดลนี้ไปใช้จะต้องจัดกิจกรรมให้เกิดการปรับเปลี่ยนในหลาย ๆ ระดับ เช่น คลินิกดูแลสุขภาพที่ให้บริการกับคนงานจะทำให้คนงานเลิกสูบบุหรี่ได้ ต้องมีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน หรือสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ รวมทั้งผู้ที่สูบบุหรี่จะต้องเกิดความตระหนักเห็นถึงโทษของการสูบบุหรี่ยอมรับประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และเพื่อน ๆ ที่ทำงานทั้งหญิงและชายจะต้องไม่สนับสนุนการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2.3.4 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE – PROCEED Model) ของ กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter. 1999 : 20-26)

แบบจำลองนี้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) ซึ่งการดำเนินการเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์ปัจจัยหรือสาเหตุของพฤติกรรมก่อนนำไปวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อแผนงานส่งเสริมสุขภาพต่อไป ปัจจัยที่สำคัญ ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยทางสังคม ทางชีวการแพทย์ ทางพฤติกรรมและทางการบริหาร ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Kreuter เป็นแบบจำลองที่มีเป้าประสงค์หลักของการให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Input) ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ ผู้วางแผนจึงต้องพิจารณาผลลัพธ์ก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไปว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ส่งผลต่อกระบวนการวางแผน หลักการประกอบด้วย 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

(1) หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการระบุงชี้ปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนอย่างชัดเจนในการพัฒนา / กำหนดแนวทาง และการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment Education Model) ของไฟร์ (Freire)

(2) บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมืองและสังคม

PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Model นี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ 2 ระยะ คือ ระยะการวินิจฉัย เป็นการประเมินวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมอันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เรียกระยะนี้ว่า PRECEDE และระยะวางแผนส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกำหนดนโยบาย กฎ ข้อบังคับ การจัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เกิดสุขภาวะ เรียกระยะนี้ว่า PROCEED ย่อมาจาก Policy Regulatory and Organization Constructions in Education and Environment Development

PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา และการจัดองค์กร/บริการ (Education and organizational Diagnosis)

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Out-come Evaluation)

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุ บ่งชี้ และประเมินปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : Q.O.L) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาที่เกิดกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ เช่น จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา

การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จุดเน้นของระยะนี้เพื่อระบุสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่มิติด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพในระยะนี้จะช่วย

- (1) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
- (2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร

(3) มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงาน ร่วมกัน นอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหายังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้ด้วย เช่น ระบุผลลัพธ์อะไรบางอย่างที่ต้องการให้เกิด (What) และ มากน้อยเพียงใด (How much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย / เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

สรุปว่าการวินิจฉัยในระยะที่ 1 – 2 จะช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในระยะนี้มุ่งเน้นการระบุพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดิน ฟ้า อากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในระยะนี้ก็คือ การจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย นำมาวางแผนแก้ไขปัญหาดูด้วยการศึกษาได้ โดยสรุปการวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุชี้ไว้ในระยะที่ 1 – 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย ดังนั้นจึงควรต้องจัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรมว่ามีความสำคัญมากหรือน้อยและถ้าจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจะทำได้มากน้อย ดังตาราง

ตารางที่ 1 จัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)

การวิเคราะห์พฤติกรรมตามตารางสัมพันธ์ จะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยพฤติกรรมเป้าหมาย หรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมายที่จะต้องใช่วางแผนแก้ปัญหา ซึ่งสามารถวัดประเมิน ได้

ความสำคัญ / ความสามารถ ในการเปลี่ยนแปลง	สำคัญมาก	สำคัญน้อย
สามารถเปลี่ยนแปลงได้มาก	1. ความสำคัญมากและ เปลี่ยนแปลงได้มาก	3. สำคัญน้อยแต่ เปลี่ยนแปลงได้มาก
สามารถเปลี่ยนแปลงได้น้อย	2. สำคัญมาก แต่ เปลี่ยนแปลงได้น้อย	4. สำคัญน้อยและ เปลี่ยนแปลงได้น้อย

ควรนำพฤติกรรมเป้าหมายและสิ่งแวดล้อมเป้าหมายในช่อง 1 และ 2 มากำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน ส่วนช่องที่ 3 อาจนำมาใช้ด้วยเหตุผลทางการเมือง ส่วนช่อง ที่ 4 ไม่นำมาพิจารณาในการกำหนดเป็นพฤติกรรมเป้าหมายหรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมาย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling Factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing Factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้ คือ การระบุสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวก และลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้ หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องระบุเลยว่าต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะสติ การรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในที่จะนำไปสู่การกระทำปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ เช่น การได้รับความรู้ ได้รับเปลี่ยนแปลง ทักษะสติ ได้รับการสร้างค่านิยม

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ปัจจัยนี้อาจเอื้อหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรมได้

ปัจจัยเสริมแรง เป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย

ในระยะนี้มุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กร ซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่น การวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงาน

การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงาน ว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

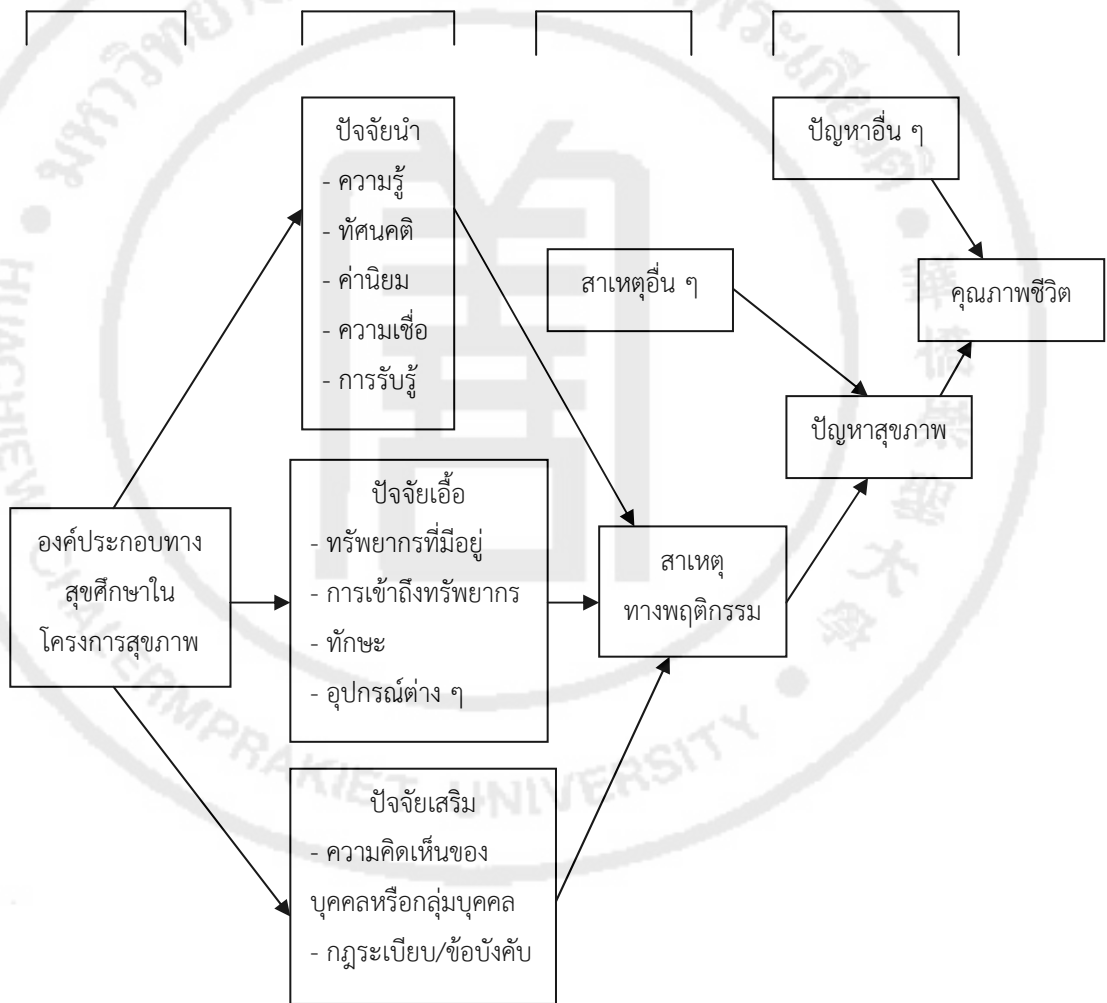
ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานตามวัตถุประสงค์ ระยะสั้นที่ส่งต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปี ๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้

แผนภูมิที่ 1 แบบจำลอง PRECEDE

ขั้นตอนที่ 6	ขั้นตอนที่ 4 – 5	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 1 – 2
การวินิจฉัย ทางการบริหาร	การวินิจฉัยทาง การศึกษาและ การเลือกกลยุทธ์ ทางการศึกษา	การวินิจฉัย ทางพฤติกรรม	การวินิจฉัย ทางสังคม และ ระบาดวิทยา



ที่มา: Green et al. 1980 : 14 – 15

ตัวอย่างงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์สหปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ อุมาพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2554 : บทคัดย่อ) ศึกษาการดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการดูแลผสมผสานประกอบด้วย การใช้อาหารและสมุนไพร มีการนัดและสมาชิกประกอบ โดยปัจจัยเอื้อ คือ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิได้ง่ายและมีเวลา ปัจจัยเสริม คือ บทบาทของบุคลากร บทบาทของผู้นำท้องถิ่น ซึ่งปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ปิยนุช บุญดวง ชนานุช พันธุ์เพียง และชาติรี คาชมพู่ (2555 : บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนา ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก อำเภอเมืองสกลนคร พบปัจจัยนำ คือ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลัง ปัจจัยเอื้อ คือ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีผู้ดูแล มี อสม. ช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการ ปัจจัยเสริม คือ การมีส่วนร่วมบริการของบุคลากรที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานพัฒนาสังคมฯ สำนักงานประกันสังคมฯ ชมรมคนพิการฯ ตัวแทน ภาคประชาชน อสม. เป็นต้น โดยการสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอก ครอบครัวมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการฯ

บันเทิง สุพรรณ และคณะ (2555 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อาชีพและรายได้ ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ทักษะในการใช้ทรัพยากร และบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ

งานวิจัยในต่างประเทศ มีการศึกษาผลของแบบจำลอง PRECEDE ในการให้ความรู้ต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและระดับ HbA1c ความดันโลหิต ไขมันและดัชนีมวลกายใน ผู้ป่วยเบาหวาน 6 ชุมชน ในประเทศสเปน (Salinero – Fort, et al. 2011 : Abstract) พบว่ากลุ่มที่ ใช้แบบจำลอง PRECEDE มีระดับ HbA1c และความดันโลหิต Systolic ลดลง งานวิจัยเสนอแนะ ศึกษาปัจจัยเสริมด้านการนำบทบาทบุคลากรสุขภาพในการให้ความรู้โดยใช้กรอบ PRECEDE

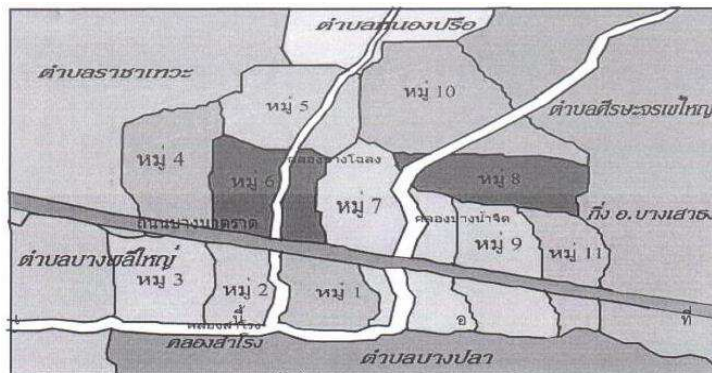
2.4 บริบทของตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

2.4.1 ความเป็นมาของชุมชน

ตำบลบางไฉลง ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางไฉลง ซึ่งได้รับการประกาศจัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลจากกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2538 คำว่า “บางไฉลง” อาจเพี้ยนมาจาก “บางชีหลง” โดยเล่ากันว่าแม่ชีพายเรือมาตามลำคลอง ซึ่งมีอยู่มากมายและวกวนไปมาหาทางกลับไม่ถูก กระทั่งพบชาวบ้านจึงสอบถามเส้นทางกลับไปถูก จึงเรียกสถานที่แห่งนี้ว่า “บางชีหลง” หรือ “ไฉลง” เป็นภาษาขอมที่เพี้ยนมาจากคำว่า “จรรโลง” แปลว่า ยก ยกในที่นี้อาจบ่งบอกถึงสภาพท้องถื่นมีการยกยออยู่ตามลำคลอง หรือมีการยกเรือ ลากเรือในช่วงฤดูแล้ง ซึ่งในอดีตทุ่งบางไฉลงเป็นที่ราบลุ่ม พื้นที่เป็น “เรือกสวนไร่นา บ่อปลา” (เจตจรรยา บุญญกุล. 2557 : 68) เมื่อเวลาผ่านไปเป็นระยะเวลาอันยาวนานจึงเรียกพื้นที่แห่งนี้ว่า “บางไฉลง” ปัจจุบันตำบลบางไฉลง อยู่ในเขตการปกครองของอำเภอบางพลี ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านคลองบางไฉลง หมู่ 2 บ้านเกาะบางไฉลง หมู่ 3 บ้านคลองบางขวางบน หมู่ 4 บ้านคลองบางขวางล่าง หมู่ 5 บ้านคลองบางไฉลงบน หมู่ 6 บ้านคลองบางไฉลงล่าง หมู่ 7 บ้านคลองบางน้ำจืดบน หมู่ 8 บ้านคลองบางน้ำจืด หมู่ 9 บ้านคลองบางตะเคียน หมู่ 10 บ้านคลองบางน้ำจืดล่าง และหมู่ 11 บ้านคลองโองแตก พ.ศ. 2520 เริ่มมีการก่อตั้งหมู่บ้านในตำบล ด้วยการจัดสรรแบ่งพื้นที่ออกเป็นซอยและตั้งชื่อซอยต่าง ๆ ตามนามสกุลของคนในชุมชน แต่ละซอยแบ่งออกเป็นซอยย่อย ๆ อีกหลายซอย ต่อมาประชาชนในชุมชนสร้างที่อยู่อาศัยแบบให้เช่า และมีการขายที่ดินให้กับประชาชนได้อยู่อาศัยอย่างถาวร ปัจจุบันมีการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม หมู่บ้านจัดสรรจำนวนมาก โดยเฉพาะประชาชนจากต่างจังหวัด แฝงเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เป็นจำนวนมาก

2.4.2 อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี ทิศใต้ ติดต่อกับคลองสำโรง ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี ทิศตะวันออก ติดต่อกับตำบลศิระชะระเข้ใหญ่ กิ่งอำเภอบางเสาธง ทิศตะวันตก ติดต่อกับตำบลบางพลีใหญ่ และตำบลราชาเทวะ อำเภอบางพลี ดังภาพ



2.4.3 ลักษณะภูมิประเทศ

ส่วนใหญ่พื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีลำคลองอยู่มากกระจายทั่วไป ดินซึ่งอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การประกอบอาชีพเกษตรกรรม เดิมประชากรส่วนใหญ่ใช้พื้นที่ในการเกษตร แต่ในปัจจุบันเนื่องจากมีโรงงานอุตสาหกรรม หมู่บ้านจัดสรร และอาคารพาณิชย์ พื้นที่การเกษตรจึงน้อยลง

สภาพภูมิอากาศ มี 3 ฤดู เช่นเดียวกับพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทย คือ ฤดูร้อน ฤดูฝน และฤดูหนาว

2.4.4 การคมนาคม

การเดินทางเข้าสู่พื้นที่ตำบลบางโฉลง มี 3 เส้นทางหลัก คือ ทางน้ำ โดยเรือ ทางบก มีถนนหลายสาย ได้แก่ ถนนบางนา – ตราด ถนนวัดศรีวารีน้อย – ลาดกระบัง ถนนเทพารักษ์ และถนนยกระดับบูรพาวิถี สำหรับทางอากาศนั้นใกล้สนามบินสุวรรณภูมิ ระหว่างหมู่บ้านมีถนนและซอยจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่ผิวจราจรเป็นคอนกรีต

2.4.5 การปกครอง

มีกำนันและผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำ มีคณะกรรมการชุมชนตามจำนวนที่กฎหมายกำหนด

2.4.6 แหล่งน้ำ

ตำบลบางโฉลง มีแหล่งน้ำสำคัญภายในตำบลที่ใช้ในการอุปโภค บริโภค และทำการเกษตร ซึ่งมาจากแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่านคลองต่าง ๆ ตามธรรมชาติ และมีคลองที่ขุดขึ้นมา คลองสำคัญ คือ คลองบางโฉลง อยู่ในเขตพื้นที่หมู่ 1 2 5 และ 6 คลองหนองโสน อยู่ในเขตพื้นที่หมู่ 4 5 และ 6 คลองบางน้ำจืด อยู่ในพื้นที่หมู่ 1 7 8 และ 10 และคลองสำโรง อยู่ในพื้นที่หมู่ 1 2 3 9 และ 11 เป็นต้น สำหรับน้ำประปาได้รับบริการจำหน่ายจากการประปานครหลวง

2.4.7 การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง ดำเนินการจัดเก็บและนำไปกำจัดเองภายนอกตำบลโดยการฝังกลบอย่างถูกสุขลักษณะในพื้นที่ของเอกชน

2.4.8 ประชากร

พ.ศ. 2555 มีประชากร รวม 34,877 คน เป็นชาย 16,790 คน หญิง 18,087 คน อัตราประชากรหนาแน่นเฉลี่ย 1,041 คน : ตารางกิโลเมตร อาศัยอยู่ใน 24,716 ครัวเรือน

2.4.9 อาชีพ

เดิมประชาชนในตำบลมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก รองลงมา คือ เลี้ยงปลา เนื่องจากพื้นที่อุดมสมบูรณ์ มีน้ำพอเหมาะ แต่ในปัจจุบันได้มีการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม และหมู่บ้านจัดสรร รวมทั้งอื่น ๆ เข้ามามากจึงมีประชากรแฝงเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เพื่อประกอบอาชีพ โดยเฉพาะรับจ้างใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม พื้นที่ส่วนใหญ่จึงเปลี่ยนเป็นสิ่งก่อสร้างขนาดใหญ่ เช่น โรงงานอุตสาหกรรม หมู่บ้านจัดสรร และอาคารพาณิชย์ต่าง ๆ ทำให้พื้นที่การเกษตรน้อยลง แต่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีโอกาสการประกอบอาชีพตามความต้องการของแต่ละบุคคล

การใช้ที่ดิน ตำบลบางโหลงยังมีพื้นที่ทางเกษตรอยู่มากกว่า 5,000 ไร่ โดยเกษตรกรส่วนใหญ่จะเพาะปลูกผลไม้ เช่น มะม่วง กัลย มะพร้าว มะนาว และพืชผักอื่น ๆ เช่น ผักกระเฉด ตะไคร้ ข่า ด้านการประมงมีการเลี้ยงปลาเบญจพันธุ์ กบ และกุ้ง เป็นต้น

2.4.10 องค์กรชุมชน

นอกจากที่ทำการบริหารส่วนตำบลบางโหลงแล้ว ตำบลบางโหลง ยังมีองค์กรต่าง ๆ ทั้งด้านการศึกษา ศาสนา แหล่งบริการสุขภาพ และการเกษตร เช่น วัด จำนวน 2 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย 4 แห่ง สถานรับเลี้ยงเด็ก 1 แห่ง โรงเรียน 5 แห่ง วิทยาลัย 1 แห่ง มหาวิทยาลัย 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานเกษตรอำเภอ บางพลี รวมทั้งศาลเจ้าอีก 2 แห่ง นอกจากนี้ยังมีสถานประกอบการด้านอุตสาหกรรม และพาณิชย์กรรมอีกจำนวนมาก

2.4.11 ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี

ศาลเจ้าพ่อขุนไกลเป็นสถานที่เคารพสักการะของชาวตำบลบางโหลงมาเป็นเวลาช้านาน แต่เดิมก่อนนางขาว พูลเจริญ จะเสียชีวิตได้มีการจัดงานบูชานมัสการเป็นประจำทุกปี ประชาชนชุมชนบางโหลงเชื่อกันว่า เจ้าพ่อขุนไกลเป็นเทพเทวดามาจากสรวงสวรรค์ ซึ่งท่านจะปกป้องคุ้มครองรักษาคนในชุมชน ศาลเจ้าพ่อขุนไกล ตั้งอยู่ระหว่างรอยต่อของ หมู่ 6 บ้านคลองบางโหลง กับหมู่ 7 บ้านคลองบางน้ำจืดบน

ศาลเจ้าพ่อหลวงคงเพชร เป็นสถานที่ที่ชาวตำบลบางโหลงและใกล้เคียง มาสักการบูชาเป็นเวลาช้านาน ตั้งอยู่ที่ริมฝั่งคลองบางโหลง ตามประวัติกล่าวไว้ว่า เจ้าพ่อหลวงคงเพชร เป็นแม่ทัพที่มีฝีมือดีในสมัยสุโขทัย ชาวสุโขทัยได้จัดทำศาลเจ้าพ่อหลวงคงเพชรขึ้น เพื่อเป็นที่สักการบูชา ต่อมาได้มีชาวบ้านในตำบลบางโหลงเดินทางไปนมัสการศาลเจ้าพ่อหลวงคงเพชรที่จังหวัดสุโขทัย ได้เห็นถึงความศักดิ์สิทธิ์ จึงได้อัญเชิญมาประดิษฐานที่ตำบลบางโหลง

ในวันที่ 22 – 23 เมษายน ของทุกปีมีพิธีไทย โดยปิดทองและสร่งน้ำพระเจ็ดวัด ชาวบ้านจะนำเครื่องสังเวยมาบูชาเจ้าพ่อหลวงคงเพชร และช่วงบ่ายจะทำพิธี “ส่งเรือ” เป็นพิธีสะเดาะเคราะห์ให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ

2.4.12 ปฏิทินชุมชน

ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำกิจกรรมร่วมกันในช่วงเวลา 1 ปี ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๆ คือ ทำบุญตักบาตรในวันปีใหม่และจัดงานสังสรรค์ที่วัด เดือนเมษายน มีพิธีรดน้ำขอพรผู้สูงอายุ เนื่องในเทศกาลสงกรานต์ โดยใช้บริเวณวัดเป็นหลักร่วมของชุมชนและในเดือนนี้จะมีพิธีแห่เทียนรอบหมู่บ้านชุมชนบางโหลงด้วย เดือนกรกฎาคม ประชาชนจะทำบุญและเข้าโบสถ์ฟังธรรมในประเพณีเข้าพรรษา เดือนสิงหาคม จัดงานวันแม่แห่งชาติโดยจุดเทียนชัยถวายพระพรที่วัด เดือนตุลาคม ในวันออกพรรษาจะร่วมกันตักบาตรเทโวในตอนเช้าและเข้าโบสถ์ฟังธรรม เดือนพฤศจิกายน

มีประเพณีลอยกระทงที่วัดเพื่อขอขมาพระแม่คงคา เดือนธันวาคม จัดงานวันพ่อที่วัดร่วมกัน จะเห็นว่าชุมชนใช้วัดเป็นแหล่งรวมของประเพณีและวัฒนธรรมซึ่งมีผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณของประชาชนเป็นอย่างยิ่ง

2.4.13 การบริการสุขภาพชุมชน

ประชาชนในตำบลบางโหลงสามารถไปใช้บริการด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งในจังหวัดสมุทรปราการและใกล้เคียง เนื่องจากการคมนาคมสะดวกและมีแหล่งบริการที่หลากหลาย ทั้งชนิดการบริการและระดับการบริการ สำหรับในส่วนของตำบลบางโหลงนั้น มีโรงพยาบาลเอกชน ขนาด 120 เตียง คือ โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี ซึ่งเป็นของกระทรวงสาธารณสุข และยังมีสถานพยาบาลเอกชนอีกจำนวนเกือบ 10 แห่ง นอกจากนี้ยังมีร้านขายยาทั้งยาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ด้านการสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งชายและหญิงตามมาตรฐานทุกหมู่บ้าน

การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ประชาชนที่ไม่มีสิทธิข้าราชการหรือประกันสังคม จะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ที่โรงพยาบาลเซ็นทรัลปาร์ค และแหล่งอื่น ๆ ตามความต้องการและความสะดวก สำหรับโรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค รับผิดชอบการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) และให้บริการสุขภาพในชุมชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบ ยกตัวอย่างการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดบริการตามวัน – เวลา ราชการ ทั้งในสถานที่และในชุมชน มีความร่วมมือในกิจกรรมทางสุขภาพกับโรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

ความเจ็บป่วยของประชาชนตำบลบางโหลงที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 อันดับแรก ใน พ.ศ. 2555 คือ

อันดับที่	โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค	อันดับที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
1	โรคความดันโลหิตสูง	1	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก
2	โรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน อักเสบติดเชื้อ	2	โรกระบบทางเดินหายใจ
3	โรคไขมันในเลือดสูง	3	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม
4	โรคเบาหวาน (ไม่มีโรคแทรก)	4	โรกระบบไหลเวียนเลือด
5	โรคคออักเสบเฉียบพลัน	5	ไม่สามารถจำแนกได้

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE – PROCEED Model ของ กรีน และครูเตอร์ ค.ศ. 1999 โดยเลือกเฉพาะในระยะที่ 4 คือ วินิจฉัยด้านการศึกษา เลือกศึกษาปัจจัย 3 ด้าน ที่จะมผลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และเจตคติในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การชมเชย และการได้รับการยอมรับเป็นแบบอย่าง และระยะที่ 3 ในการประเมินทางพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ วิถีชีวิตด้านสุขภาพที่แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสภาพ ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กำหนดวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาชนและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนได้

(1) กลุ่มประชาชน คือ ประชาชนทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปและอาศัยประจำในหมู่บ้าน ซึ่งมีจำนวน 11 หมู่บ้าน ของตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยนับย้อนหลังจากวันที่ศึกษาซึ่งมีจำนวน 6,845 คน

(2) กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชนในชุมชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยครั้งนี้เรียกหมู่บ้านว่าชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

(1) กลุ่มประชาชน

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร One – sample proportion test (Bernard. 2010 : 302)

$$n_0 \geq \frac{p_0(1 - p_0) \left(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta} \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{p_0(1-p_0)}} \right)^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n_0 \geq \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

ทั้งนี้ ให้ออกาส (p_1) ที่จะมีการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพประมาณร้อยละ 50 ดังนี้

1. $p_1 = 0.5$
2. ข้อผิดพลาดระหว่างค่าสัดส่วนของตัวอย่างและค่าสัดส่วนของประชากรมีได้ไม่เกิน 5% หรือ $|p_1 - p_0|$ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5% จะได้ค่า $p_0 = 0.45$
3. ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 10% = $Z_{1-0.10} = 1.282$
4. Power of the test เท่ากับ 75% หรือ $\beta = 0.25 = Z_{1-0.25} = 0.69$
5. ขนาดประชากร $N = 6,845$ คน

เมื่อแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างน้อยสุด 367 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณได้อีกประมาณ 10% คือ 403.7 คน จึงได้ปรับ ขนาดตัวอย่างเป็น 405 คน

การเลือกตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างเชิงระบบแบบจัดชั้น (Stratified Systematic Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดกลุ่มชุมชนตามขนาดประชากร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ชุมชนที่ 8 (163 คน), 10 (196 คน), 11 (210 คน)

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ชุมชนที่ 2 (398 คน), 3 (578 คน), 4 (514 คน), 5 (417 คน)

กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ชุมชนที่ 1 (875 คน), 6 (768 คน), 9 (898 คน)

กลุ่มที่ 4 ได้แก่ ชุมชนที่ 7 (1832 คน)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกชุมชนในแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนของประชากรและเก็บข้อมูลเชิงระบบ

กลุ่มที่ 1 เลือกชุมชนที่ 10 เก็บข้อมูลเชิงระบบใน 6 คน เก็บข้อมูล 1 คน ได้ 32 คน

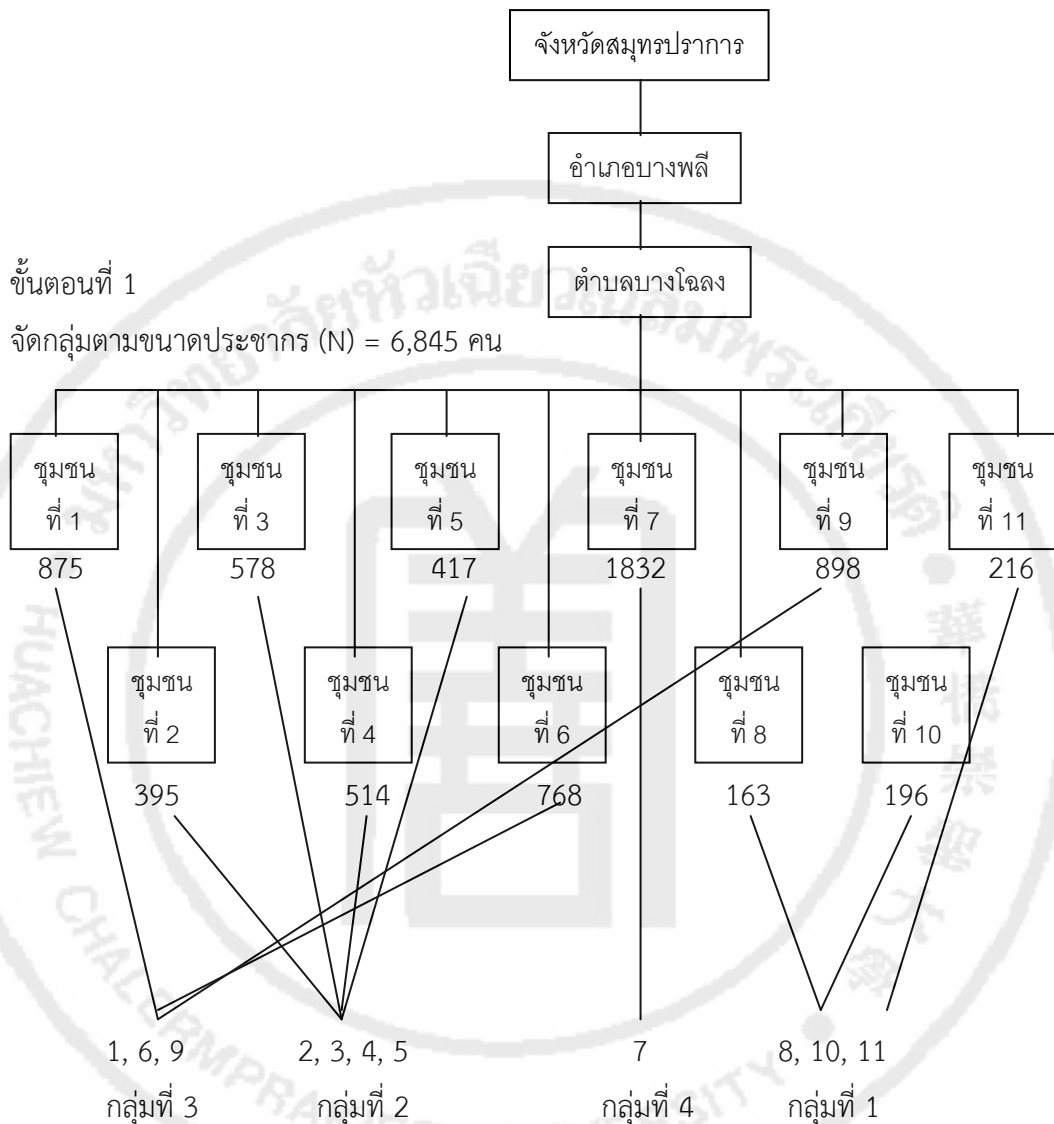
กลุ่มที่ 2 เลือกชุมชนที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงระบบใน 10 คน เก็บข้อมูล 1 คน ได้ 57 คน และชุมชนที่ 5 เก็บข้อมูลเชิงระบบใน 7 คน เก็บข้อมูล 1 คน ได้ 59 คน

กลุ่มที่ 3 เลือกชุมชนที่ 6 เก็บข้อมูลเชิงระบบใน 10 คน เก็บข้อมูล 1 คน ได้ 76 คน และชุมชนที่ 9 เก็บข้อมูลเชิงระบบใน 12 คน เก็บข้อมูล 1 คน ได้ 74 คน

กลุ่มที่ 4 เลือกชุมชนที่ 7 เก็บข้อมูลเชิงระบบใน 17 คน เก็บข้อมูล 1 คน ได้ 107 คน

รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 405 คน ตามที่คำนวณไว้ตั้งสรุปแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ขั้นตอนที่ 2

สุ่มเลือกเชิงระบบ (n) = 405 คน

กลุ่มที่ 1 เลือกชุมชนที่ 10 ได้ 32 คน

กลุ่มที่ 2 เลือกชุมชนที่ 5 และ 3 ได้ 59 + 57 คน = 116 คน

กลุ่มที่ 3 เลือกชุมชนที่ 9 และ 6 ได้ 74 + 76 คน = 150 คน

กลุ่มที่ 4 ชุมชนที่ 7 ได้ 107 คน

และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างสำรวจการสูญหาย เช่น บ้านปิด ไปทำงาน ไม่สมัครใจให้ข้อมูล อีก 15 คน คือ ในกลุ่มที่ 1 อีก 2 คน กลุ่มที่ 2 อีก 4 คน กลุ่มที่ 3 อีก 4 คน และกลุ่มที่ 4 อีก 5 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 420 คน

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- 2) อาศัยประจำในตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยนับย้อนหลังจากวันที่ศึกษา
- 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลวิจัยได้ด้วยตนเอง
- 4) มีความสนใจและยินดีให้ข้อมูล

(2) **กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง** เลือกอย่างเจาะจง จำนวน 10 คน โดยให้มีเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง 1 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชน ที่ดูแลสุขภาพประชาชนในตำบลบางโฉลง แห่งละ 1 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละชุมชนอีก 6 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ชุด (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย

(1) **แบบบันทึกลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน** เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นขณะสำรวจชุมชน แบ่งเป็นข้อมูลลักษณะทางกายภาพ 7 ข้อ และข้อมูลชนิดและจำนวนทุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ

(2) **แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน** เพื่อให้ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 ข้อ

(3) **แบบสอบถามวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน** เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลครอบครัว และข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและเติมข้อความ เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ ข้อมูลครอบครัว 13 ข้อ และข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแล 12 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ

ส่วนที่ 2 วิถีชีวิตด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสภาพ

1. วิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร 8 ข้อ การออกกำลังกาย 4 ข้อ การพักผ่อน 7 ข้อ การจัดการกับความเครียด 10 ข้อ และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด 8 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้ตอบตามความถี่ของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ 1 – 7 วัน

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติ 7 วัน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน คิดค่าคะแนน = 5

ปฏิบัติ 5 – 6 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน คิดค่าคะแนน = 4

ปฏิบัติ 3 – 4 วัน หมายถึง ปฏิบัติบ่อย คิดค่าคะแนน = 3

ปฏิบัติ 1 – 2 วัน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คิดค่าคะแนน = 2

และ ไม่เคยปฏิบัติเลย คิดค่าคะแนน = 1

การแปลผล

การประเมินวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คิดเป็นระดับจากค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน และโดยรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.33 – 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 3.32 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับต่ำ

2. วิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ แบ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วย 7 ข้อ และการป้องกันอุบัติเหตุ 7 ข้อ รวมจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดให้ตอบตามความถี่ของการปฏิบัติด้านนี้ต่อสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน และค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเช่นเดียวกับกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3. วิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย 1 ข้อ การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น 1 ข้อ การดูแลสุขภาพทางเลือก 1 ข้อ และการใช้ยาอีก 1 ข้อ รวมจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดให้ตอบการปฏิบัติแต่ละด้านในช่องว่างโดยอิสระ

4. วิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ใช้ถามเฉพาะบุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคเรื้อรังหรือมีความพิการเท่านั้น แบ่งเป็นการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง 1 ข้อ และการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีความพิการ 1 ข้อ รวมจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดให้ตอบการปฏิบัติในช่องว่างโดยอิสระ

(4) แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต

ด้านสุขภาพของชุมชน ใช้สัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยนำ มี 2 ด้าน คือ ด้านความรู้ และด้านเจตคติที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ

ด้านความรู้ แบ่งเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 7 ข้อ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุ 4 ข้อ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง 6 ข้อ และด้านการฟื้นฟูสภาพ 4 ข้อ รวมจำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูกต้อง ให้ค่าคะแนน = 1

ตอบไม่ถูกต้อง ให้ค่าคะแนน = 0

การแปลผล

การประเมินความรู้ คิดเป็นระดับจากค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม คือ

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.00 หมายถึง มีความรู้ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.34 – 0.66 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.33 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ด้านเจตคติ แบ่งเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 4 ข้อ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุ 4 ข้อ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง 4 ข้อ และด้านการฟื้นฟูสภาพ 4 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุด ถึง ไม่เห็นด้วยเลย

ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความทุกประการ/
ทั้งหมด ให้ค่าคะแนน = 5

เห็นด้วยมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความเป็นส่วนใหญ่/
มากกว่าครึ่ง ให้ค่าคะแนน = 4

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความเพียงครึ่งเดียว
ให้ค่าคะแนน = 3

เห็นด้วยน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความไม่ถึงครึ่ง
ให้ค่าคะแนน = 2

ไม่เห็นด้วย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ให้ค่าคะแนน = 1

การแปลผล

การประเมินเจตคติ คิดเป็นระดับจากค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและรวม โดย

ค่าเฉลี่ย 3.34 – 5.00 หมายถึง มีเจตคติระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 3.33 หมายถึง มีเจตคติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีเจตคติระดับต่ำ

ปัจจัยเอื้อ เป็นข้อความปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากการเข้าถึงปัจจัยเอื้อในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ

ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน

เข้าถึงได้ง่ายที่สุด/มากที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด ให้ค่าคะแนน = 5

เข้าถึงได้ง่าย/มาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นส่วนใหญ่/มากกว่าครึ่ง ให้ค่าคะแนน = 4

เข้าถึงได้ปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ เพียงครึ่งเดียว ให้ค่าคะแนน = 3

เข้าถึงได้น้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพไม่ถึงครึ่ง ให้ค่าคะแนน = 2

ไม่สามารถเข้าถึงได้เลย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเลย ให้ค่าคะแนน = 1

การแปลผล

การประเมินปัจจัยเอื้อ คิดเป็นระดับจากค่าคะแนนเฉลี่ย คือ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.34 – 5.00 หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับดี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 3.33 หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับต่ำ

ปัจจัยเสริม เป็นข้อความแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากใช่ที่สุด – ไม่ใช่เลย

ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน

ใช่ที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด ให้ค่าคะแนน = 5

ใช่มาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่/มากกว่าครึ่ง ให้ค่าคะแนน = 4

ใช่ปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเพียงครั้งเดียว ให้ค่าคะแนน = 3

ไข่น้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพไม่ถึงครึ่ง ให้ค่าคะแนน = 2

ไม่ใช่เลย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเลย ให้ค่าคะแนน = 1

การแปลผล

การประเมินปัจจัยเสริม คิดเป็นระดับจากค่าคะแนนเฉลี่ย คือ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.34 – 5.00 หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับดี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 3.33 หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับต่ำ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นทั้ง 4 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และด้านการสาธารณสุข 1 ท่าน (ภาคผนวก ง) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พิจารณาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยใช้เกณฑ์การกำหนดคะแนนดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อไม่แน่ใจข้อความนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะพฤติกรรมนั้นหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละข้อแล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดออก

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนในหมู่บ้าน ตำบลบางโหนดที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในข้อคำถาม การตอบ ระยะเวลาที่ใช้และนำมาปรับปรุง

4. หาความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 – 0.80 ไว้

5. หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ ด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total Correlation) ด้วยวิธีพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ก่อน คือ ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปเป็นข้อคำถามที่ดี ได้ข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ

การหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้นี้ใช้คอมพิวเตอร์ในโปรแกรม SPSS โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล ตามที่ได้นำเสนอไว้ในข้อที่ 5

6. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

6.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร K.R. – 20 (Kuder – Richardson Formula 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum pq}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ n	แทนจำนวนข้อของแบบทดสอบ
S_t	แทนค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ
p	แทนสัดส่วนของคนที่ตอบถูก
q	แทน 1 – P

6.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และวิถีชีวิตด้านสุขภาพทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α	แทนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละประเภท
K	แทนจำนวนข้อของแบบสอบถาม
S_i^2	แทนความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
S_t^2	แทนผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

แบบสอบถามเจตคติ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบสอบถามวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

3.4 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและจริยธรรมวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำแบบยินยอมให้ข้อมูลวิจัยในขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยคำชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย สิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการให้ข้อมูลวิจัย และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์เท่านั้น
2. ผู้วิจัยชี้แจงสาระสำคัญของ การวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการลงนามยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการระบุชื่อ หรือสิ่งใด ๆ ที่เป็นการเปิดเผยว่า ข้อมูลที่ได้เป็นของกลุ่มตัวอย่างคนใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและไม่มีการนำไปเผยแพร่ในลักษณะอื่นที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการสรุปผลการวิจัย จะเป็นการวิเคราะห์โดยภาพรวม
4. การขอความยินยอม ผู้วิจัยขอจากผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตรง ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากกรให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงแม้จะลงชื่อยินยอมตั้งแต่แรกแล้วก็ตาม หากเมื่อดำเนินการไปช่วงหนึ่งแล้ว รู้สึกไม่อยากเข้าร่วมการวิจัยต่อไป ก็สามารถถอนตัวออกจากกรให้ข้อมูลได้

ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2556 ตามรหัส อ.145/2556 (ภาคผนวก ก)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 โดยคณะผู้วิจัยและมีการมอบหมายให้นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ซึ่งผ่านการศึกษารายวิชาวิจัยทางการพยาบาลและรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนแล้วเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเกิดการเรียนรู้ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในเครื่องมือวิจัย ชุดที่ 3 และชุดที่ 4

2. การเตรียมนักศึกษาเพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละประมาณ 8 – 10 คน ให้อยู่ภายใต้การดำเนินการของอาจารย์ที่เป็นผู้วิจัยร่วม 1 คน
 - 2) ปรุมนิเทศโครงสร้างการวิจัย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ชุดที่ 3 และชุดที่ 4
 - 3) ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลคู่กับอาจารย์ผู้วิจัย และทดลองเก็บด้วยตนเองตามลำดับ
 - 4) นำผลการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมาอภิปรายในกลุ่มโดยมีอาจารย์ผู้วิจัยให้การเสนอแนะ
 - 5) ดำเนินการเก็บข้อมูลจริง
3. ขออนุญาตองค์การบริหารส่วนตำบลบางไฉลง และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยประชาสัมพันธ์
 4. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเอกสารคำชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอม (ภาคผนวก ข)
 5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตของผู้วิจัย (เครื่องมือชุดที่ 1) การสัมภาษณ์โดยนักศึกษา และอาจารย์ผู้วิจัย (เครื่องมือชุดที่ 3 และชุดที่ 4) และการสัมภาษณ์เจาะลึกโดยผู้วิจัย (เครื่องมือชุดที่ 2)
 6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จัดทำรหัสและคู่มือสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ข้อมูลลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชนใช้การพรรณนา
3. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแล และข้อมูลวิถีชีวิตด้านสุขภาพของการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
4. ข้อมูลวิถีชีวิตด้านสุขภาพส่วนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับจากค่าคะแนนเฉลี่ย
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และวิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ และความคิดเห็นในการที่จะทำให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพมีความถูกต้องอย่างยั่งยืน ของประชาชนในตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจำนวน 418 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสุขภาพ และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 10 คน ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

- 4.1 ลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน
- 4.2 ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะภายในครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- 4.3 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- 4.4 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- 4.5 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสุขภาพและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน และแนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

4.1 ลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน

การพูดคุยกับประชาชนที่พบและสังเกตสภาพทั่วไปของชุมชน โดยเฉพาะในส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพนอก เนื่องจากข้อมูลทุติยภูมิในการจัดทำแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2556 – 2558) ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางโหลง พบว่า

4.1.1 ลักษณะทางกายภาพ

พื้นที่ส่วนใหญ่ของชุมชนด้านนอก ๆ ติดกับถนนหลัก เป็นอาคารพาณิชย์ซึ่งใช้เป็นที่อยู่อาศัยด้วย บางแห่งค่อนข้างแออัดทั้งยานพาหนะและประชาชนในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในส่วนของตรอก ซอย ซึ่งมีเป็นจำนวนมากเป็นที่พักอาศัย ถ้าเป็นห้องแถวจะใช้ประกอบอาชีพด้วย ลักษณะเหมือนชุมชนภาคกลางโดยทั่ว ๆ ไป ประชาชนมีอาชีพที่หลากหลาย เช่น ค้าขายประเภทต่าง ๆ มีตลาดสด ในซอยที่มีความลึกหรืออยู่ห่างจากถนนหลักมาก ยังมีพื้นที่เป็นบ่อกึ่ง บ่อกบ และบ่อปลา

สวนผลไม้ มีลำคลองปลูกผักกระเฉด สวนผลไม้ที่พบมากคือ มะม่วง กล้วยน้ำว่า ผักสวนครัว เช่น ตะไคร้ ข่า บางชุมชนมีโรงงานอุตสาหกรรมและสถานที่พักอาศัยของผู้ประกอบการ มีหอพักเอกชนค่อนข้างมาก เนื่องจากผู้ประกอบการอาชีพรับจ้าง โรงงานอุตสาหกรรม และนักศึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกพื้นที่ (ประชากรแฝง)

ในภาพรวมของพื้นที่ ยังมีพื้นที่การเกษตรที่สมบูรณ์ เพราะมีคลองผ่านทุกชุมชน ชุมชนบางส่วนใกล้คลองยังใช้น้ำเพื่อกักขังน้ำอื่น ๆ ด้วย การคมนาคมสะดวกทั้งทางบกและทางน้ำ ประชาชนใช้รถยนต์ส่วนตัวและรถรับจ้าง รวมทั้งรถจักรยานยนต์ส่วนตัวจำนวนมาก มีรถประจำทางผ่านในทางหลัก ฐานะทางเศรษฐกิจของชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพ และมีรายได้ที่เพียงพอ สรุปรายงาน ถนน/ซอย ลำคลอง พื้นที่การเกษตร และสถานประกอบการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนถนน ซอย คลอง พื้นที่การเกษตร และสถานประกอบการของชุมชน

ชุมชน	ถนน (สาย)	ซอย	คลอง (สาย)	พื้นที่ การเกษตร (ไร่)	สถาน ประกอบการ หลัก ๆ (แห่ง)
หมู่ 3	11 (คอนกรีต 10)	10 (คอนกรีต 10)	ลำโรง บางขวาง	13	12
หมู่ 5	3 (คอนกรีต 3)	2 (คอนกรีต 2)	หนองโสน	1,076	11
หมู่ 6	21 (คอนกรีต 19)	18 (คอนกรีต 16)	หนองโสน	628	37
หมู่ 7	17 (คอนกรีต 17)	15 (คอนกรีต 15)	แสนแสบ ชวดหมัน	336	183
หมู่ 9	16 (คอนกรีต 16)	16 (คอนกรีต 16)	ลำโรง แสนแสบ	623	38
หมู่ 10	11 (คอนกรีต 8)	5 (คอนกรีต 5)	บางน้ำจืด	1,927	10
รวม	79	65	6	4,593	291

4.1.2 ทูทางสังคม

นอกจากองค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลงแล้ว ตำบลบางโฉลง ยังเป็นชุมชนที่มีทูทางสังคมหลากหลายและค่อนข้างมาก จำแนกที่สำคัญ ๆ ได้ ดังนี้

1) ด้านสาธารณูปโภค

(1) การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล พบว่ามีมูลฝอยบางส่วนทิ้งอยู่ทั่วไปเนื่องจากพื้นที่เป็นแหล่งค้าขายสิ่งอุปโภคบริโภค มีการสัญจรของประชาชนตลอดเวลา ซึ่งโดยทางการแล้ว การดำเนินการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลของชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลเก็บเองแล้วนำไปฝังกลบในพื้นที่เอกชน ตำบลบางปลาและแพรกษา

(2) การประปา ชุมชนใช้บริการประปานครหลวง แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

(3) การสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล มีรถดับเพลิง รถกระเช้า รถบรรทุกน้ำ

(4) ตลาด มีตลาดสดและตลาดนัด จำนวน 11 แห่ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นของเอกชน มีร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูปและมินิมาร์ทมากกว่า 100 แห่ง

2) ด้านการศึกษา

ตำบลบางโฉลง มีสถานศึกษาตั้งอยู่ในชุมชนต่าง ๆ มีทั้งระดับประถมศึกษา (4 แห่ง) มัธยมศึกษา (1 แห่ง) วิทยาลัย (วิทยาลัยเกริก) และมหาวิทยาลัย คือ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ นอกจากนี้ยังมีศูนย์พัฒนาปฐมวัย 4 แห่ง และสถานรับเลี้ยงเด็ก 1 แห่ง

3) ด้านการบริการสุขภาพ

ชุมชนตำบลบางโฉลงมีสถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ โดยง่ายและสะดวก มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิของเอกชน 1 แห่ง (โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มีสถานพยาบาลเอกชน (คลินิก 8 แห่ง) ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 14 แห่ง และแผนโบราณ 1 แห่ง นอกจากนี้พื้นที่ใกล้เคียง โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลตะวันออก ยังมีโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ

4) ด้านวัฒนธรรมและการจรรโลงจิตใจ

ประชาชนเกือบทั้งหมดในชุมชนนับถือศาสนาพุทธ สถานที่รวมของจิตใจแห่งหนึ่งคือ วัด ซึ่งปัจจุบันวัดของตำบลบางโฉลง ยังเป็นแหล่งท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในเทศกาลต่าง ๆ วัดที่รู้จักกันทั่วไป คือ วัดบางโฉลงใน และวัดบางโฉลงนอก

นอกจากนี้ยังมีศาลเจ้า ซึ่งประชาชนในพื้นที่ให้ความเคารพ คือ ศาลเจ้าพ่อหลวงคงเพ็ชร จะมีพิธีปิดทองในวันที่ 22 - 23 เมษายน ของทุก ๆ ปี

5) ด้านสังคม

มีธนาคาร 4 แห่ง ปั้มน้ำมัน 1 แห่ง สำนักงานเกษตร (อำเภอบางพลี) มีกลุ่มสตรีหลาย อาชีพในหมู่ที่ 9 เช่น ผลิตน้ำยาล้างจาน น้ำยาปรับผ้านุ่ม ประดิษฐ์โองสวยงาม ย้อมผ้าบาติก เป็นต้น

6) ด้านบุคคล

ผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการของชุมชน คือ กำนัน ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบล มีสมาชิกสภาฯ จำนวน 22 คน มีบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

มีทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมให้บริการในสถานบริการและในชุมชนที่สถานบริการนั้น ๆ รับผิดชอบ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละชุมชนมีจำนวนเพียงพอ และมีความเข้มแข็งในการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย

ผู้นำชุมชนตามธรรมชาติ ผู้รู้ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน

4.2 ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะภายในครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชน ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 418 คน จาก 5 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 3 ร้อยละ 14.60 (61 คน) หมู่ที่ 5 ร้อยละ 14.60 (61 คน) หมู่ที่ 6 ร้อยละ 19.62 (82 คน) หมู่ที่ 7 ร้อยละ 26.78 (112 คน) หมู่ที่ 9 ร้อยละ 15.79 (66 คน) และหมู่ที่ 10 ร้อยละ 8.61 (36 คน)

4.2.1 ลักษณะส่วนบุคคล

พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 73.92 : 26.08 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.09 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 61-70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.58 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.36 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.39 ไม่มีอาชีพ (ทำงานบ้าน) ร้อยละ 38.55 ผู้มีอาชีพหลัก คือ ค้าขาย และรับจ้างแบบมีช่วงเวลาประจำ ร้อยละ 21.53 และ 10.53 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพเสริม ร้อยละ 85.17 มีรายได้ต่อเดือน \leq 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 31.82 รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 22.49 และ 16.27 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.20 พอใช้ และเหลือเก็บ ร้อยละ 32.78 และไม่พอใช้ต้องขอยืม/กู้ยืม 11.24 มีบุตร 2 คน มากที่สุด คือ ร้อยละ 41.86 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และ จำนวนบุตร (n=418)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	309	73.92
ชาย	109	26.08
อายุ		
35 – 40 ปี	44	10.53
41 – 60 ปี	201	48.09
61 – 70 ปี	99	23.69
71 – 80 ปี	56	13.39
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	18	4.30
(X̄=57.65 ปี, S.D.=12.73 ปี), (Max=89 ปี, Min=35 ปี)		
สถานภาพสมรส		
คู่	295	70.58
หย่า/แยกกันอยู่	83	19.86
โสด	40	9.56
ศาสนา		
พุทธ	407	97.36
คริสต์	7	1.67
อิสลาม	4	0.97
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	30	7.18
ประถมศึกษา	265	63.39
มัธยมศึกษา	81	19.37
ปริญญาตรี	38	9.09
สูงกว่าปริญญาตรี	4	0.97

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และ จำนวนบุตร (n=418) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	180	43.07
ว่างงาน / ทำงานบ้าน	157	37.56
เกษียณอายุงาน	23	5.51
ทำงาน	238	56.94
ค้าขาย	90	21.53
รับจ้าง มีช่วงเวลาประจำ	44	10.53
ประกอบอาชีพส่วนตัว (บ่อกุ้ง บ่อกบ สวนผลไม้)	28	6.69
อื่น ๆ (ทำงานหลายอย่าง)	25	5.98
รับจ้างเป็นกะ / เวิร์ / ช่วง	22	5.27
รับงานมาทำที่บ้าน (แรงงานนอกระบบ)	22	5.27
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	7	1.67
อาชีพเสริม		
ไม่มี	356	85.17
มี (ทำงานส่วนตัว รับจ้าง)	62	14.83
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	85	20.33
มีรายได้	333	79.67
≤ 5,000 บาท	133	31.82
5,001 – 10,000 บาท	94	22.49
10,001 – 15,000 บาท	38	9.09
> 15,000 บาท	68	16.27
$(\bar{X}=6,582.12, S.D.=8,851.14), (Max=50,000, Min=0)$		
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	214	51.20
พอใช้ เหลือเก็บ	137	32.78
ไม่พอใช้ ต้องขอยืม / กู้ยืม	47	11.24
อื่น ๆ (ไม่แน่นอน ไม่ตอบ)	20	4.78

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และ จำนวนบุตร (n=418) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	214	51.20
พอใช้ เหลือเก็บ	137	32.78
ไม่พอใช้ ต้องขอยืม / กู้ยืม	47	11.24
อื่น ๆ (ไม่แน่นอน ไม่ตอบ)	20	4.78
จำนวนบุตร		
ไม่มี	17	4.07
มี	401	95.93
1 คน	90	21.53
2 คน	175	41.86
3 คน	72	17.22
4 คน	19	4.55
5 คน	27	6.46
6 คน	10	2.40
7 คน	5	1.20
8 คน	2	0.48
9 คน	1	0.23

(\bar{X} =2.3 คน, S.D.=1.23 คน), (Max=9 คน, Min=0 คน)

4.2.2 ลักษณะภายในครอบครัว

เป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย ภรรยา/สามี และบุตร หรือไม่มีบุตร ร้อยละ 50.71 นอกนั้นเป็นครอบครัวขยาย คือประกอบด้วย ภรรยา/สามี บุตร และบิดา/มารดา ของภรรยา/สามี และบางครอบครัวมีญาติพี่น้องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง บางครอบครัวมีหลาน กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว ร้อยละ 47.13 เป็นหัวหน้าของครอบครัว ร้อยละ 46.65 ที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นของตนเอง ร้อยละ 83.98 เป็นบ้านเดี่ยว มากกว่า 1 ชั้น ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียว ร้อยละ 44.26 รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 36.60 รองลงมา ได้แก่ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 28.71 ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.20 รองลงมา ได้แก่ พอใช้ เหลือเก็บ ร้อยละ 32.77

น้ำดื่ม เป็นน้ำประปามากที่สุด ร้อยละ 69.92 รองลงมาเป็นน้ำบรรจุขวด ร้อยละ 26.08 สำหรับน้ำใช้ส่วนใหญ่เป็นน้ำประปาเช่นกัน ร้อยละ 96.17 และพบว่ามีการใช้น้ำคลองแก่งสารส้ม และน้ำตักจากคลอง ร้อยละ 3.35 และ 0.48 อีกด้วย

การกำจัดขยะมูลฝอย ใช้ภาชนะเช่นถัง ถู บรรจุไว้ เพื่อให้รถขยะมาเก็บมากที่สุด ร้อยละ 62.68 นำไปทิ้งในที่รวมของชุมชน ร้อยละ 25.78 มีการใช้ส้วมซึมทั้งหมด คือ แบบราดน้ำมากที่สุด ร้อยละ 57.66 ที่เหลือเป็นแบบชักโครก ร้อยละ 42.34

การประกอบอาหารส่วนใหญ่ปรุงเอง ร้อยละ 84.92 นอกนั้นซื้อที่ปรุงสำเร็จแล้ว รับประทานนอกบ้าน ไม่นั่นนอน และซื้ออาหารบรรจุสำเร็จรูป การจัดเตรียมอาหารสำหรับครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี พบว่าปรุงเองมากที่สุดร้อยละ 69.84 มีการซื้อที่ปรุงเสร็จแล้ว ร้อยละ 15.87 และอาหารที่บรรจุซองหรือภาชนะสำเร็จรูป ร้อยละ 3.18 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะภายในครอบครัว (n=418)

ลักษณะภายในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	212	50.71
ครอบครัวขยาย	206	49.28
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	195	46.65
สมาชิกครอบครัว	197	47.13
ผู้อาศัย	26	6.22
ที่พักอาศัย		
ของตนเอง	351	83.98
เช่า / เช่า	49	11.73
ของญาติไม่เสียเงิน ของโรงงาน	18	4.29
ลักษณะที่พักอาศัย (จากการสังเกต)		
บ้านเดี่ยว ชั้นเดียว	185	44.26
บ้านเดี่ยว มากกว่า 1 ชั้น	209	50.00
ห้องแถว	10	2.40
ห้องเช่า อยู่มากกว่า 1 ครอบครัว	7	1.67
บ้านพักในโรงงาน	7	1.67

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะภายในครอบครัว (n=418) (ต่อ)

ลักษณะภายในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว/เดือน		
ไม่มีรายได้	33	7.90
มีรายได้	385	92.10
≤ 5,000 บาท	60	14.35
5,001 – 10,000 บาท	52	12.44
10,001 – 15,000 บาท	120	28.71
> 15,000 บาท	153	36.60
– (\bar{x} = 12,267.10 บาท, S.D. = 52,595.99 บาท), (Max = 1,000,000 บาท, Min = 0 บาท)		
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	214	51.20
พอใช้ เหลือเก็บ	137	32.77
ไม่พอใช้ ต้องขอยืม / กู้ยืม	47	11.25
ไม่ตอบ	20	4.78
น้ำดื่ม		
น้ำประปากรอง / ต้ม	291	69.62
น้ำบรรจุขวด	109	26.08
น้ำประปาจากก๊อก	18	4.30
น้ำใช้		
น้ำประปา	402	96.17
น้ำคลองแกว่งสารส้ม	14	3.35
น้ำต้มจากคลอง	2	0.48
การกำจัดขยะมูลฝอย		
ใส่ภาชนะให้รถเก็บขยะ	262	62.68
นำไปทิ้งในที่รวมของชุมชน	91	21.78
ทิ้งทั่วไป	48	11.48
ไม่แน่นอน	17	4.06

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะภายในครอบครัว (n=418) (ต่อ)

ลักษณะภายในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ส้วม		
ส้วมซึมรดน้ำ	241	57.66
ส้วมชักโครก	177	42.34
การประกอบอาหาร		
ปรุงเอง	355	84.92
ซื้อที่ปรุงสำเร็จแล้ว	55	13.16
รับประทานนอกบ้าน	4	0.97
ไม่แน่นอน	3	0.72
ซื้ออาหารที่บรรจุซอง หรือภาชนะอื่น ๆ สำเร็จรูป	1	0.23
อาหารของเด็กต่ำกว่า 3 ปี (n = 63)		
ปรุงเอง	44	69.84
ซื้อที่ปรุงสำเร็จแล้ว	10	15.87
ไม่แน่นอน	7	11.11
อาหารที่บรรจุซองหรือภาชนะอื่น ๆ สำเร็จรูป	2	3.18

4.2.3 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.53 ไม่มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นประจำ สำหรับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นประจำ ร้อยละ 39.47 อาการที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ ปวดศีรษะตอนเช้า ร้อยละ 18.18 ปวดขา ร้อยละ 12.12 และหายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 11.51 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคและได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์มี ร้อยละ 39.95 โดยโรค 5 อันดับแรก คือ เบาหวานและความดันเลือดสูง กล้ามเนื้อหลังอักเสบ ภูมิแพ้ ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 25.74 13.17 10.17 9.58 และ 7.78 ตามลำดับ

การดูแล/การรักษาโรคที่ได้รับการวินิจฉัยพบว่า พบแพทย์ตามนัดมากที่สุด ร้อยละ 46.70 รองลงมา ทายานวด น้ำมันนวด ร้อยละ 25.10 สำหรับสิทธิที่ใช้ในการรักษาโรค / ซึ้อยา / อุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความพิการ พบว่า ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 68.26 รองลงมา ใช้สิทธิข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30.53 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาโรค/ซึ้อยา/อุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความพิการไม่แพง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองและสมาชิกในครอบครัวว่า แข็งแรงดี มีความสะดวก/ง่ายในการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ

แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับสุขภาพ/การเจ็บป่วย/โรค เป็นโทรศัพท์มากที่สุด ร้อยละ 54.55 รองลงมาได้แก่ วิทยุและหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 35.17 และ 10.28 ตามลำดับ

ร้อยละ 44.50 ไม่มีความเสี่ยงภายในบ้านที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรืออันตรายต่อสุขภาพ ส่วนที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 55.50 พบว่ามีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสุนัข ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ แมว ร้อยละ 22.22 กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 84.44 อุบัติเหตุที่เคยได้รับ ร้อยละ 15.56 ส่วนใหญ่เป็นจักรยานล้ม การออกกำลังกาย และกีฬาที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำคือการเดินเล่น พบมากที่สุด ร้อยละ 50.96 นอกนั้นไม่ได้ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

(n=418)

ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ		
ไม่มีอาการผิดปกติ	253	60.53
มีอาการผิดปกติ (บางคนมีอาการมากกว่า 1 อย่าง)	165	39.47
ปวดศีรษะในตอนเช้า	30	7.18
ปวดขา	20	4.79
หายใจไม่อิ่ม	19	4.55
แน่นหน้าอก	17	4.07
ชามือและเท้า	15	3.59
เวียนศีรษะ	13	3.10
ปวดท้อง	12	2.87
ปวดข้อ	10	2.39
หน้ามืด	10	2.39
ไข้หวัด	7	1.68
นอนไม่หลับ	6	1.43
อื่น ๆ (มีเสมหะ ชา เดินไม่ได้)	6	1.43

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
(n=418) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพและการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์		
ไม่มีโรค	251	60.04
มีโรค (บางคนมีโรคมามากกว่า 1 อย่าง)	167	39.96
โรคเบาหวานและความดันเลือดสูง	43	10.29
กล้ามเนื้อหลังอักเสบ	22	5.27
ภูมิแพ้	17	4.07
ไขมันในเลือดและความดันเลือดสูง	16	3.83
ข้อเข่าเสื่อม	13	3.11
โรคเบาหวาน	10	2.40
โรคหัวใจและความดันเลือดสูง	9	2.15
เก๊าท์	6	1.44
ถุงลมโป่งพองเรื้อรัง	6	1.44
ความดันเลือด	5	1.20
อื่น ๆ (ความดันเลือดต่ำ วัณโรค โรคหัวใจ)	20	4.79
ต่อมลูกหมากโต ไตเสื่อม ต้อหิน)		
การดูแล/การรักษาโรคที่เป็น (n = 167)		
พบแพทย์ตามนัด	78	46.71
ทายานวด น้ำมันนวด	42	25.15
ซื้อยาเดิมรับประทาน	17	10.18
รับประทานยาแก้ปวด	17	10.18
หลาย ๆ อย่างและให้หายเอง	13	7.78
สิทธิที่ใช้ในการรักษาโรค/ซื้อยา/อุปกรณ์การแพทย์		
ที่เกี่ยวข้องกับความพิการ (n = 167)		
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	114	68.27
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	51	30.53
จ่ายเองทั้งหมด	1	0.60
ประกันชีวิต	1	0.60

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
(n=418) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพและการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ/ การเจ็บป่วย/โรค)		
โทรทัศน์	228	54.55
วิทยุ	147	35.17
หนังสือพิมพ์	43	10.28
ความเสี่ยงในบ้านที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรืออันตราย ต่อสุขภาพ (จากการสังเกตและสัมภาษณ์)		
ไม่มี	186	44.50
มี	232	55.50
สัตว์เลี้ยง	180	77.61
สุนัข	90	38.80
แมว	40	17.25
นก	18	7.76
กระต่าย	15	6.47
ไก่	15	6.47
กระรอกและเต่า	2	0.86
บันไดชันสูง/ชั้นบันไดห่างมาก	16	6.89
จัดบ้านไม่เป็นระเบียบ	15	6.46
แสงสว่างไม่เพียงพอ	11	4.74
พื้นลื่น / พื้นมีน้ำเปียก	8	3.44
มีของใช้ที่เป็นอันตรายต่อเด็ก	2	0.86
อุบัติเหตุที่เคยได้รับ		
ไม่มี	353	84.44
มี ส่วนใหญ่จากรยานล้ม	65	15.56
อุบัติเหตุที่สมาชิกในครอบครัวเคยได้รับ		
ไม่มี	353	84.44
มี (เล็กน้อย น้อย ๆ จำสาเหตุไม่ได้)	65	15.56

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
(n=418) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพและการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของการออกกำลังกายและกีฬาที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำ		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	205	49.04
เดินเล่น	213	50.96

4.3 วิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

4.3.1 วิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50

เมื่อพิจารณาวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านการพักผ่อน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.14, S.D. = 1.46) อยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและการจัดการความเครียด (Mean = 3.95, S.D. = 1.26 Mean = 3.91, S.D. = 1.59 และ Mean = 3.43, S.D. = 1.53 ตามลำดับ) และอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกายพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.76, S.D. = 1.64) อยู่ในระดับปานกลาง ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รายข้อ และโดยรวม (n=418)

วิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับของวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
1. การบริโภคอาหาร			
1.1 รับประทานอาหารเช้า	4.52	1.13	ดี
1.2 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	4.28	1.27	ดี
1.3 รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ	3.87	1.38	ดี
1.4 รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง หรืออบ หรือต้ม	3.94	1.19	ดี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รายข้อ และโดยรวม (n=418) (ต่อ)

วิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับของวิถีชีวิตด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ
1.5 หลีกเลี้ยงอาหารที่ใส่เครื่องปรุง ชูรส	3.45	1.55	ดี
1.6 รับประทานอาหารที่มีรสหวาน	2.74	1.35	ปานกลาง
1.7 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้ว	4.41	1.09	ดี
1.8 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	4.36	1.12	ดี
รวม	3.95	1.26	ดี
2. การออกกำลังกาย			
2.1 ออกกำลังกายจนกระทั่งเหงื่อออก	2.62	1.53	ปานกลาง
2.2 ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที	2.58	1.57	ปานกลาง
2.3 ใช้การเดินหรือปั่นจักรยานเมื่อเดินทาง ระยะไม่ไกล	3.20	1.67	ปานกลาง
2.4 ใช้บันไดแทนการขึ้นลิฟท์ / บันไดเลื่อน	2.66	1.77	ปานกลาง
รวม	2.76	1.64	ปานกลาง
3. การพักผ่อน			
3.1 นอนกลางคืนเฉลี่ยวันละ 6 – 8 ชม.	4.40	1.14	ดี
3.2 ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่สนใจ	3.32	1.62	ปานกลาง
3.3 ฟังวิทยุ หรือ / และดูโทรทัศน์ / อ่าน หนังสือพิมพ์	4.45	1.08	ดี
3.4 เล่นกับสัตว์เลี้ยง	2.44	1.73	ปานกลาง
3.5 พูดคุยกับเพื่อนบ้าน	4.20	1.87	ดี
3.6 พูดคุยกับญาติพี่น้อง	4.09	1.33	ดี
3.7 เข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้านที่สนใจ	2.49	1.47	ดี
รวม	4.14	1.46	ดี
4. การจัดการกับความเครียด			
4.1 แสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองอย่าง เปิดเผย	3.42	1.59	ดี
4.2 ให้อภัยและยอมรับข้อบกพร่องของคนอื่น	4.00	1.22	ดี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รายข้อ และโดยรวม (n=418) (ต่อ)

วิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับของวิถีชีวิตด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ
4.3 เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจจะผ่อนคลาย ความเครียดด้วยการฟังเพลง ดูภาพยนตร์ หรือเล่น กีฬา เป็นต้น	3.74	1.37	ดี
4.4 เมื่อมีปัญหาหมักจะปรึกษาสมาชิกใน ครอบครัวหรือคนใกล้ชิด	3.47	1.52	ดี
4.5 เมื่อมีความเครียดจะพยายามหาสาเหตุของ ความเครียดนั้น	3.34	1.48	ดี
4.6 เมื่อมีความเครียดมักจะแยกตัวอยู่ คนเดียว	2.00	1.40	ปานกลาง
4.7 มีเวลาพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด ในแต่ละวัน	3.95	2.34	ดี
4.8 หาทางพูดคุยและประนีประนอมกับผู้อื่น เมื่อมีความขัดแย้ง	3.41	1.46	ดี
4.9 มีเวลาและโอกาสจะสังสรรค์กับสมาชิกใน ครอบครัว	3.52	1.37	ดี
4.10 ปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้จิตใจสงบ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือกิจกรรมทางศาสนาที่ ตนเองนับถือ	3.45	1.50	ดี
รวม	3.43	1.53	ดี
5. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด			
5.1 ไม่ซื้อยาสูบรับประทานเอง	3.53	1.61	ดี
5.2 ไม่ใช้ยาโดยไม่ทราบสรรพคุณ	4.07	1.58	ดี
5.3 ไม่รับประทานยาหรือเครื่องดื่มชูกำลัง	3.76	1.66	ดี
5.4 ไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุคคลที่ใช้สิ่งเสพติด	4.28	1.49	ดี
รวม	3.91	1.59	ดี
โดยรวม	3.64	1.50	ดี

4.3.2 วิธีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุโดยรวม อยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านการป้องกันอุบัติเหตุ คือ Mean = 3.96, S.D. = 1.09 อยู่ในระดับดี แต่มีรายชื่อของการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง ส่วนด้านการป้องกันอุบัติเหตุ Mean = 3.68, S.D. = 1.37 อยู่ในระดับดีเช่นกัน โดยมีรายชื่ออยู่ระดับปานกลาง คือ การจัดทำบ้านบันได สะพานข้ามให้แข็งแรง การไม่เล่นกับสัตว์เลี้ยง และการหาความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ ตามรายละเอียดตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิธีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รายข้อ และโดยรวม (n=418)

วิธีชีวิตการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	Mean	S.D.	ระดับของวิธีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ
1. การป้องกันการเจ็บป่วย			
1.1 หาความรู้เรื่องการเจ็บป่วย/โรคและการป้องกัน	3.14	1.39	ดี
1.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	4.51	0.84	ดี
1.3 รับประทานอาหารครบทุกมื้อในปริมาณที่เพียงพอ	4.49	0.98	ดี
1.4 นอนหลับคืนละ 6 – 8 ชม.	4.52	0.95	ดี
1.5 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที	2.95	0.89	ปานกลาง
1.6 หลีกเลี่ยงสาร/สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้	4.02	1.40	ดี
1.7 ทำความสะอาดบ้าน ห้องครัว ห้องส้วม	4.12	1.19	ดี
รวม	3.96	1.09	ดี
2. การป้องกันอุบัติเหตุ			
2.1 หาความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ	3.05	1.50	ปานกลาง
2.2 จัดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย	4.01	1.21	ดี
2.3 ทำความสะอาดพื้นไม้ให้ลื่น	4.21	1.10	ดี
2.4 ซ่อมแซมบ้าน อุปกรณ์/เครื่องใช้ให้มีความปลอดภัย	3.34	1.46	ดี

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุดังกล่าวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รายข้อ แลโดยรวม (n=418) (ต่อ)

วิถีชีวิตการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	Mean	S.D.	ระดับของวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ
2.5 จัดทำบ้าน บันได สะพานข้ามให้แข็งแรง	3.33	1.53	ปานกลาง
2.6 ไม่เล่นกับสัตว์	3.17	1.79	ปานกลาง
2.7 เดินด้วยความระมัดระวัง	4.59	0.97	ดี
รวม	3.68	1.37	ดี
โดยรวม	3.82	1.23	ดี

4.3.3 วิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง

เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการเจ็บป่วย โดยแบ่งออกเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวส่วนใหญ่จะดูแลตนเองก่อน และการเจ็บป่วยที่มีอาการมากขึ้นต้องการการรักษาและการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า

การเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำตามตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างซึ่ยอมรับประทานเองมากที่สุด คือ ร้อยละ 50.47 รองลงมา คือ ไปคลินิกแพทย์ในละแวกบ้าน ร้อยละ 16.98 (หลายรายไปโรงพยาบาลเดิมที่เคยไป) บางรายรับประทานยาเดิมที่มีอยู่ และปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองหลายอย่างในแต่ละครั้ง และไม่เหมือนกันทุกครั้ง ทั้งนี้รวมการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสมาชิกครอบครัวด้วย ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจำแนกตามการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย

การดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย	จำนวน	ร้อยละ
ซึ่ยอมรับประทานเอง	211	50.47
ไปคลินิกแพทย์	71	16.98
ไปโรงพยาบาลเดิมที่เคยไป	25	5.98
รับประทานยาเดิมที่มีอยู่	25	5.98
พักผ่อนให้เพียงพอ	24	5.75

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจำแนกตามการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ต่อ)

การดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย	จำนวน	ร้อยละ
งดทำกิจกรรมหนัก ๆ	15	3.59
ดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไป	15	3.59
รับประทานอาหารอ่อน	12	2.87
ออกกำลังกาย	10	2.40
ใช้สมุนไพรรักษา	6	1.43
ไม่แพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ๆ	4	0.96
รวม	418	100.00

สำหรับการเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวประเมินว่าจะมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล พบว่า มีการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 37.32 ไปโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ ร้อยละ 30.63 ไปโรงพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 18.90 ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจำแนกตามการใช้สถานบริการสุขภาพเมื่อการเจ็บป่วยมากขึ้น

การใช้สถานบริการสุขภาพเมื่อการเจ็บป่วยมากขึ้น	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	156	37.32
โรงพยาบาลเอกชน	128	30.63
โรงพยาบาลรัฐบาล	79	18.90
คลินิก	34	8.13
ร้านขายยา	21	5.02
รวม	418	100.00

และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยมีการดูแลสุขภาพทางเลือกด้วยตนเอง ทั้งที่เป็นการเสริมจากการรักษาโดยแพทย์ และเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง คือ ออกกำลังกาย ร้อยละ 31.69 ใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 18.31 โดยระบุว่าใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร ร้อยละ 7.75 และมีการใช้ยาแผนโบราณ ร้อยละ 13.38 ตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดูแลสุขภาพทางเลือกเมื่อมีการเจ็บป่วยเสริมจากการรักษาของแพทย์ (n=142)

การดูแลสุขภาพทางเลือก	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกาย	45	31.69
ใช้ยาสมุนไพรต่าง ๆ	26	18.31
ยาแผนโบราณ	19	13.38
รับประทานอาหารที่ไม่มีแป้ง	17	11.97
นวดแผนไทย	17	11.97
รับประทานสมุนไพรฟ้าทะลายโจร	11	7.75
หมอพื้นบ้าน	7	4.93
รวม	142	100.00

เมื่อสอบถามเฉพาะเรื่องการใช้ยา พบว่า มีการใช้ยาทั้งที่แพทย์สั่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่ได้รับตามโรคที่แพทย์วินิจฉัย เช่น ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด ยาลดอาการปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน ใช้ยาเองเป็นประจำ (ร้อยละ 20.33) ยาที่ซื้อใช้เองเป็นสมุนไพร ร้อยละ 80 ยาลดกรด (antacid) ร้อยละ 20.00 สำหรับยาที่ใช้เมื่อจำเป็น มีจำนวน 30 คน คือ ยาลดปวดลดไข้ ที่ใช้มากที่สุด คือ Paracetamol ร้อยละ 96.67 ตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้ยาเองเป็นประจำและใช้เมื่อจำเป็น (n=115)

การใช้ยาเอง	จำนวน	ร้อยละ
ใช้เป็นประจำ (n = 85)		
ยาสมุนไพร	68	80.00
ยาลดกรด	17	20.00
ใช้เมื่อจำเป็น (n = 30)		
ยาแก้ปวดลดไข้ (Paracetamol)	29	96.67
ยาแก้เวียนศีรษะ (Stugeron)	1	3.33

4.3.4 วิธีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพ

แบ่งการฟื้นฟูสภาพออกเป็นเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเมื่อมีความพิการ กลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามตารางที่ 4 โดยพบโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามที่ได้รับความรู้ / คำแนะนำ จากบุคลากรสุขภาพ คือ เดินออกกำลังกาย ร้อยละ 14.37 ทำใจให้สงบ ร้อยละ 13.77 หลีกเลี้ยงและควบคุมอาหาร เช่น อาหารหวาน อาหารไขมันสูง และอาหารเค็ม ดังรายละเอียดตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง (n=167)

การฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ
เดินออกกำลังกาย	24	14.37
ทำใจให้สงบ	23	13.77
หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารหวาน	19	11.37
ควบคุมอาหาร	17	10.17
รับประทานยาสม่ำเสมอ	12	7.18
รับประทานยาให้ตรงเวลา	11	6.58
พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	11	6.58
ตรวจวัดความดันโลหิตประจำ	10	5.98
หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง	9	5.38
หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารเค็ม	9	5.38
พักผ่อนให้เพียงพอ	9	5.38
นวดแผนไทย	7	4.19
ซื้อยาสมุนไพรมาทาถู	6	2.79
รวม	167	100.00

สำหรับการฟื้นฟูสภาพเมื่อมีความพิการ การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน ที่เดินไม่ได้ อีก 1 คน มีการขาร่างกายซีกขวา ซึ่งทั้ง 2 คน ไม่มีการฟื้นฟูสภาพ แต่สามารถใช้ชีวิตตามปกติอยู่ในครอบครัว

4.4 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

4.4.1 ปัจจัยนำ

1) ความรู้

ปัจจัยนำที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนด้านความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 0.56, S.D. = 0.79)

2) เจตคติ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับดี (Mean=4.34, S.D.=0.70)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดและระดับของปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

ปัจจัยนำ	n	Mean	S.D.	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	ระดับของปัจจัยนำ
ความรู้	418	0.56	0.79	0.51	0.61	ปานกลาง
เจตคติ	418	4.34	0.70	4.24	4.51	ดี

เมื่อพิจารณาปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 0.61, S.D. = 0.22) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล Mean = 0.58, S.D. = 0.22, Mean = 0.52, S.D. = 0.13 และ Mean = 0.51, S.D. = 0.22 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และระดับของปัจจัยนำ
ด้านความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสร้างเสริม
สุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง
และการฟื้นฟูสุขภาพ

ปัจจัยนำ ด้านความรู้	n	Mean	S.D.	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	ระดับของ ปัจจัยนำ ด้านความรู้
ด้านการสร้างเสริม สุขภาพ	418	0.58	0.22	0.53	0.63	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการ เจ็บป่วยและ อุบัติเหตุ	418	0.61	0.22	0.56	0.66	ปานกลาง
ด้านการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง	418	0.51	0.22	0.46	3.56	ปานกลาง
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	418	0.52	0.13	0.47	0.57	ปานกลาง
รวม	418	0.56	0.79	0.51	0.61	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพแต่ละด้านจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าด้านการสร้างเสริมสุขภาพทุกข้ออยู่ระดับปานกลาง โดยการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ทุกข้ออยู่ระดับปานกลาง โดยการสวมหมวกกันน็อก ในขณะที่ขับจักรยานยนต์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น เรื่องยาปฏิชีวนะและการนวดแผนไทยอยู่ในระดับต่ำ โดยการรับประทานยาลดความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านการฟื้นฟูสุขภาพเกือบทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น เรื่องศัลยกรรมตกแต่ง อยู่ในระดับต่ำ โดยการพูดติดอ่างแก้ไขได้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รายละเอียดดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน และรายชื่อของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ

ความรู้ต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับของความรู้
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. การบริโภคอาหาร 5 หมู่	0.63	0.49	ปานกลาง
2. วิตามินและอาหารเสริม	0.54	0.41	ปานกลาง
3. การออกกำลังกาย	0.60	0.21	ปานกลาง
4. การทำงานให้เหงื่อออก	0.53	0.21	ปานกลาง
5. การพักผ่อน	0.58	0.20	ปานกลาง
6. การหาสาเหตุของความวิตกกังวล	0.54	0.18	ปานกลาง
7. บุหรี่	0.55	0.07	ปานกลาง
รวม	0.58	0.22	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ			
1. การบริโภคอาหารตรงเวลา	0.57	0.21	ปานกลาง
2. การล้างมือก่อนบริโภคอาหาร	0.63	0.20	ปานกลาง
3. วัคซีน	0.56	0.22	ปานกลาง
4. การสวมหมวกกันน็อค	0.66	0.24	ปานกลาง
รวม	0.61	0.22	ปานกลาง
ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง			
1. การรับประทานยาลดความเครียด	0.55	0.21	ปานกลาง
2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย	0.54	0.22	ปานกลาง
3. ยาปฏิชีวนะ	0.46	0.29	ต่ำ
4. สมุนไพร	0.54	0.20	ปานกลาง
5. การนวดแผนไทย	0.40	0.21	ต่ำ
รวม	0.51	0.22	ปานกลาง

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน และรายชื่อของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ (ต่อ)

ความรู้	Mean	S.D.	ระดับของ ความรู้
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ			
1. ความพิการของร่างกาย	0.50	0.20	ปานกลาง
2. การฟื้นฟูสุขภาพของร่างกาย	0.53	0.06	ปานกลาง
3. เด็กพูดติดอ่าง	0.55	0.10	ปานกลาง
4. ศัลยกรรมตกแต่ง	0.49	0.16	ต่ำ
รวม	0.52	0.13	ปานกลาง
โดยรวม	0.56	0.79	ปานกลาง

สำหรับปัจจัยนำด้านเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี Mean = 4.34, S.D. = 0.70 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด Mean=4.46, S.D.=0.67 อยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพตามลำดับ Mean = 4.44, S.D. = 0.66, Mean = 4.32, S.D. = 0.83 และ Mean = 4.24, S.D. = 0.63 อยู่ในระดับดี ตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และระดับของปัจจัยนำด้านเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ

ปัจจัยนำ ด้านเจตคติ	n	Mean	S.D.	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	ระดับของ ปัจจัยนำ ด้านเจตคติ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	4.24	0.63	4.11	4.31	ดี
ด้านการป้องกันการ เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	4.46	0.67	4.34	4.64	ดี
ด้านการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง	418	4.44	0.66	4.27	4.55	ดี
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	418	4.32	0.83	4.24	4.53	ดี
รวม	418	4.34	0.70	4.24	4.51	ดี

เมื่อนำเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยด้านการสร้างเสริมสุขภาพข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สร้างเสริมสุขภาพจะไม่เจ็บป่วยง่าย ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ คือ เรื่องกฎจราจร คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง เรื่อง การรับประทานยาอย่างถูกต้อง คะแนนเฉลี่ยสูงสุด สำหรับด้านการฟื้นฟูสภาพเรื่องกำลังใจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ดังรายละเอียดตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ

เจตคติต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับของเจตคติ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. การสร้างเสริมสุขภาพให้ตนเอง	4.29	0.08	ดี
2. ผู้ที่สร้างเสริมสุขภาพจะไม่เจ็บป่วยง่าย	4.31	0.76	ดี
3. พ่อ แม่ เป็นตัวแบบ	4.25	0.83	ดี
4. สิทธิส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ	4.11	0.87	ดี
รวม	4.24	0.63	ดี
ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ			
1. วัคซีน	4.35	0.71	ดี
2. ความเป็นระเบียบในบ้าน	4.50	0.64	ดี
3. การไม่อยู่ในที่แออัด	4.34	0.76	ดี
4. กฎจราจรช่วยลดอุบัติเหตุ	4.64	0.56	ดี
รวม	4.46	0.67	ดี
ด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง			
1. การรับประทานยาอย่างถูกต้อง	4.56	0.63	ดี
2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย	4.47	0.64	ดี
3. การเลือกใช้บริการสุขภาพใกล้บ้าน ...	4.27	0.93	ดี
4. การป้องกันไม่ให้มีโรคแทรกซ้อน	4.47	0.45	ดี
รวม	4.44	0.66	ดี

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน และรายชื่อของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ (ต่อ)

เจตคติต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับของเจตคติ
ด้านการฟื้นฟูสภาพ			
1. การไม่เคลื่อนไหวนาน ๆ	4.25	0.93	ดี
2. การฟื้นฟูสภาพ	4.25	0.78	ดี
3. กำลังใจ	4.53	0.73	ดี
4. การลดความพิการ	4.24	0.88	ดี
รวม	4.32	0.83	ดี
โดยรวม	4.34	0.70	ดี

4.4.2 ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อของวิถีชีวิตด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง Mean=3.08, S.D.=1.25 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย Mean=3.73, S.D.=1.05 อยู่ในระดับมาก นอกนั้นอยู่ระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 – 3.27 ดังรายละเอียดตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยเอื้อในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ และรวม

ปัจจัยเอื้อ	Mean	S.D.	ระดับของปัจจัยเอื้อ
1. สถานที่ออกกำลังกายของชุมชน	2.77	1.46	ปานกลาง
2. ร้าน / สถานที่ขายอาหารเพื่อสุขภาพ	3.11	1.35	ปานกลาง
3. วัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้านและชุมชน	2.89	1.26	ปานกลาง
4. คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	3.18	1.21	ปานกลาง
5. แหล่งความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง	3.27	1.21	ปานกลาง
6. การใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	3.73	1.05	มาก
7. แหล่งความรู้เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการ...	3.06	1.18	ปานกลาง
8. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	3.07	1.14	ปานกลาง
9. แหล่งบริการสุขภาพทางเลือก	2.60	1.37	ปานกลาง
รวม	3.08	1.25	ปานกลาง

4.4.3 ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริมของวิถีชีวิตด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง Mean=3.09, S.D.=1.34 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเป็นแบบอย่างของบุคคลในครอบครัวในการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ Mean=3.31, S.D.=1.18 รองลงมา ได้แก่ ได้รับการชมเชยจากบุคลากรสุขภาพ ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและรวม

ปัจจัยเสริม	Mean	S.D.	ระดับของปัจจัยเสริม
1. การยอมรับจากเพื่อนบ้าน	3.01	1.22	ปานกลาง
2. การเป็นแบบอย่างของบุคคลในครอบครัว	3.31	1.18	ปานกลาง
3. การได้รับการชมเชยจากเพื่อนบ้าน	3.05	1.20	ปานกลาง
4. การได้รับการชมเชยจากบุคลากรสุขภาพ	3.08	1.26	ปานกลาง
5. การเป็นแบบอย่างในการฟื้นฟูสภาพ	3.03	1.20	ปานกลาง
6. การได้รับการชมเชยในการฟื้นฟูสภาพ	3.06	1.08	ปานกลาง
รวม	3.09	1.34	ปานกลาง

4.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านความรู้และเจตคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

พบว่า ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 20 ตารางที่ 21 และตารางที่ 22

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิต ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกันการเจ็บป่วยฯ	n	r	p
ปัจจัยนำ			
ความรู้กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.04	<.01**
ความรู้กับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.03	<.01**
เจตคติกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.06	<.01**
เจตคติกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.05	<.01**
ปัจจัยเอื้อกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.07	<.01**
ปัจจัยเอื้อกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.06	<.01**
ปัจจัยเสริมกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.07	<.01**
ปัจจัยเสริมกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.03	<.01**

**p < .01

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรงคระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับ วิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง	n	r	p
การเจ็บป่วยเล็กน้อย			
ปัจจัยนำ			
ความรู้	418	.02	.07
เจตคติ	418	.11	.14
ปัจจัยเอื้อ	418	.04	.06
ปัจจัยเสริม	418	.03	.09
การใช้สถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมาก			
ปัจจัยนำ			
ความรู้	418	.24	.08
เจตคติ	418	.16	.14
ปัจจัยเอื้อ	418	.03	.07
ปัจจัยเสริม	418	.01	.21

P > .05

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรงระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
กับวิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง	n	r	p
ปัจจัยนำ			
ความรู้	418	.32	.06
เจตคติ	418	.25	.18
ปัจจัยเอื้อ	418	.06	0.8
ปัจจัยเสริม	418	.22	0.6

P > .05

4.5 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสุขภาพและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนและแนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสุขภาพและเจ้าหน้าที่ อบต. รวมทั้งหมด 10 คน เป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด (8 คน) มีอายุระหว่าง 31-70 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 คน อนุปริญญา 4 คน และปริญญาตรี 2 คน เป็นแม่บ้านส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งค้าขาย ทำสวน รับราชการ และมีอาชีพส่วนตัว ทั้งหมดมีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า

4.5.1 ความคิดเห็นต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน โดยสรุป

1) วิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นวิธีการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรงเจริญเติบโต ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนตำบลบางไฉลงจะเน้นเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน

- การรับประทานอาหาร เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคร้าย จึงมีการดูแลตนเองและคนในครอบครัว โดยการ “หลีกเลี่ยงของหวานมัน ปิ้งย่าง ทอด” เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของไขมัน ทำให้อ้วน และเกิดโรคตามมา นอกจากนี้ยังเน้นการ “กินตรงเวลา ครบ 3 มื้อ” และ “งดอาหารที่ต้องห้ามของโรค” เพราะถ้ารับประทานจะทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบได้ หรืออาจทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง

- **การออกกำลังกาย** การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของร่างกาย ส่วนใหญ่คนในตำบลบางโฉลงจะมีการออกกำลังกายตามความเหมาะสมของแต่ละคน โดย “ผู้สูงอายุ เติญ แก้วแขวน ขา อยู่บ้าน” เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่บ้าน ดังนั้นการออกกำลังกายมักจะเน้นการออกกำลังกายด้วยตนเอง เช่น การเดินรอบบ้าน การแกว่งแขนขา เป็นต้น “วัยรุ่น วัยทำงานเน้นการออกแรง” เช่น การเดินแอโรบิค ซึ่งทาง อบต. มีการสนับสนุนโดยจ้างคนนำเดินแอโรบิค และเครื่องเสียง มาให้คนในตำบลได้ออกกำลังกายโดยสถานที่ออกกำลังกายอยู่ที่ หมู่ 7 ตรงจุดศาลพระพรหม ตั้งแต่เวลา 18.00–19.00 น. หรืออาจเลือกออกกำลังกายที่ตนเองชอบ เช่น การเล่นฟุตบอล ตีแบดมินตัน เป็นต้น

“...ชุมชนเรามีจุดออกกำลังกาย แต่คนมาออกน้อยเพราะกว่าจะกลับมาจากที่ทำงานก็เย็นแล้ว บางคนเหนื่อยก็อยากนอนพักผ่อน ที่หมู่ 7 ก็มีตรงจุดศาลพระพรหม จะเดินแอโรบิคกัน มีคนมาเดินนำ ทาง อบต. เป็นคนจ้างมา ส่วนเครื่องเสียง เพลง อบต. ก็จัดสรรให้ มีคนของ อบต. มาดูแลทุกครั้ง เวลาออกจะวันละ 1 ชั่วโมง หกโมงถึงทุ่มหนึ่ง ออกวันเว้นวัน คนที่มาออกมักเป็นวัยรุ่น วัยทำงาน บางคนก็เล่นฟุตบอล ตีแบดตามความชอบ คนแก่ไม่ค่อยมี เพราะเขาบอกว่าเดินแล้วเหนื่อย ...”

- **การพักผ่อน** คนในตำบลจะมีวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ “นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ” ส่วนใหญ่ใช้เวลาพักผ่อนในเวลากลางวัน และกลางคืน และพักผ่อนอย่างน้อย 6–8 ชั่วโมง นอกจากนี้บางคนจะเน้นการพักผ่อน โดย “การดูหนัง ฟังเพลง พูดคุยกับคนในครอบครัว” ในกรณีทีกลับมาจากการทำงานหรือวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการพักผ่อนอยู่กับครอบครัวที่บ้าน มีการดูโทรทัศน์ หรือฟังเพลงร่วมกัน บางครอบครัวก็จะ “พากันไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ” เช่น ห้างสรรพสินค้า ต่างจังหวัด เป็นต้น

“...ต่างคนต่างพักผ่อนอยู่ในบ้านของตนเอง นอน ดูโทรทัศน์ บางครั้งเสาร์ อาทิตย์ ก็พากันไปเดินเล่นที่ห้างสรรพสินค้า...”

- **การดูแลสุขภาพจิตใจ** คนในตำบลจะเน้นการดูแลสุขภาพจิตใจให้เข้มแข็ง และแข็งแรง ด้วย “ทำจิตใจให้สบายไม่เครียด” มีทำบุญ ไหว้พระ การตักบาตร เป็นต้น

“... ไปไหว้พระ ทำบุญ ถือศีล หลีกเลี้ยงสิ่งไม่สบายใจ ต้องทำใจให้สบายอย่าเครียด จะทำให้ร่างกายทรุดโทรม เราต้องเน้น 3 อ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ จึงจะดี...”

2) **วิถีชีวิตการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ** เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยเน้นการมีสุขวิทยาที่ดีทั้งบุคคลและชุมชน ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งคนในตำบลบางโฉลงจะเน้นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

- **การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ** เนื่องจากลักษณะชุมชนเป็นชุมชนเมือง มีถนนหลักเส้นวัดศรีวารีน้อยที่ตัดระหว่างบางพลีกับลาดกระบัง ทำให้มีรถต่าง ๆ ขับผ่านมากมายทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ทางตำบลจึงมีวิธีการป้องกัน ได้แก่ **“อบต. เน้นการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ” “ขับขี่ปลอดภัยใส่หมวกกันน็อค”**

“... ตำบลเราการเกิดอุบัติเหตุเยอะ เพราะชุมชนติดถนน รถวิ่งกันเยอะ ทั้งมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ รถบรรทุก อบต. ก็มีการรณรงค์ มีการให้ไปประชุมสอนเรื่องของการป้องกันอุบัติเหตุ ปีละครั้ง มันก็ยิ่งเกิดอยู่ดี คิดว่าอยู่ที่คนขับมากกว่าไม่ระมัดระวัง อยากเลี้ยวก็ทำเลยไม่ดูว่ารถหลังตามมาหรือเปล่า เราระวังตัวเราแต่เขาไม่ระวัง ก็เกิดชนกันได้ พี่ก็สวมหมวกกันน็อคให้ตนเองและลูกทุกครั้ง ขับรถอย่างระมัดระวัง...”

“... มีรถชนกันเยอะหน่อย หน้าตลาดก็มีรถกระบะชนมอเตอร์ไซด์ มีรถเยอะ เมื่อวันก่อนก็มีชน ส่วนใหญ่เป็นมอเตอร์ไซด์ ตามซอยวินมอเตอร์ไซด์ก็พานักศึกษามาล้มบ้าง คนที่น่าจะช่วยแก้ไขได้ก็น่าจะเป็นตำรวจ คนขับก็ต้องระวังรักษากฎระเบียบด้วย...”

- **การป้องกันยาเสพติด** ตำบลบางโฉลงมีผู้ที่ย้ายถิ่นมาทำงานในโรงงานรอบ ๆ ตำบล ทำให้เกิดการระบาดของยาเสพติด ทางตำบลจึงมีวิธีการป้องกัน โดย **“ให้ความรู้เรื่องโทษของยาพิษของคนติดยา ขยายยา”** นอกจากนี้ **“ผู้ปกครองจะดูแล สอดส่องลูกหลาน”**

“... ชุมชนเรายาเสพติดเยอะ พวกยาบ้า ยาฆ่า คนว่างงานเยอะ พอว่างก็หารายได้ขาย / ส่งยาบ้าเป็นอาชีพ ได้เงินเยอะ ตำรวจก็ดูแลไม่ทั่วถึง คนที่ขาย / เสพก็เป็นพวกวัยรุ่น อบต. มีโครงการยาเสพติด เชิญเด็ก ผู้ปกครองไปทำกิจกรรมด้านยาเสพติด ให้ความรู้เรื่องโทษของยาพิษของยาพิษของคนที่ติด ขยายที่ต้องถูกจำคุก แต่พี่คิดว่าก็แก้ไขได้นิดหน่อย คนที่จะช่วยได้ คือผู้ปกครองต้องดูแลลูกหลานของตนเอง ให้ความรัก ความอบอุ่น สอน และคอยสอดส่องดูแล พี่จะดูแลลูกสาวคนเดียวของพี่ ไปรับส่งโรงเรียน ดูทีวีก็จะสอนว่าสิ่งไหนดีควรทำ สิ่งไหนไม่ดี และยกตัวอย่างให้เห็น ให้เขารู้สึกกลัว โรงเรียนเขาก็มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็ก ๆ ในชุมชนและโรงเรียน เช่น งานวันเด็ก งานกีฬา อบรมด้านยาเสพติด อบต. ก็จะให้งบประมาณสนับสนุน....”

3) **วิถีชีวิตการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง** เมื่อมีการเจ็บป่วย คนในตำบลบางโฉลงมีการรักษาโรคด้วยวิธีการ **“ป่วยเล็กน้อยดูแลตนเอง”** เช่น การซื้อยามารับประทานเอง การเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น เมื่อมีการ **“เจ็บป่วยมากไปพบแพทย์ ใช้ตามสิทธิรักษา”** เช่น สิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม หรือบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น สถานที่ที่ไปรักษาพยาบาล เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน คือ โรงพยาบาลเซ็นทรัลปาร์ค โรงพยาบาลจุฬารัตน์ หรือโรงพยาบาลบางพลี เป็นต้น นอกจากนี้อาจใช้วิธีการ **“รักษาแบบแพทย์ทางเลือก”** เช่น การนวด การเป่าน้ำมันต์ และการรับประทานยาสมุนไพร เป็นต้น

“... ถ้าเป็นคลินิกเปิดไม่เป็นเวลา บางวันแปดโมง บางวันก็สิบโมง บางวันสี่โมงเย็น โรงพยาบาลก็ไกล เวลาเปิดปิดคลินิกไม่เป็นเวลา ถ้าไม่สบายไปโรงพยาบาลดีกว่า ถ้าใกล้ ๆ ก็มีบางพลี อย่างดีก็จุฬารัตน์ 9 ถ้าไม่มีก็เซ็นทรัลพาร์ค”

“... ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จะหายากินเอง ไม่หายตุสั๊ก 2 – 3 วัน ไม่ดีขึ้นก็จะไปหาหมอที่โรงพยาบาล ชุมชนเราไปหาหมอตี๋ที่อนามัยบางโหลง และเซ็นทรัลพาร์ค มีบัตร 30 บาท ที่นั่น บางคนก็ขี้เกียจไปรอ ก็ไปหาหมอตี๋ที่คลินิกแทน...”

“... ก็ไปโรงพยาบาลเซ็นทรัลพาร์คเป็นโรงพยาบาลใช้สิทธิ์สามสิบบาท ส่วนมากเลยจะไปโรงพยาบาลที่ตัวเองสะดวกไป....

“... ก็มีเรื่องกินยาสมุนไพรเค้าก็สั่งซื้อกันนะที่ซอซ้าง ๆ แต่ไม่ดีเท่าเราทำกินเองเลยนะ กินที่เค้าเอามาทำกับข้าวได้มากกว่าที่กินเป็นน้ำอันนั้นมันไม่เข้มข้นเลยแล้วก็มีพืชบางอย่างที่ซอซ้างัดไปเค้าปลูกเรียกอ้อยแดงกินแล้วดีนะ ไม่รู้จะเค้าบอกว่าดีนี่ก็เอามาปลูกไว้ที่บ้านเหมือนกันยังมีใบหัวเสืออีกรู้จักมั้ยเค้าว่ากันไป...”

“... บางคนก็หาซื้อยาสมุนไพรมากินตามร้านขายยาต่าง ๆ บางคนก็บอกว่ามันดีขึ้น บางคนก็ไม่ดี แล้วแต่คน อย่างพี่ไม่ซื้อมากิน แต่พี่ทำกินเอง พวกน้ำสมุนไพรต้มกิน เช่น น้ำตะไคร้ ใบบัวบก กระเจี๊ยบ อัญชัญ พวกนี้กินแล้วดี ลดความดัน แก้ไข้ แก้ไอได้ เป็นธรรมชาติ ไม่เหมือนน้ำอัดลมมีแต่หวาน เบาหวานก็ขึ้นเยอะ พวกน้ำสมุนไพรดีต่อสุขภาพเรา ประหยัดด้วย ไม่มีสารเคมี เพราะเราปลูกเอง ไม่ใส่ยา ตามบ้านเราปลูกเยอะ อยากกินก็ไปเก็บเอามาตากแห้ง และมาต้มกินกัน...”

4) วิธีชีวิตการฟื้นฟูสภาพ คือ การดูแลของครอบครัว และชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของร่างกายให้สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ซึ่งจะเน้นการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้พิการ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งตำบลบางโหลงมีการ “**การฟื้นฟูสภาพผู้พิการโดย อบต. สนับสนุนกายอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำกายภาพบำบัด อสม. เยี่ยมให้กำลังใจ**”

“... ก็มีบางพวกที่ขาแขนขาด นอนอยู่ที่เตียงอย่างเดียว ทาง อบต. เขาก็ช่วยเหลือ เวลาที่ต้องการเตียง อุปกรณ์ต่าง ๆ ก็ไปขอได้ เขาให้มา เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเซ็นทรัลพาร์คก็ลงมาดู มาออกกำลังใจให้ แต่ไม่ได้มาบ่อย คนไข้ คนดูแลต้องช่วยออกให้ จะให้ อสม. ไปช่วยนวด ออกกำลังใจให้ก็ได้ ไม่มีความรู้ไม่ได้ถูกอบรมมา ก็ไปแค่เยี่ยมให้กำลังใจ ก็อยากให้มีคนมาทำกายภาพบำบัดให้แก่คนที่พิการ หรือมาสร้างอุปกรณ์ในการออกกำลังใจให้เขาสามารถออกกำลังใจได้ด้วยตนเอง...”

ในความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพเพิ่มเติม มองเป็นภาพรวม ๆ ของสุขภาพของประชาชนที่เป็นคนในพื้นที่ว่ามีภาวะการเจ็บป่วยโดยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ปวดกล้ามเนื้อ ส่วนประชาชนอีกกลุ่มหนึ่ง คือ ผู้ที่ย้ายเข้ามาทำงานในพื้นที่ การเจ็บป่วยเป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน

“...ประชาชนในพื้นที่ตำบลบางโหลง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มคนในพื้นที่มีอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนและเลี้ยงปลา และกลุ่มคนต่างจังหวัดย้ายเข้ามาทำงานชั่วคราว/ถาวร โดยกลุ่มคนในพื้นที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ท้องร่วง ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น เกือบครึ่งหนึ่งของสาเหตุการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ผ่านมาในอดีตตามความเคยชิน มีการศึกษาน้อย เมื่อมีอาการมากขึ้นจึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือซื้อยากินเอง โดยส่วนใหญ่มักจะบ่นว่าอายุเยอะแล้ว จะขอยู่อย่างมีความสุข อ้วนตายดีกว่าผอมตาย ส่วนกลุ่มที่ย้ายเข้ามาทำงานส่วนใหญ่จะเป็นประชากรวัยทำงานในโรงงานซึ่งการเจ็บป่วยที่พบบ่อย คือ การบาดเจ็บจากการทำงาน สาเหตุเกิดจากไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ พนักงานพักผ่อนน้อย และดื่มสุรา ส่วนการใช้บริการด้านสุขภาพจากสิทธิประกันสังคมของสถานทำงาน...”

การจัดบริการสุขภาพของหน่วยงานเน้นการให้สุขศึกษาโดยเฉพาะเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย มีการส่งต่อ อุบัติเหตุร้ายแรงมีน้อย การดูแลสุขภาพในชุมชนยังทำได้ไม่มากเพราะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณและงานในหน่วยงาน ปัญหาการใช้บริการอยู่ที่ประชาชนผู้เข้ามาประกอบอาชีพในพื้นที่ ซึ่งมีจำนวนมาก แต่งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเฉพาะประชาชนในพื้นที่ตามทะเบียนบ้านเป็นเกณฑ์

“... ระบบการให้บริการเน้นการให้ความรู้สุขศึกษาตามหน้างานและส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาล ได้งบประมาณน้อย มีการติดตามเยี่ยมเมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว เพื่อดูเรื่องสิทธิการรักษา ส่วนส่งเสริมสุขภาพดีในระดับหนึ่ง และอุปสรรคในพื้นที่เกี่ยวกับงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นการสนับสนุนประชาชนในพื้นที่ตามทะเบียนบ้านเป็นหลัก มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนไม่เป็นรูปธรรม และระบบฐานข้อมูลมีความซ้ำซ้อน ได้นำเสนอปัญหาการใช้บริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก...”

สำหรับ อบต. นั้น มีงบประมาณสนับสนุนด้านสุขภาพแก่หน่วยงานในตำบล ในความต้องการการสนับสนุนของหน่วยงานต้องเขียนโครงการเสนอตามระเบียบและขอบเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.5.2 แนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

1) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสนอแนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน คือ

(1) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากตำบลบางโหลงผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ปวดเข่า ปวดข้อ และไม่ค่อยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เสนอให้ อบต. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีการพบปะกันทุกเดือน หน่วยบริการสุขภาพ มาให้ความรู้และตรวจสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุบ่อยขึ้น

“... ผู้สูงอายุกี้อยู่บ้านไม่ค่อยออกไปไหน บางคนก็ปวดเมื่อยขา ปวดเข่ากันมาก ก็ออกกำลังกายอยู่ที่บ้าน ต้องการให้มีการมาตรวจสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทุกปี อยากให้มาตรวจสุขภาพบ่อย ๆ จะได้ตรวจสอบว่าตอนนี้สุขภาพเป็นอย่างไรบ้างแล้ว เรามีชมรมผู้สูงอายุ แต่มาพบกันปีละครั้ง ส่วนใหญ่ก็วันสงกรานต์ อบต. จัดให้ผู้สูงอายุมาเจอกัน ลูกหลานมารดน้ำ ก็ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกัน ดีกว่านั่งเหงาอยู่แต่ในบ้าน แต่ควรมีการจัดกิจกรรมให้ทุกเดือน จะไม่ได้เหงา และมีเพื่อนพูดคุยกันดี ...”

(2) การฟื้นฟูสภาพผู้พิการ หรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียง โดยการให้ความรู้ อสม. ในการช่วยทำกายภาพบำบัดหรือออกกำลังกายให้แก่ผู้พิการ ผู้ป่วย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา อบต. ช่วยสนับสนุนกายอุปกรณ์

“... คนไข้ คนดูแลต้องช่วยออกให้ จะให้ อสม. ไปช่วยนวด ออกกำลังกายให้ก็ได้ ไม่มีความรู้ไม่ได้ถูกอบรมมา ก็ไปแค่เยี่ยมให้กำลังใจ ก็อยากให้มีคนมาทำกายภาพบำบัดให้แก่คนที่พิการ หรือมาสร้างอุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้เขาสามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง...”

2) บุคลากรสุขภาพและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เสนอแนวทางการพัฒนาฯ ดังนี้

(1) การดูแลประชาชนในชุมชนทั้งบุคคลที่อยู่ประจำและผู้ที่ย้ายมาเพื่อประกอบอาชีพ เนื่องจากเจ็บป่วยมีทั้งโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยที่บาดเจ็บจากการทำงาน

(2) เสนอปัญหาการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมากแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(3) ศึกษาข้อมูลของบุคคลพิการในชุมชนอย่างละเอียดเพื่อดำเนินการช่วยเหลือให้ครอบคลุมต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ตำบลบางไผ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ รวมทั้งศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในการที่จะทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่เป็นประจำในชุมชน (11 หมู่บ้าน) ไม่น้อยกว่า 5 ปี และสมัครใจในการให้ข้อมูล จำนวน 418 คน ซึ่งได้จากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร One-sample proportion test และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างเชิงระบบแบบจัดชั้น (Stratified Systematic Sampling) กลุ่มที่สอง คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งเลือกอย่างเจาะจง จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชนที่ดูแลสุขภาพประชาชนในตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบบันทึกลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน (2) แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน (3) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแล วิถีชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้งนี้เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยปัจจัยนำด้านความรู้ใช้สูตร Kuder-Richardson Formula 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 ปัจจัยนำด้านเจตคติ ปัจจัยนำโดยรวม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และวิถีชีวิตด้านสุขภาพใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77, 0.79, 0.72, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 โดยก่อนการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ตามรหัส อ.145/2556

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

5.1 สรุปผลการวิจัย

1) ลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน

พื้นที่ของชุมชนที่ติดถนนสายหลัก คือ บางนา – ตราด เป็นอาคารพาณิชย์ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เป็นที่อยู่อาศัยด้วย บางแห่งแออัดทั้งยานพาหนะและประชาชนในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในส่วนของตรอก/ซอยที่มีจำนวนมากเป็นที่อยู่อาศัย แหล่งค้าขาย สวนผลไม้ บ่อกบ บ่อปลา โรงงานอุตสาหกรรม หอพัก การคมนาคมสะดวกทั้งทางบกและทางเรือ มีการใช้รถจักรยานยนต์ทั้งส่วนตัวและรับจ้างจำนวนมาก สาธารณูปโภคหลักมีความพร้อม คือ การประปา ไฟฟ้า การกำจัดขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล ตลาดสดและตลาดนัด ธนาคาร สถานศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงมหาวิทยาลัย แหล่งบริการสุขภาพมีความสะดวกและง่ายต่อการเลือกใช้ทั้งคลินิกเอกชน โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งร้านขายยา มีวัดและศาลเจ้าเป็นแหล่งวัฒนธรรมและที่รวมทางจิตใจของประชาชน

2) ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะภายในครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชน

กลุ่มตัวอย่าง 418 คน พบว่าเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.92 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 41.38 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.58 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.39 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 43.07 ลักษณะงานที่ทำ คือ ค้าขาย ร้อยละ 21.53 รับจ้าง ร้อยละ 15.8 และอื่น ๆ มีรายได้ ร้อยละ 79.67 โดยมีรายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.31 ส่วนใหญ่พอใช้จ่าย

ลักษณะภายในครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายใกล้เคียงกัน มีบุตร 1-2 คน ร้อยละ 63.39 ที่พักอาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 83.98 มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,000 จนถึงมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 65.31 ส่วนใหญ่พอใช้จ่าย น้ำดื่มและน้ำใช้เป็นน้ำประปา มีการกำจัดขยะมูลฝอยถูกวิธี ร้อยละ 84.46 ประุงอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 84.92

กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพตนเองและครอบครัวว่าแข็งแรงดี แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่ามีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 39.47 (165 คน) เช่น ปวดศีรษะตอนเช้า ปวดขา หายใจไม่อิ่ม เวียนศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น มีโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ ร้อยละ 39.96 (167 คน) ซึ่งการดูแลรักษามีทั้งการดูแลตนเองและรับการรักษาจากสถานพยาบาลต่าง ๆ โดยใช้สิทธิ์ในการใช้บริการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.27 พบความเสี่ยงในบ้านที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ มีการเลี้ยงสุนัขและแมว ร้อยละ 56.50 อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในครอบครัวบ่อย ๆ คือ จักรยานล้ม การออกกำลังกาย คือ เดินเล่น ร้อยละ 50.9 ทั้งนี้ครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใหญ่จากโทรทัศน์ ร้อยละ 54.55 จากวิทยุ ร้อยละ 35.17 นอกนั้นเป็นหนังสือพิมพ์

3) วิถีชีวิตด้านสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 1.50) และรายด้าน คือ การบริโภคอาหาร การพักผ่อน การจัดการกับความเครียดและการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดอยู่ในระดับดี โดยการพักผ่อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 1.46) รองลงมา คือ การบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 1.26, $\bar{X} = 3.91$, S.D. = 1.59), ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 1.53) สำหรับการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.76$, S.D. = 1.64) อยู่ในระดับปานกลาง โดยทุกรายข้ออยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้ในรายชื่อของการบริโภคอาหารที่อยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 1.35) การพักผ่อนรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก และเล่นกับสัตว์เลี้ยง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 1.62 และ $\bar{X} = 2.44$, S.D. = 1.73) และรายชื่อของการจัดการกับความเครียดที่อยู่ระดับปานกลาง คือ การแยกตัวเมื่อมีความเครียด ($\bar{X} = 2.00$, S.D. = 1.40)

การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 1.23) โดย การป้องกันการเจ็บป่วยอยู่ระดับดี ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 1.09) มีรายชื่อที่อยู่ระดับปานกลาง คือ ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.89) ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี เช่นกัน ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 1.37) มีรายชื่อที่อยู่ระดับปานกลาง คือ การหาความรู้ การจัดบ้าน บันได สะพานข้าม และการเล่นกับสัตว์เลี้ยง ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 1.50, $\bar{X} = 3.33$, S.D. = 1.53 และ $\bar{X} = 3.17$, S.D. = 1.79 ตามลำดับ)

การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างซ้วยารับประทานเอง ร้อยละ 50.47 ไปคลินิกใกล้บ้าน ร้อยละ 16.98 นอกนั้นรับประทานยาเดิม ดูแลตนเองด้วยการพักผ่อน งดทำงานหนักและมีหลายวิธีการในบางครั้ง สำหรับการเจ็บป่วยที่ตนเองและครอบครัวประเมินว่ามากขึ้นจะไปสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐตามลำดับ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์มีการดูแลสุขภาพทางเลือกเสริมจากการรักษาของแพทย์ จำนวน 142 คน (ร้อยละ 85.00) ด้วยการออกกำลังกาย ร้อยละ 31.69 ใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 18.31 ใช้ยาแผนโบราณ ร้อยละ 13.38 การใช้ยารักษาโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จะเป็นยาเดิม เช่น ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยาควบคุมระดับไขมันในเลือดและยาลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่วนยาที่ใช้เองเป็นประจำ จำนวน 85 คน คือ ยาสมุนไพร ร้อยละ 80.00 ยาลดกรด ร้อยละ 20.00 ยาที่ใช้เป็นประจำในครอบครัวเมื่อจำเป็น จำนวน 30 คน คือ พาราเซตามอล ร้อยละ 96.67

การฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง 167 คน มีการปฏิบัติตนตามความรู้ / คำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ คือ เดินออกกำลังกาย ร้อยละ 14.37 ทำให้สงบ ร้อยละ 13.77 หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และรับประทานอาหารตามสั่ง และหลายรายที่ปฏิบัติหลายอย่างควบคู่กันไป

4) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และเจตคติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.56$, S.D. = 0.79) มีเจตคติโดยรวมระดับดี ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = 0.70) เมื่อวิเคราะห์ความรู้รายด้าน พบว่ามีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ อยู่ระดับปานกลางทุกด้าน ($\bar{X} = 0.58$, S.D. = 0.22, $\bar{X} = 0.61$, S.D. = 0.22, $\bar{X} = 0.51$, S.D. = 0.22 และ $\bar{X} = 0.56$, S.D. = 0.79 ตามลำดับ) ทั้งนี้ในรายชื่อของการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และการนวดแผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.46$, S.D. = 0.29 และ $\bar{X} = 0.51$, S.D. = 0.22 ตามลำดับ) ส่วนรายชื่อของการฟื้นฟูสภาพ พบว่า การศัลยกรรมตกแต่งอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.49$, S.D. = 0.16)

เมื่อวิเคราะห์เจตคติเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ระดับดีทุกด้าน คือ การสร้างเสริมสุขภาพ $\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.63 การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ $\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.67 การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง $\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.66 และการฟื้นฟูสภาพ $\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.83 ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ส่วนรายชื่อของทุก ๆ ด้านอยู่ระดับดีทั้งหมด

ปัจจัยเอื้อ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.08$, S.D. = 1.25 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า แหล่งบริการสุขภาพทางเลือกรับมีระดับน้อยที่สุด $\bar{X} = 2.60$, S.D. = 1.37 ตามด้วยสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนและวัสดุอุปกรณ์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้านและชุมชน ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 1.46 และ $\bar{X} = 2.89$, S.D. = 1.26 ตามลำดับ) ทั้งนี้รายชื่อที่อยู่ระดับมากมีอยู่ข้อเดียว คือ การใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย $\bar{X} = 3.73$, S.D. = 1.05

ปัจจัยเสริม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.09$, S.D. = 1.34 และรายชื่ออยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

5) ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

พบว่าความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และวิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6) ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนและแนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ให้ความเห็นว่าวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวให้แข็งแรงปราศจากโรคและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข มีการปฏิบัติเรื่องรับประทานอาหารตรงเวลา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ มุ่งการป้องกันโรค มีการดูแลสุขภาพแวดล้อม โดย อบต. รมรงค์การป้องกันอุบัติเหตุ เพราะชุมชนอยู่ติดถนนหลัก การใส่หมวกกันน็อค นอกจากนี้ มีการดูแล สอดส่องเพื่อป้องกันยาเสพติด ด้านการรักษาพยาบาล ถ้าเป็นน้อย ๆ มีการดูแลตนเอง ซื้อยารับประทาน เช็ดตัวลดไข้ ไปคลินิกใกล้บ้าน เจ็บป่วยมากไปพบแพทย์ใช้สิทธิ์การรักษาที่มีอยู่ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม มีการนวดแผนไทย การใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย การฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนมีผู้ช่วยนอกรักษาที่บ้าน มีคนพิการ ซึ่ง อบต. ช่วยเหลือเรื่องเตียง กายอุปกรณ์ มีการเยี่ยมไข้โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแต่ไม่บ่อย อสม. เยี่ยมให้กำลังใจ

ชุมชนปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น มีผู้เข้ามาใช้แรงงานโดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ จึงเป็นประชากรแฝงที่เป็นปัญหาในการจัดบริการสุขภาพเนื่องจากงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนประชาชนในพื้นที่ตามทะเบียนบ้านเป็นหลัก การจัดบริการต่าง ๆ ต้องเขียนโครงการเสนอ อบต. ตามระเบียบและขอบเขต การเยี่ยมบ้านทำได้น้อยไม่ต่อเนื่อง งานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เน้นการให้สุศึกษาตามหน้างานและส่งต่อ

แนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่สำคัญมีดังนี้

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากปัญหาสุขภาพที่พบมาก คือ การปวดเข่า ปวดข้อ ให้ อบต. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีการพบปะกันทุกเดือน มีหน่วยบริการสุขภาพมาตรวจและให้ความรู้บ่อยขึ้น ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมมากกว่าปีละครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนได้คุยกันไม่เหงา
2. ผู้พิการหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ควรอบรมให้ อสม. ช่วยด้านกายภาพบำบัดหรือออกกำลังกายง่าย ๆ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา เนื่องจากยังขาดความรู้ที่ถูกต้อง อบต. สนับสนุนกายอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเยี่ยมดูแลที่บ้าน
3. ให้การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ทั้งบุคคลที่อยู่ประจำในพื้นที่และผู้ที่ย้ายเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพ เนื่องจากการเจ็บป่วยมีทั้งโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง และการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน
4. เสนอปัญหาการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่จำนวนมากแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
5. ศึกษาข้อมูลของบุคคลพิการในชุมชนอย่างครอบคลุมเพื่อดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ควรนำมาอภิปรายภายใต้วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.2.1 บริบท : มีความพร้อมทางกายภาพและทุนทางสังคม

ชุมชนตำบลบางโหลงเป็นชุมชนคนไทย นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.36) จึงน่าจะปลอดภัยต่อความเสี่ยงในความแตกต่างของวัฒนธรรมทางด้านเชื้อชาติและศาสนา เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทขึ้นอยู่กับแต่ละส่วนของพื้นที่ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความพร้อมทางด้านสาธารณูปโภคและอุปโภค มีอาณาเขตติดถนนสายหลักจากกรุงเทพมหานครไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ คือ ถนน บางนา-ตราด และถนนของชุมชนมากกว่าร้อยละ 80 เป็นถนนคอนกรีต ทำให้มีความสะดวกในการคมนาคมและยังสามารถสัญจรได้ทางลำคลองที่มีหลายสายอีกด้วย (ตารางที่ 2) ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการเดินทางและใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต องค์การบริหารส่วนตำบลมีระบบการบริหารจัดการไฟฟ้า น้ำประปา และการจัดเก็บสิ่งปฏิกูล ขยะมูลฝอย กล่าวได้ว่าเป็นชุมชน “น้ำไหล ไฟสว่าง ทางสะดวก”

พื้นที่ของชุมชนมีทั้งส่วนของอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และพาณิชย์กรรม ส่งผลต่อการประกอบอาชีพที่หลากหลาย ในส่วนพื้นที่เกษตรกรรมนั้นมีการปลูกมะม่วงน้ำดอกไม้พันธ์บางพลีที่มีรสหวานเป็นที่นิยมสามารถทำรายได้และชื่อเสียงให้กับชุมชน ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจโดยรวมคือ มีรายได้ของครอบครัวพอใช้และเหลือเก็บ (ตารางที่ 4) ด้านองค์การสาธารณสุขประโยชน์ โดยเฉพาะสถานศึกษามีตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย ทำให้มีประชากรวัยเรียนและวัยรุ่นเข้ามาพักอาศัยเพื่อการศึกษาเป็นการชั่วคราวซึ่งเท่ากับเป็นประชากรแฝงกลุ่มหนึ่ง การบริการทางสุขภาพมีทั้งสถานบริการของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลง และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลเซ็นทรัล พาร์ค นอกจากนี้ยังมีความสะดวกในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพของพื้นที่ใกล้เคียง เช่น อำเภอบางพลี อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี หรือจังหวัดฉะเชิงเทราได้อีก กล่าวได้ว่าเป็นชุมชนที่มี “ความพร้อมของทุนทางสังคม”

ในส่วนของผู้นำชุมชนและประชากรจิตอาสา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีจำนวนมากครอบคลุมครัวเรือนที่รับผิดชอบ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ต้องการการทำงานด้านสุขภาพเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจตจรรยา บุญญกุล (2557 : 60) ที่กล่าวว่าชุมชนมีลักษณะของความช่วยเหลือเกื้อกูล

อย่างไรก็ตามในความพร้อมทางการคมนาคมได้ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมของชุมชน คือ ทำให้เกิดมลภาวะทางฝุ่น คิวน์ แก๊ส กระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น ภูมิแพ้ (ตารางที่ 5) และยังมีอุบัติเหตุจากรถยนต์ รถจักรยานยนต์ และรถจักรยานตามคำบอกเล่าของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งควรมีการศึกษาในรายละเอียดต่อไปเพราะอุบัติเหตุมีผลระยะยาวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีโอกาสเกิดความพิการตามมา

5.2.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง :

1) มิแนวนโยบายของการเป็นชุมชนผู้สูงอายุ

จากกลุ่มตัวอย่าง 418 คน พบว่าเป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.38 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ที่สนใจ คือ มีผู้มีอายุมากกว่า 70 ปี จนถึงมากกว่า 80 ปี คือเป็นผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายถึงร้อยละ 17.69 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2557 : 6) ที่คาดการณ์ว่าอีก 10 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในประเด็นของผู้สูงอายุนี้ ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกลุ่มที่ควรพัฒนาภาวะสุขภาพและควรให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ในความสูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยตามสรีระภาพที่เสื่อมลง จึงพบอาการที่เกิดขึ้นเป็นประจำและความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตารางที่ 5) คือ ภาวะเรื้อรังต่าง ๆ เช่น การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันเลือดสูง ไชมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม ปวดหลัง หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น อย่างไรก็ตามความสูงอายุของประชากรมีส่วนสร้างทรัพยากรบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิตให้กับคนรุ่นหลังโดยเฉพาะในครอบครัว ชุมชนควรมีความเข้มแข็งของ “ชมรมผู้สูงอายุ” ที่เกิดจากความร่วมมือกันของส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในชุมชนมีการให้ความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อการเป็นแบบอย่าง มีการจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้คนในชุมชนวัยต่าง ๆ แลกเปลี่ยนทัศนะทางสุขภาพซึ่งกันและกัน รวมทั้งเพิ่มความสามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรืออยู่ที่บ้าน และยังมีโอกาสมาเข้าชมรม

2) เป็นชุมชนแบบอย่างของการปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัว

จากการศึกษาพลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายจำนวนใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 73.92 : 26.08) ทำงานบ้านเป็นหลัก ร้อยละ 38.55 เกษียณอายุงาน ร้อยละ 5.51 โอกาสในการอยู่กับครอบครัวสามารถปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัวถึงร้อยละ 84.92 ที่สำคัญ คือ อาหารของเด็กที่อายุต่ำกว่า 3 ปี ส่วนใหญ่ปรุงเองเช่นกัน ซึ่งแตกต่างจากสังคมเมืองที่ผู้คนต้องเร่งรีบต่อการไปทำงานนอกบ้าน จึงมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรือรับประทานอาหารนอกบ้านกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาหารเหล่านั้นมักมีการปรุงแต่งด้วยเครื่องปรุงรสเค็ม รสหวาน และมีไขมันสูง ทำให้ผู้บริโภคเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารดังกล่าวที่เกิดพิษภัยต่อสุขภาพ และเป็นโรคที่เกี่ยวข้องตามมา เช่น โรคอ้วน ไชมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2554 : 77)

การปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวที่มีสมาชิกต้องควบคุมอาหารหวาน อาหารเค็ม อาหารมัน สามารถควบคุมรส/ชนิดของอาหารได้ดีกว่าครอบครัวที่มีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรือรับประทานอาหารนอกบ้าน (วิณา เทียงธรรม, อภาพร เผ่าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบูรณ์. 2553 : บทคัดย่อ)

3) ชุมชนมีงานทำ มีรายได้ มีเงินเหลือเก็บ

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งจะทำงานบ้านและเกษียณอายุงาน ร้อยละ 44.06 แต่บางส่วนของคนกลุ่มนี้ยังมีส่วนทำงานส่วนตัวเมื่อคิดเป็นผู้มีรายได้ทั้งหมด พบว่ามีถึงร้อยละ 89.66 ทั้งนี้มีรายได้เฉลี่ยประมาณเดือนละ 7,000.00 บาท และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยประมาณเดือนละ 13,300.00 บาท โดยร้อยละ 83.98 บอกว่าพอใช้ และร้อยละ 32.78 ยังมีเงินเหลือเก็บอีกด้วย จัดได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่พักอาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 83.98 โดยส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 94.26 (ตารางที่ 4) น่าจะบ่งชี้ถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจด้วยอย่างหนึ่ง การศึกษาค้นคว้านี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และอาศัยอยู่ในชุมชนนานกว่า 5 ปี จึงไม่พบผู้ที่เป็ประชากรแฝง เช่น นักเรียน นักศึกษา โดยเฉพาะแรงงานย้ายถิ่นและแรงงานข้ามชาติ ซึ่งน่าจะมีจำนวนมากพอสมควรที่ทำให้เกิดรายได้ในชุมชน แต่ผู้เกี่ยวข้องมองว่าประชากรแฝงเป็นปัญหาทางการจัดการบริการสุขภาพ เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมเฉพาะผู้ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่เท่านั้น ในประเด็นนี้จึงควรมีการศึกษาเพื่อพิจารณาแนวทางการจัดการบริการสุขภาพให้กับประชากรแฝงด้วย เนื่องจากการเจ็บป่วยบางชนิดเมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถติดต่อและแพร่ระบาดได้ทั้งชุมชน เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค ไข้เลือดออก จนถึงการติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นต้น

5.2.3 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ :

1) มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อมของสรีรภาพ และโรคจากมลภาวะทางอากาศ

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพตนเองและครอบครัวว่า “แข็งแรงดี” แต่ในมุมมองจากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย คือ มีภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น ปวดศีรษะตอนเช้า ปวดขา ปวดข้อ หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ ชามือขาเท้า หน้ามืด ร้อยละ 39.47 (ตารางที่ 5) ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับโรคที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันเลือดสูง โรคไขมันในเลือดสูง กล้ามเนื้ออักเสบ ข้อเข่าเสื่อมและเบาหวาน รวมถึงภูมิแพ้ (ร้อยละ 39.95) ซึ่งอาการและโรสดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อและเกือบทั้งหมดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในร่างกายจึงพบได้มากในผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2557 : 44-45) และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น จึงควรมีการประเมินหรือคัดกรองให้ชัดเจน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 13-18)

โรคจากมลภาวะทางอากาศ คือ “ภูมิแพ้” ซึ่งพบร้อยละ 10.17 สาเหตุจะมาจากฝุ่นละออง ควันจากท่อไอเสียของการใช้รถใช้ถนน เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีถนนสายหลักและถนนสายรองในการคมนาคมของภาคตะวันออกผ่าน นอกจากนี้ยังมีถนนในชุมชนจำนวนมากแม้ว่าจะมีลักษณะถนนคอนกรีตก็ตาม ซึ่งภาวะดังกล่าว ประชาชนต้องมีความรู้ความเข้าใจตั้งแต่สาเหตุของโรคจนถึงการป้องกันและการรักษาในรายที่มีอาการรุนแรง

ทั้งนี้ในบทบาทของพยาบาลที่ดูแลสุขภาพชุมชนทั้งโรคเรื้อรังดังกล่าวและโรคจากมลภาวะมีสมรรถนะที่สามารถช่วยเหลือประชาชนโดยเฉพาะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งและมีศักยภาพได้เป็นอย่างดี (สุวิมล โรจนาริ และฤทัยวรรณ นวมพันธ์ 2558 : 20)

2) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างระบุได้ว่าอาการและอาการแสดงใดเป็นความผิดปกติของสุขภาพของตน จึงพบว่าถ้ามีอาการไม่มากจะดูแลตนเองก่อน เช่น ซึ้อยารับประทานตามอาการหรือรับประทานยาเดิมที่มีอาการคล้ายคลึงกัน สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคแล้วจะพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 46.70 ทั้งนี้เมื่ออาการมากขึ้นส่วนมากจะไปรับการตรวจและรักษาจากสถานบริการสุขภาพที่ตนมีความสะดวกหรือคุ้นเคยหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาล

ชุมชนนี้มีร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยจำนวนมาก มีคลินิกเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้เคียง รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ดังนั้น บุคคลหรือครอบครัวที่เคยใช้บริการที่ใดมักจะไปที่นั่น โดยเฉพาะการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมี ร้อยละ 68.26 สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30.53 นับได้ว่าเป็นประชากรในชุมชนที่สามารถ “เข้าถึงบริการสุขภาพ” ได้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหลากหลายช่องทาง โดยได้รับจากโทรทัศน์มากที่สุด คือ ร้อยละ 54.55 รองลงมาเป็นวิทยุ ร้อยละ 35.17 และหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 10.28 ซึ่งเป็นลักษณะเช่นเดียวกับชุมชนอื่น ๆ ที่ปัจจุบันมีโทรทัศน์ทุกครัวเรือน และให้สาระทางสุขภาพมากขึ้น ด้านข่าวสารจากวิทยุ อาจได้จากการฟัง ทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์ส่วนหนึ่งสำหรับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ต้องมีการรับหรือซื้อตามความสนใจ อาจไม่สะดวกในผู้สูงอายุ ผู้ไม่ได้ไปทำงาน ที่น่าสนใจของประเด็นนี้ คือ ไม่มีผู้ได้รับข่าวสารทางสุขภาพจากการจัดให้มีในชุมชนเลย เช่น วิทยุชุมชน เสียงตามสาย บุคลากรทางสุขภาพ จึงควรนำประเด็นที่ร่วมปรึกษาหารือกับองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชนว่าควรจะมีการสื่อสารทางสุขภาพกันอย่างไรในลักษณะการให้ความรู้ด้านสุขภาพแบบ Mass media ที่มีประโยชน์ในภาพรวมต่อชุมชนโดยไม่จำกัดเพศ วัย สถานที่ และภาวะสุขภาพ

3) การเดินเล่น คือ การออกกำลังกาย

ตำบลบางโฉลงมีลานกีฬาที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนอยู่ในหมู่ที่ 7 ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้เกี่ยวข้อง พบว่ามีการใช้ประโยชน์ค่อนข้างน้อยเพราะบุคคลวัยรุ่น วัยทำงาน มีภารกิจเกี่ยวกับการศึกษาและการทำงานภายนอกชุมชน กว่าจะกลับเข้าบ้านเป็นตอนเย็นหรือค่ำ จึงไม่มีการเล่นกีฬา สำหรับการออกกำลังกายของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.96 ให้ข้อมูลว่าใช้วิธีการเดินเล่นในบ้าน/บริเวณบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรม และต่างคนต่างทำ การศึกษาคั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงรายละเอียดของวิธีการดังกล่าว แต่จากการสังเกตในส่วนของชุมชนที่เป็นบ้านเดี่ยว เป็นพื้นที่การเกษตร ยังมีบริเวณที่ให้ผู้อยู่อาศัยได้ออกมาเดินเล่นหลังอาหาร พุดคุยกัน ซึ่งถ้าเป็นผู้สูงอายุจะเข้าใจว่าอากัปกรณ์ของการเดินเล่น คือ การออกกำลังกายและเมื่อสอบถามถึงการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายตามตารางที่ 6 จึงพบว่าอยู่ระดับปานกลาง

นอกจากนี้ ในกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่มีการเจ็บป่วยได้ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำที่ได้รับมาจากบุคลากรสุขภาพ คือ ให้ออกกำลังกาย ซึ่งการปฏิบัติ ได้แก่ การเดินเล่น เช่นกัน ดังนั้นในประเด็นของการให้ความรู้สุขภาพด้วย Mass media จึงควรมีเนื้อหาสาระเรื่องการออกกำลังกายเป็นสำคัญด้วย

5.2.4 วิถีชีวิตด้านสุขภาพ : ระดับดีบ้าง ปานกลางบ้าง ต่ำบ้าง คละเคล้ากันไป

1) การสร้างเสริมสุขภาพ : ออกกำลังกายปานกลาง อาหารรสหวาน และจัดการความเครียดไม่ถูกต้อง

จากผลการศึกษาในภาพรวมเป็นที่น่ายินดีที่ประชาชนในชุมชนมีการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 1.50) โดยการพักผ่อนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นการบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยง สิ่งเสพติด และการจัดการความเครียด แต่พบว่าด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดจึงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.76$, S.D. = 1.64) ตามตารางที่ 6 อธิบายได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยใกล้สูงอายุและสูงอายุ จึงทำงานบ้านหรือมีอาชีพส่วนตัวที่บ้านหรือรับงานมาทำที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพในการบริโภคอาหารเข้าครบ 3 มื้อ และตรงเวลาจึงสามารถทำได้ การพักผ่อนเช่นเดียวกันเพราะมีเวลาอยู่กับบ้านได้คุยกับเพื่อนบ้านได้เล่นกับสัตว์เลี้ยงที่สำคัญ กลุ่มตัวอย่างสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดได้จึงทำให้การสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการออกกำลังกายเท่านั้นที่อยู่ระดับปานกลาง

การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายนั้นเป็นปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปของคนไทยส่วนใหญ่ที่มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเป็นประจำน้อยรวมทั้งขาดความต่อเนื่อง (ศิริเพ็ญ กาญจนกันติ และคณะ. 2549 : Online) การศึกษาคั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ข้อมูลว่ามีการออกกำลังกายโดยการเดินเล่นครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ ร้อยละ 50.96

(ตารางที่ 5) ซึ่งอาจเป็นการปฏิบัติในผู้ที่มีโรคซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และแพทย์แนะนำให้ออกกำลังกายโดยการเดิน ซึ่งไม่ใช่เป็นการออกกำลังกายที่เกิดประโยชน์และต่อเนื่องเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง

อย่างไรก็ตาม ประชาชนบางส่วนน่าจะมีความคิดที่ดีและมีความต้องการให้มีการออกกำลังกายรวมทั้งการเล่นกีฬาในชุมชน จึงได้เสนอให้องค์การบริหารส่วนตำบลจัดสถานที่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีเพียงแห่งเดียวในหมู่ที่ 7 ทั้งนี้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีรูปแบบและกระบวนการที่ได้จากการศึกษาวิจัยค่อนข้างมาก ที่สำคัญ คือ ควรเป็นความต้องการของชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วม/เป็นหุ้นส่วนในการดำเนินการให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน (เรวดี เพชรศิริสาธิต และคณะ. 2550 : บทคัดย่อ ; เสาวลักษณ์ ชื่นยม, สมหมาย เมฆเสน และนิตยา ชันเชียง. 2552 : บทคัดย่อ)

การสร้างเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ระดับดี แต่ยังมีรายชื่ออยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ การพักผ่อนด้วยการเล่นกับสัตว์เลี้ยง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสุนัขและแมวที่มีการเลี้ยงถึงร้อยละ 72.22 (ตารางที่ 5) ในสภาพจริงของสังคมไทยปัจจุบันมีการเลี้ยงสุนัขและแมวก่อนข้างมาก อาจด้วยความน่ารัก ความเมตตา เป็นเพื่อน และต้องการประโยชน์จากการใช้สุนัขเฝ้าบ้านโดยเฉพาะชุมชนบางโหนดมีความเมตตา เป็นเพื่อน และต้องการประโยชน์จากการใช้สุนัขเฝ้าบ้านโดยเฉพาะชุมชนบางโหนดมีครอบครัวที่เป็นเกษตรกรทำสวนผลไม้ เลี้ยงกุ้ง เลี้ยงปลาและกบ ซึ่งสุนัขและแมวเป็นสัตว์นำโรคพิษสุนัขบ้าที่มีความรุนแรงของโรคสูงมาก ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคนี้นี้ในครอบครัวที่มีการเลี้ยง หรือจัดบริการทางสัตวแพทย์เข้าไปในชุมชนโดยความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบลรวมทั้งมีการให้ความรู้ในโรงเรียนและชุมชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะจากการสัมผัสน้ำมูกน้ำลายของสัตว์ที่เลี้ยงไว้ สำหรับวิธีการและสื่อในการให้ความรู้ที่เลือกให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2542 : 7-8)

ด้านการบริโภคอาหาร พบว่ามีการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน การรับประทานหวานยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทยเช่นกัน จึงมีการรณรงค์เรื่องนี้ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพต่าง ๆ มีการรณรงค์ในโรงเรียน เนื่องจากการบริโภคน้ำตาลสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลายอย่างที่ป้องกันได้ เช่น เบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น สำหรับชุมชนนี้น่าจะเป็นโอกาสในการรณรงค์เพื่อลดการรับประทานหวานได้ดีในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีการปรุงอาหารรับประทานเองถึงร้อยละ 84.92 ตามที่ได้อภิปรายไว้ในข้อ 5.2.2 ประเด็น 2) และมีการรณรงค์ในโรงเรียน/สถานศึกษา เนื่องจากมีผลการศึกษามากขึ้นที่แสดงให้เห็นแนวโน้มว่าเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน มากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2555 : 10)

ด้านการจัดการความเครียด พบว่ามีการแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อมีความเครียด ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงรายละเอียดของลักษณะความเครียด การจัดการความเครียดจากสาเหตุ ต่าง ๆ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม การแยกตัวอยู่คนเดียวบางครั้งอาจมีความจำเป็น แต่ถ้าเป็น พฤติกรรมกระทำทุกครั้ง ซ้ำ ๆ น่าจะต้องมีการให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง เนื่องจากความเครียดเป็นภาวะ สุขภาพที่สำคัญสามารถเป็นสาเหตุ หรือเชื่อมโยงไปสู่ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนจนเป็นโรคได้ (พรรณปพร ลีวิโรจน์. 2552 : Online) จึงควรมีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

2) การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ : ออกกำลังกายปานกลาง มีอุบัติเหตุที่ ต้องป้องกัน

ผลการศึกษา พบว่าชุมชนตำบลบางโหลงมีวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและ อุบัติเหตุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 1.23) และเมื่อแยกเป็นเฉพาะด้านการป้องกัน การเจ็บป่วยกับด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าอยู่ในระดับดีเช่นกัน (ตารางที่ 7) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมสอดคล้องกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ซึ่งอยู่ในระดับดี อีก เหตุผลหนึ่ง คือ ชุมชนมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพดังได้กล่าวในข้อ 5.2.3 ประเด็น 2)

ที่น่าสนใจ คือ ในการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยการออกกำลังกายที่ถูกต้อง พบว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.88) เช่นเดียวกันกับการออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ (ตารางที่ 6) ซึ่งในประเด็นนี้เป็นการย้ำว่าควรมีการศึกษาเพื่อหาปัญหา ความต้องการ รูปแบบและกระบวนการในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายให้เป็นนิสัยที่เหมาะสมแต่ละ ช่วงวัยให้กับประชาชนในชุมชนต่อไป

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ แม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่าอุบัติเหตุโดยทั่ว ๆ ไปที่เกิด กับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวน้อย (ร้อยละ 15.56) และสาเหตุทั้งหมดเป็นจักรยานล้มก็ ตาม แต่จากบริบททางกายภาพและคำบอกเล่าของผู้เกี่ยวข้อง พบว่ามีอุบัติเหตุจากรถยนต์และ รถจักรยานยนต์เกิดรอบ ๆ ชุมชนเสมอ ซึ่งอุบัติเหตุสามารถให้การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดหรือลดความ รุนแรงได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การหาความรู้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การจัดบ้านเรือน บันได ให้มี สภาพแข็งแรง และการไม่เล่นกับสัตว์เลี้ยงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการ ให้ความรู้ในโรงเรียน และในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและนอกบ้านตามความ เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ในการปฐมพยาบาลหรือการช่วยเหลือ เบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุด้วย เพราะสามารถช่วยลดความรุนแรง ความพิการ และการตายได้ ถ้ามี การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ถูกต้องทันเวลา (วิจิตร บุญยโหดระ. 2536 : 25-26)

3) การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง : ซ้อยารับประทานเอง ใช้ยาสมุนไพร เลือกสถานบริการสุขภาพตามสิทธิ

ชุมชนมีวิถีชีวิตสุขภาพด้านนี้คล้ายกับชุมชนอื่น (ธาริณี กาญจนวัลย์. 2551 : บทคัดย่อ) คือ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตัว เช่น พักผ่อน งดกิจกรรมหนัก ๆ รับประทานอาหารร้อน เป็นต้น และมีประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.14) ซ้อยารับประทานเอง หรือรับประทานยาเดิมที่มีอยู่ (ร้อยละ 5.98) ดังตารางที่ 6 ทั้งนี้ในชุมชนมีร้านขายยาแผนปัจจุบันจำนวนมากที่ให้ความสะดวกเข้าถึงง่าย ไม่เสียเวลา และเมื่อมีการเจ็บป่วยมากขึ้นจะไปใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลตามสิทธิที่มี เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ตารางที่ 5) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐบาล ร้อยละ 86.85 (ตารางที่ 9)

ในการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมการดูแลสุขภาพทางเลือก โดยการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 18.31 โดยระบุว่าเป็นฟ้าทะลายโจร ร้อยละ 7.75 ยาโบราณ ร้อยละ 13.88 มีการนวดแผนไทย ร้อยละ 11.97 (ตารางที่ 10) ซึ่งปัจจุบันในศาสตร์การแพทย์แผนไทย/การแพทย์ตะวันออก การแพทย์ทางเลือก สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพทางเลือกมากขึ้น ทั้งนี้ยาและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เลือกใช้ควรได้รับการรับรองคุณภาพและความปลอดภัยตามกฎหมายด้านอาหารและยา

ด้านการใช้ยา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง (115 คน) ใช้ยาเองเป็นประจำโดยยาที่ใช้คือ สมุนไพร ร้อยละ 80.00 ซึ่งผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลว่าเป็นจำพวกน้ำสมุนไพรที่สนับสนุนเป็น OTOP ของตำบลและหาซื้อได้จากร้านขายยาทั่วไปและร้านขายยาโบราณ นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาลดกรดเป็นประจำอีกร้อยละ 20.00 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีความเชื่อมโยงกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ คือ ปวดท้อง ร้อยละ 7.27 (ตารางที่ 5) และคิดด้วยตนเองหรือคาดเดาว่าน่าจะเป็นโรคกระเพาะอาหารจึงควรที่จะมีการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการใช้ยาเหล่านี้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง (30 คน) มีการใช้ยาเมื่อจำเป็นและยานั้น ได้แก่ พาราเซตามอล ร้อยละ 96.67 ซึ่งยาดังกล่าวปัจจุบันใช้กันอย่างกว้างขวางจึงควรให้ประชาชนมีความรู้ถึงพิษของยาเพื่อการใช้ที่ถูกต้อง (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2542 : 8)

4) การฟื้นฟูสภาพ : มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้พิการ

กลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง เกาท์ จำนวน 167 คน (ตารางที่ 5) ถือว่าโรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง ที่สำคัญคือมีการฟื้นฟูสภาพด้วยการปรับพฤติกรรมประจำวัน ตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหารบางชนิด ร้อยละ 32.30 การออกกำลังกาย ร้อยละ 14.37 การทำจิตใจให้สงบ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ และบางคนปฏิบัติหลาย ๆ อย่าง

การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการควบคุมให้ภาวะของโรคไม่เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่รุนแรงขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (สุปาณี เสนาดิสัย. 2551 : 176) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีการปฏิบัติแตกต่างกัน ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีการรักษาด้วยยาเฉพาะโรคที่ต้องรับประทานเป็นระยะเวลานาน อาจเกิดความเบื่อหน่าย ลืมรับประทาน ยาหมดและเมื่อไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจนจึงคิดว่าโรคทุเลาหรือหายแล้ว จึงรับประทานยาเองและเมื่อภาวะของโรคกำเริบขึ้น ซึ่งอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจอยู่คนเดียว ไม่มีผู้เตือน / ผู้จัดยาให้

การจัดบริการสุขภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลและบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีความสำคัญและจำเป็น เป้าหมายอย่างหนึ่งของการดูแลดังกล่าว คือ การฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เชื่อมโยงถึงการดูแลด้านสังคมด้วย ทั้งนี้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ถ้าการฟื้นฟูสภาพไม่ดีอาจกลายเป็นผู้พิการในระยะยาวต่อมาได้

การศึกษาครั้งนี้แม้ว่าจะไม่พบผู้พิการชัดเจน แต่ในหมู่ที่ 7 จากการศึกษาของ เจตจรรยา บุญญกุล (2557 : 160-161) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งที่ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเห็นควรติดตามและทดสอบผลลัพธ์ต่อไป ในกรณีของผู้พิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้เยี่ยมบ้านให้กำลังใจต้องการได้รับความรู้เพื่อช่วยในกายภาพบำบัดที่ง่าย ๆ และเสนอให้องค์การบริหารส่วนตำบลช่วยเหลือเรื่องกายอุปกรณ์ ทั้งนี้ในเรื่องของความพิการและผู้พิการในชุมชนปัจจุบันระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญมากเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ความสูงอายุและอุบัติเหตุ ซึ่งปัญหา คือ บุคคลเหล่านี้ส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ. 2550 ระบุว่า มีผู้พิการ 1.9 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 3) ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการและกายอุปกรณ์ต่าง ๆ ทั้งนี้มีสิทธิที่จะได้รับตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จึงควรจะมีการสำรวจและศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มนี้ตั้งแต่ต้นนโยบาย การดำเนินการขององค์การที่เกี่ยวข้องและผลของการดำเนินการ ปัญหา และความต้องการของผู้พิการ ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายนี้มีสมรรถภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดังตัวอย่างโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (CBR) และผลการศึกษาคณะพัฒนาระบบฟื้นฟูสภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวโรงพยาบาลสกลนคร (ปิยนุช บุญกอง, ชนานุช พันธุ์เพียง และชาติรี คาชมพู. 2550 : บทคัดย่อ ; มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. 2556 : บทคัดย่อ)

5.2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ : ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสำคัญทุกปัจจัย

1) ปัจจัยนำ : ความรู้โดยรวมระดับปานกลาง เจตคติระดับดี

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนในแต่ละด้านและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.56$, S.D.=0.79) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลฯ (ตารางที่ 14)

ผลการศึกษาที่พบในประเด็นความรู้นี้จะเห็นว่าไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำ / การปฏิบัติจริงที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจเป็นไปได้ว่าการวัดความรู้เป็นการประเมินเชิงวิชาการที่กลุ่มตัวอย่างต้องตัดสินใจเลือกใช้ความรู้ที่มีอยู่และเลือกตอบว่าอย่างไรจึงจะถูกต้อง แต่การกระทำนั้นเมื่อตนเองทำอย่างไรจึงตอบอย่างนั้นได้ทันที และการกระทำบางอย่างอาจเกิดจากการเลียนแบบในครอบครัว เพื่อน สื่อ ในภาพรวมจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในรายชื่อของแต่ละด้านพบว่ามีความรู้ในระดับต่ำในเรื่องที่สำคัญคือ การใช้ยาปฏิชีวนะ (ตารางที่ 15) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้มีการสอบถามกว้าง ๆ เท่านั้น และอาจเป็นไปได้ที่ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยใช้ยาปฏิชีวนะมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรักษาพยาบาลที่มีค่าน้อยที่สุด แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีช่องทางรับข่าวสารด้านสุขภาพทั้งจากโทรทัศน์จากวิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์ (ตารางที่ 5) แต่ข่าวสารเหล่านั้นอาจไม่มีหรือมีแต่ผู้ฟังไม่ได้สนใจจึงทำให้ขาดความรู้ในเรื่องนี้

ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่ทุกคนสามารถแสวงหาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ อาจได้มาจากการถ่ายทอดจากบุคคล การศึกษา/การอ่าน/การฟังจากสื่อที่ปัจจุบันมีหลายหลาย ความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจะได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขในสถานที่ไปรับบริการตรวจรักษาโดยได้รับเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มขึ้นอยู่กับโอกาส เวลาและความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระของความรู้ ซึ่งวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลายแต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสม เพราะความรู้บางอย่างสามารถรักษาโรคบางอย่างได้ (จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2542 : 8)

ด้านเจตคติ กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีทั้งโดยรวม ($\bar{X}=4.34$, S.D.=0.70) และรายด้าน (ตารางที่ 17) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสูงสุดเช่นเดียวกับด้านความรู้ ซึ่งเป็นไปได้ว่าการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุเป็นภาวะสุขภาพเป็ยงเบนที่เห็นได้ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างจึงให้ความสนใจเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะเจตคติเกี่ยวกับภฏจรรยาช่วยลดอุบัติเหตุได้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง คือ $\bar{X}=4.64$, S.D.=0.56 และให้ความสำคัญกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ($\bar{X}=4.56$, S.D.=0.63) รองลงมา เจตคติเป็นความรู้สึกที่บุคคลสั่งสมอาจมาจากความเชื่อ ประสบการณ์ เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ถ้าบุคคลได้รับความรู้ที่ถูกต้องหรือเมื่อมีการปฏิบัติแล้วเกิดผลดี ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงต้องพัฒนาความรู้ที่อยู่ระดับปานกลางให้สูงขึ้นเพื่อช่วยคงไว้ด้านเจตคติที่ดีอยู่แล้วให้ดีตลอดไป เนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (ธาริณี กาญจนวัลย์. 2551 : บทคัดย่อ) ซึ่งส่งผลเป็นวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วย

2) ปัจจัยเอื้อ : ระดับปานกลางเกือบทั้งหมด

ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยสนับสนุนที่มาจากทักษะส่วนบุคคลและทรัพยากรที่จะพิจารณาให้มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความสามารถที่จะปฏิบัติ ความสะดวก การเข้าถึง ทรัพยากร ปัจจัยเอื้อด้านสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ แหล่งให้ความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และการใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (ตารางที่ 18) กลุ่มตัวอย่างพิจารณาแล้วเห็นว่าเกือบทุกอย่างอยู่ระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่เคยมีประสบการณ์เพื่อใช้ปัจจัยเอื้อดังกล่าวเลย จึงประมาณว่าน่าจะมีประโยชน์อยู่กลาง ๆ ยกเว้นการใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 1.05) ซึ่งเป็นการย้ำถึงความพร้อมด้านทุนทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชนดังได้กล่าวมาแล้วว่าประชาชนในชุมชนสามารถเลือกใช้สถานบริการสุขภาพได้ตามสิทธิและความพอใจทั้งสถานบริการในชุมชน ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์และร้านขายยาแผนปัจจุบัน ชุมชนใกล้เคียง ระดับอำเภอและจังหวัด รวมทั้งจังหวัดใกล้เคียงรวมและกรุงเทพมหานคร

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องมีความต้องการเช่นเดียวกัน คือ มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายและเล่นกีฬา ที่น่าสนใจ คือ แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพด้านต่าง ๆ อยู่ระดับปานกลางทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาปัจจัยเอื้อเหล่านี้ให้สามารถสนับสนุนประชาชนในชุมชนเพื่อมีวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป ทั้งนี้ควรเป็นความร่วมมือของประชาชน ชุมชน หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล เป็นต้น โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลในฐานะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน (สำนักการพยาบาล. 2557 : คำนำ)

3) ปัจจัยเสริม : ทั้งหมดอยู่ระดับปานกลาง

ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยเกิดหลังจากบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว และได้รับการประเมินในลักษณะการกระตุ้นเตือน การยกย่อง ชมเชย แนะนำทำให้มีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป การศึกษาครั้งนี้มุ่งที่การยอมรับจากเพื่อนบ้าน การชมเชยจากเพื่อนบ้านจากบุคลากรสุขภาพ และการเป็นแบบอย่างในครอบครัวในการฟื้นหายจากโรค พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 1.34) โดยการเป็นแบบอย่างของบุคคลในครอบครัวในการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{X} = 3.31$, S.D. = 1.8

การเป็นแบบอย่างทางสุขภาพในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิที่มีความสำคัญอย่างมาก (วิธมา เพียงธรรม, สุนีย์ กำปับ และอาภาพร เผ่าวัฒนา. 2554 : 17-18) เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยปฐมภูมิของการดูแลสุขภาพสมาชิก เป็นแหล่งรวมของความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่สมาชิกได้เรียนรู้ สนับสนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Hitchcock, Schubert and Thomas. 2003 : 167) ดังนั้น การได้เป็นแบบอย่างหรือ role model

ด้านสุขภาพที่มีต่อกันในสมาชิกของครอบครัวจึงเป็นวิธีที่ควรจรรโลงไว้ และพัฒนาให้เกิดในระดับมากในทุก ๆ ด้านของวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ถ้าพิจารณาครอบครัวเป็นระบบย่อยของชุมชนหรือสังคม เมื่อสมาชิกของครอบครัวเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ต้นาจะส่งผลให้เกิดแบบอย่างในชุมชนได้เช่นกัน สอดคล้องกับผลการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (อภิญาธรรมแสง. 2544 : บทคัดย่อ) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้านเพิ่มขึ้น (ภัทรพร ไพเราะ. 2539 : บทคัดย่อ) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (อินทราพร พรหมปรการ. 2541 : บทคัดย่อ) มีการเลือกซื้ออาหารและปรุงอาหารเพื่อป้องกันภาวะความดันเลือดสูงในกลุ่มเสี่ยงดีขึ้น (วิณา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบุญ. 2553 : บทคัดย่อ) และเมื่อชุมชนมีสุขภาพดีย่อมส่งผลให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนนั้น ๆ (บันเทิง สุพรรณ และคณะ. 2555 : บทคัดย่อ)

สำหรับบุคลากรสุขภาพนั้น การยกย่อง ชมเชย การเป็นตัวแบบหรือแบบอย่างกับผู้อื่น เมื่อผู้ใช้บริการปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติสม่ำเสมอ สามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยเฉพาะในการปรับพฤติกรรมของผู้ใช้บริการเนื่องจากเป็นหลักทางจิตวิทยา

4) ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

จากผลการศึกษา พบว่าความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ตารางที่ 20) อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่มีอยู่ในตัวของบุคคลแต่ละคน ซึ่งแสดงถึงการมีข้อมูล / ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่บุคคลนั้น ๆ มีอยู่ โดยเกิดจากการแสวงหาด้วยตนเอง หรือจากการได้รับผ่านสื่อ หรือจากการศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการลงมือปฏิบัติและสามารถปฏิบัติได้จนกลายเป็นทักษะและเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องในที่สุด (Edberg. 2010 : 3) การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในวิถีชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง สำหรับเจตคติแม้ว่าจะเกี่ยวเนื่องมาจากความคิดเห็น ความรู้สึกสั่งสมจากประสบการณ์ความเชื่อแต่ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเช่นกัน

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้ความรู้และเจตคติของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุซึ่งอยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กาญจนวัลย์ (2551 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้

ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยสนับสนุนที่มาจากทักษะส่วนบุคคลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้อย่างสะดวก ง่าย และเข้าถึงได้ ส่วนปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง เนื่องจากการประเมินในทางบวก เช่น ได้รับการยกย่อง ชมเชย เห็นคุณค่าในการปฏิบัตินั้น ๆ การศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ข้อมูลว่าชุมชนมีปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างยังสามารถปฏิบัติวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้ในระดับปานกลางและระดับดีตามลำดับ เป็นเพราะการมีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดี เป็นปัจจัยนำมาก่อน และวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับด้านการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมของชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่ให้ข้อมูลว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิถีชีวิตตามปกติของประชาชนที่เป็นการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปิ้ง ย่าง ทอด รับประทานอาหารให้เป็นเวลาและมีการพักผ่อนหย่อนใจตามโอกาส จึงทำให้ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ทั้งนี้ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมชุมชนสามารถพัฒนาขึ้นได้โดยการประสานความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง ผู้นำชุมชน และประชาชนเป็นสำคัญ (ศิริพร สมบูรณ์ และคณะ. 2553 : บทคัดย่อ)

5) ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ และวิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพและวิถีชีวิตด้านการฟื้นฟูสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$ (ตารางที่ 21 และ 22) อธิบายเพิ่มเติมจากข้อ 4) ได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 418 คน แต่กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (ตารางที่ 5) พบว่า ไม่มีอาการผิดปกติด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 60.53 (165 คน) และไม่มีโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ร้อยละ 60.04 (167 คน) ดังนั้นเมื่อประเมินวิถีชีวิตด้านสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ส่วนหนึ่งกลุ่มตัวอย่างจึงให้ข้อมูลจากการมองการกระทำของสมาชิกในครอบครัว หรือส่วนหนึ่งเป็นความนึกคิด ยกเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการไปรับการรักษาโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่เป็นข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง 167 คน โดยเฉพาะด้านวิถีชีวิตการฟื้นฟูสภาพมีการสอบถามกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 167 คน อาจไม่ประเมินว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมดจึงให้ข้อมูลทั่ว ๆ ไป สำหรับกรณีผู้พิการพบเพียง 2 คน ซึ่งไม่ได้รับการคัดแยกและสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นการมีความรู้และเจตคติ ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่ถูกต้องจึงไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมไม่เกิดขึ้นจริงในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

สำหรับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม อธิบายได้ในลักษณะเช่นเดียวกันกับปัจจัยนำ คือ ความรู้และเจตคติ คือ ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานทั้งหมด คือ ปัจจัยนำ คือ ความรู้และเจตคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

6) แนวทางการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน : สุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้พิการ/ผู้ป่วยนอนติดเตียง และสุขภาพแรงงานข้ามชาติ สำคัญทั้งนั้น

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ส่วนหนึ่งแสดงความคิดเห็นที่เชื่อมโยงกับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบขององค์การต้นสังกัด ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชนในชุมชน ส่วนหนึ่งใช้ประสบการณ์ในพื้นที่บอกเล่าข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ในภาพรวมทุกคนต้องการให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุในชุมชนมีวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และได้เน้นประชาชนบางกลุ่มที่ต้องการให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยกันดูแลและพัฒนา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยนอนติดเตียง และแรงงานข้ามชาติ

กลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีจำนวนมากขึ้น ๆ นอกจากสรีรภาพจะเสื่อมลงตามวัย ยังมีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้เสนอให้มีการจัดการเรื่องการออกกำลังกาย การพบปะ การบริการตรวจสุขภาพ การมีกิจกรรมในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุได้มีเพื่อน ซึ่งประเด็นการออกกำลังกายมีความสำคัญกับทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีได้ด้วย ประเด็นการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีผลการศึกษาที่สามารถนำมาพัฒนาใช้ได้ (อภิญา ธรรมแสง. 2544 : บทคัดย่อ ; วิณา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบุญ. 2553 : บทคัดย่อ)

สำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยนอนติดเตียง การศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างแต่เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในชุมชนเช่นกัน จึงควรมีการศึกษาและพัฒนาความรู้ความสามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถร่วมให้การดูแลกับองค์การที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหรือแรงงานต่างด้าว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แต่มาทำงานอุตสาหกรรมในชุมชนจำนวนมาก ผู้เกี่ยวข้องได้เสนอแนวทางการพัฒนาสุขภาพไว้ด้วย เพราะถ้าสุขภาพคนกลุ่มนี้ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และประหยัดงบประมาณที่จัดเพื่อบริการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย นั่นคือต้องให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุเป็นหลักสำคัญ

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) เนื่องจากชุมชนตำบลบางโหลง เป็นพื้นที่โดยรอบของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งมีคณะวิชาที่มีความรู้ความสามารถทางด้านสุขภาพ เช่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ คณะกายภาพบำบัด และ คณะการแพทย์แผนจีน จึงควรนำเสนอข้อมูลวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนต่อผู้บริหารของมหาวิทยาลัย เพื่อจัดทำเป็นแผนงาน / โครงการในการจัดบริการวิชาการแก่สังคมให้ตรงกับพันธกิจ อดุคศึกษาและความต้องการ / ปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชน และมีการศึกษาวิจัยต่อยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามบริบทของคณะวิชา นอกจากนี้คณะวิชาที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ เช่น คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม คณะนิเทศศาสตร์ และคณะนิติศาสตร์ เป็นต้น ยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการวิชาการแก่สังคมร่วมกันกับมหาวิทยาลัยและคณะวิชาด้านสุขภาพ

2) จัดให้มีการนำเสนอผลการวิจัยต่อองค์การบริหารส่วนตำบลบางโหลง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลง และโรงพยาบาลเซ็นทรัล พาร์ค เพื่อรับทราบข้อมูล โดยเฉพาะด้านความรู้ และวิถีชีวิตบางส่วนที่มีระดับปานกลาง และพิจารณาแนวทางการวางแผนร่วมกันในการที่จะพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนให้มีความถูกต้องอย่างยั่งยืน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) เนื่องจากวิถีชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ จึงควรมีการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบ / แบบจำลอง / กระบวนการในการพัฒนาวิธีการออกกำลังกายอย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือเป็นหุ้นส่วนสุขภาพกับชุมชน

2) ศึกษารายละเอียดสุขภาพทุกด้านของผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของชุมชนตำบลบางโหลงต่อไป สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังนั้น ต้องศึกษาทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน ทั้งนี้อาจนำ Chronic Care Model มาใช้เป็นฐานในการศึกษาและพัฒนา

3) การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter. 1999) โดยปัจจัยนำได้เลือกมาเฉพาะความรู้ และเจตคติ จึงควรมีการนำตัวแปรอื่น เช่น ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพมาศึกษาเพิ่มเติมด้วย สำหรับปัจจัยเอื้อ ควรศึกษาทรัพยากรที่มีอยู่และการเข้าถึงทรัพยากรนั้น ๆ ส่วนปัจจัยเสริม ควรเพิ่มกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อให้ได้แนวทางในการดำเนินการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพได้ชัดเจนและเหมาะสมขึ้น รวมทั้งมีการนำปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพ และลักษณะครอบครัวมาเป็นตัวแปรปัจจัยเพิ่มเติม เนื่องจากมีผลการศึกษาที่พบว่าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

4) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและการแพทย์ทางเลือกให้มีความสมบูรณ์ เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะระดับต่ำ มีการซื้อยาใช้เอง ทั้งยาที่ใช้เป็นประจำและใช้เมื่อจำเป็น และมีการใช้ยาสมุนไพรและสมุนไพรในการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองจำนวนหนึ่ง

5) ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุ ทั้งที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกในครอบครัว และประชาชนทั่วไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลยังไม่ชัดเจน จึงควรกำหนดประเด็นและเสนอช่องว่างของความรู้ด้านนี้ เพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

6) มีการศึกษาในรายละเอียดของผู้พิการและแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากเป็น ข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก. (2550) **สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : หนังสือดีวัน.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550) **คู่มือจัดอบรมวิถีชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : สามลดา. _____ . (2552) **วิถีชุมชน : คู่มือการเรียนรู้ที่ทำงานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุก**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : หนังสือดีวัน.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2552) **สังคมปรนัย**. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (เมษายน – มิถุนายน 2546) “โครงการประเมินผลนโยบายป้องกันอุบัติเหตุจราจรของรัฐบาลในช่วงปีใหม่ พ.ศ. 2546 : จังหวัดขอนแก่นและนครราชสีมา” **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. 21 (2) หน้า 43-55.
- _____. (กรกฎาคม – กันยายน 2546) “การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน (ระยะที่ 1)” **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. 21 (3) หน้า 22-36.
- โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพของคนพิการและผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์**.
ปีงบประมาณ 2555-2557. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.surinpho.go.th/file_News/HLLMV1.doc. (26 พฤศจิกายน 2557)
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557) **การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ**. กรุงเทพมหานคร : เดอะกราฟิก ซีเอสเอ็มเอส.
- จริยาวัตร คมพัยคัม. (กรกฎาคม – กันยายน 2542) “การให้การพยาบาลด้วยการสอนสุขภาพ” **วารสารสภาการพยาบาล**. 14 (3) หน้า 1-9.
- _____. (2553) “แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ” ใน **การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการ และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล**. หน้า 1-29. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย.
- เจตจรรยา บุญญกุล. (2557) **รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ**.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ชลอ อินทราชา และคณะ. (2537) **ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในจังหวัดนนทบุรี.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2556) “รักษสุขภาพ รักษาการออกกำลังกาย” **จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (3).** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/Book582/Culture582.pdf>. (8 กันยายน 2558)
- เชษฐา แก้วพรม. (พฤษภาคม – สิงหาคม 2555) “บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.** 23 (2) หน้า 73-80.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2553) **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาการพยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ศรีญาณรักษ์ อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว. (มกราคม – เมษายน 2554) “การดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” **Princess of Naradhiwas University Journal.** 3 (1) หน้า 61-73.
- ทัศนพร สุดเสนาหา. (2556) **ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว.** วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- ทิวาวรรณ เกื้อนยัง. (2554) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธรมินทร์ กองสุข และคณะ. (2551) **ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>. (8 กันยายน 2558)
- ธาริณี กาญจนวัลย์. (2551) **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม.** วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธีระภัทรา เอกมาชัยสวัสดิ์. (2553) **ชุมชนศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : แอคทีฟพริ้นท์.
- เนตรดาว ธงชีว ทรธธา เศรษฐบุปผา และชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์. (กรกฎาคม – กันยายน 2554) “ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติสุร” **พยาบาลสาร**. 38 (3) หน้า 110-121.
- บันเทิง สุพรรณ และคณะ. (2555) “ปัจจัยด้านบุคคลครอบครัวและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ” ใน **การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาด้านการวิจัยอย่างยั่งยืน ระหว่างวันที่ 25-26 ธันวาคม 2555 จัดโดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. หน้า 493-503. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2541) **ทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พีระพัทธนา.
- ปิยนุช บุญกอง และคณะ. (2555) **การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://r2thailand.org/sites/default/files/attachment/407/wicchay_10.pdf (26 พฤศจิกายน 2557)
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554) **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ : การนำใช้**. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- พรรณปพร ลีวีโรจน์. (2009) **วิถีชีวิตพอเพียงกับสุขภาพ**. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และสวัสดิการสังคม [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://swhcu.net/km/mk-articles/sw-km/104-w-health.html> (26 พฤศจิกายน 2557)
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (27 กันยายน 2550) **ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124. ตอนที่ 61 ก. หน้า 8-24.**
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530) **การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม** กรุงเทพมหานคร : แสงแดด.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2539) **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีวรรณ กมลพัฒนะ. (2552) **เล่าเรื่องชีวิตหลัง Stroke**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี ฝิวสุวรรณ และคณะ. (2556) **Community Based Rehabilitation (CBR) Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย**. กรุงเทพมหานคร : พรีเมียม เอ็กซ์เพรส.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เยาวภา อัจฉิตสุวรรณ. (2554) “แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพ” ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค. หน่วยที่ 1 หน้า 1-77.
 นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รัตน์ะ บัวสนธ์ และคณะ. (มกราคม – มีนาคม 2555) “วิถีชีวิตด้านสุขภาพไทยทรงดำ จากวันวาน
 สู่ยุคสุขภาพพอเพียง” **วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.** 14 (1) หน้า 19-36.
- ริเรืองรอง รัตน์วิไลสกุล. (มกราคม-มิถุนายน 2554) “คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ
 ในชีวิตคนไทยวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร” **วารสารเกษมบัณฑิต.** 12 (1) หน้า 41-51.
- เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์ และคณะ. (มกราคม – มิถุนายน 2550) “ความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพ
 : ความต้องการที่แตกต่างระหว่างคนสามวัยในครอบครัวไทย” **วารสารพยาบาล.** 56 (1-2)
 หน้า 23-31.
- วรางคณา ผลประเสริฐ. (2553) “ปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชากรตามวงจรชีวิต” ใน **ประมวล
 สาระวิชาวิทยาการระบาดประยุกต์กับการพัฒนาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม.** หน่วยที่ 2.
 หน้า 2-47. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วัลย์พร นันทศุภวัฒน์. (2552) **การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ.**
 พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิจิตร บุญยะโทตระ. (2536) **อุบัติภัย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : นวกนก.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552) **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร.** กรุงเทพมหานคร :
 N. P Press Limited Partnership.
- วิยะดา ฆารวิวัฒน์ และคณะ. (2544) **การหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของ
 โรงพยาบาลสิรินธร : กรณีศึกษา ชุมชนริมเขื่อน.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีณา เทียงธรรม อากาศร เผ่าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบูรณ์. (มกราคม-ธันวาคม 2553) “โปรแกรม
 การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัด
 นครปฐม” **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** 22 (1-3) หน้า 11-27.
- วีณา เทียงธรรม สุนีย์ ละกำป็น และอากาศร เผ่าวัฒนา. (2554) **การพัฒนาศักยภาพชุมชน :
 แนวคิดและการประยุกต์ใช้.** กรุงเทพมหานคร : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- วีณา เทียงธรรม และคณะ. (เมษายน – มิถุนายน 2554) “โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วย
 โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด” **วารสารสาธารณสุขศาสตร์.**
 41 (2) หน้า 149-161.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศรีศักดิ์ สุนทรไชย. (2554) “แนวคิด หลักการ และกลวิธีของการป้องกันโรค” ใน เอกสารการสอน **ชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค**. หน่วยที่ 2. หน้า 1-52. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศิริพร สมบูรณ์ และคณะ. (1 มกราคม – เมษายน 2553) “ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก” **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 24 (1) หน้า 62-77.
- ศรีสมร การ่อน. (2539) **สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน**. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ. (2549) **การศึกษาผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิมไทย**. จุฬาสัมพันธ์ 49 (10) วันที่ 13 มีนาคม 2549. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : www.econ.chula.ac.th/public/research/cebter/.../Executivethai.pdf. (26 ตุลาคม 2557)
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554) **สุขภาพคนไทย 2554**. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- _____. (2555) **สุขภาพคนไทย 2555**. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556**. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2551) **เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร 30 เมษายน–2 พฤษภาคม 2551**. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ม.ป.พ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543) **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมชัย บวรกิตติ ปฐม สรรวรรค์ปัญญาเลิศ และกฤษฎา ศรีสำราญ. (2558) **ภาวะวิกฤตสังคมไทยกับผลกระทบต่อสุขภาพ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.healthcarethai.com> (8 กันยายน 2558)
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557) **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : เทพเพ็ญวานิชย์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555) **คาดการณ์ระบบสุขภาพในทศวรรษหน้า**. กรุงเทพมหานคร : สามดีพรีนติ้งอิคิวเมนท์.
- _____. (2558) **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สหพัฒนพิบูล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง (2554) **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://bps.ops.moph.go.th/THLSP2001-2020/cabinet8march2001> (26 ตุลาคม 2557)
- สุปรียา ตันสกุล. (2549) **จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : วิฑูรย์การปก. _____ . (มกราคม-เมษายน 2550) “ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ” **วารสารสุขศึกษา**. 30 (105) หน้า 1-15.
- สุภาณี เสนาดิสัย. (2551) “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” ใน **การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ**. สุภาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ 12 กรุงเทพมหานคร : จุดทอง.
- สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ. (2541) **วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิมล โรจนาวี และฤทัยวรรณ นวมพันธ์. (2558) **พยาบาล : พลังเพื่อการเปลี่ยนแปลง**. กรุงเทพมหานคร : สื่อตะวันออก.
- เสาวลักษณ์ ชันยม สมหมาย เมฆแสน และนาตยา ชันเชียง. (2552) **การวิจัยกระบวนการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนวัยแรงงานบ้านนาหวาย อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน**. ม.ป.พ.
- องค์การบริหารส่วนตำบลบางไฉลง. **แผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลสามปี (พ.ศ. 2556-2558)**. ม.ป.พ.
- อรรวรรณ น้อยวัฒน์. (2558) “วัฒนธรรมไทยแบบวิถีชีวิตพอเพียงกับสุขภาพ” **จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์ ฉบับที่ 2**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.stou.ac.th/Schools/shs/booklet/book582/Culture582.pdf> (8 กันยายน 2558)
- อภิัญญา ธรรมแสง. (2544) **สัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อังคณา ช่วยคำชู. (กันยายน – ธันวาคม 2555) “ความรุนแรงในครอบครัว : สาเหตุ ผลกระทบและแนวทางการช่วยเหลือ” **วารสารธรรมศาสตร์**. 31 (3) หน้า 1-17.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และนันทวัน สุวรรณรูป. (กันยายน-ธันวาคม 2547) “การวิเคราะห์ ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II ฉบับภาษาไทย” **วารสารสภาการพยาบาล**. 19 (4) หน้า 44-63.
- อินทราพร พรหมปรการ. (2541) **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง**. ม.ป.พ.
- เอกรัฐ จันทน์วันเพ็ญ. **การดูแลผู้พิการในชุมชน**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : www.gotoknow.org/Posts/28632 ไทย camping (26 ตุลาคม 2557)
- Ademola, E. O. and Okunola, R. A. (December 2013) “Peoples, culture and mass media as agent of cultural imperialism” **Covenant University Journal of Politics and International Affairs (CUJPIA)**. 1 (2) page 179-191.
- Allender, J. A. and Spradley, B.W. (2001) **Community health nursing : Concepts and practice**. 5th ed. Philadelphia : Lippincott.
- Alverson, E. M. and Kessler, T. A. (2012) “Relationships between lifestyle, health behaviors, and health status outcomes for understand adults” **Journal of American Academy of Nurse Practitioners**. (24) page 364-374.
- Bruhn, J. Co. (1988) **Life – style and health behavior**. In Health behavior emerging research perspective. New York : Plenum Press.
- Bernard, R. (2010) **Fundamentals of Biostatistic**. 7th ed. Boston : Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Day, L., et al. (2011) **A protocol for Evidence based targeting and evaluation of statewide strategies for preventing falls among community-dwelling older people in Victoria, Australia**. [Online] Available : <http://injuryprevention.bmj.com/on> (February 26, 2014)
- Edberg, M. C. (2010) “Essential reading in health behavior : Theory and Practice” **Carada : Jones and Bartlett Learning, LLC**.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Ekhtiari, Y. S. et al. (January 2013) “The effect of an intervention based on the PRECEDE-PROCEED Model on preventive behaviors of domestic violence among Iranian high school girls” **Iran Red Crescent Med J.** 15 (1) page 21-28.
- Green, L. W. and Kreuter, M. W. (1999) **Health promotion planning : An educational and ecological approach.** 3rd ed. California : Mayfield.
- Gilbert, G. G Sawyer, R. G and McNeill, E. B. (2011) **Health education creating strategies for school and community health.** 3rd ed. Singapore : Jones and Bartlett publishers.
- Hitchcock, J. E., Schubert, P. E. and Thomas, S. A. (2003) **Community health nursing : Caring in action.** 2nd ed. United State of America : Thomson Delmar Learning.
- Hornby, A. S. (2005) **Oxford advanced learner’s dictionary.** England : Oxford University Press.
- International Council of Nurses. (2008) **Nursing perspectives and contribution of primary health care.** Geneva : ICN.
- Jewkes, S, Garcia M. (2002) **The Ecological model.** [Online] Available : www.Etfalliance.org/images/initiationves/cdc (26 November 2014)
- Kessler, A. and Alverson, M. E. (December 2013) “Influence of lifestyle, health behavior and health indices on the health status of underserved adults” **Journal of the American Association of Nurse Practitioners.** 25 (12) page 674-681.
- Kickbusch, I. (1989) “Approaches to an ecological base for public health” **Health Promotion.** (4) page 265-268.
- Krug, E.G.k et al. (2002) **World report on violence and health.** Geneva : World Health Organization.
- Neufeldt, V. (1994) **Webster’s new world dictionary of American English.** 3rd ed. New York : Prentic Hall.
- Orem, D. E. (2001) **Nursing : concepts of practice.** 6th ed. St. Louis : Mosby.
- Pease, R. W. (1996) **Merriam-Webster’s Medical Desk Dictionary.** Massachusetts : Merriam-Webster.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Pender, N. J. (1996) **Health promotion in nursing practice**. 3rd ed. Connecticut :
Appleton & Lange Stanford.
- Salinero-Fort, et al. (2011) “Effectiveness of PRECEDE model for health education on
changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass
index in patients with type 2 Diabetes Mellitus” **Biomedcentral Public
Health**. (11) page 267-276.
- Sim Lim. (2557) **กระบวนการบำบัดรักษา ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitatin)**.
[ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=ipum&
month=22-09-2011&group=3&gblog=6](http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=ipum&month=22-09-2011&group=3&gblog=6) ; 2557 (26 ตุลาคม 2557)
- Spaargaren, G. & VanVliet. B. (2000) “Lifestyle, consumption and the environment :
The ecological modernization of domestic consumption” **Environmental
Politics**. 9 (1) page 50-75.
- Swan, K. (2000) “Potential and challenges in the marketing of lupins for food and
feed” In Knight, R. **Linking research on marketing Opportunities for Pulses
in the 21st Century**. page 517-520.
- Swick, K. J. and Williams, R. D. (April 2006) “An analysis of Bronfenbrenner’s
Bio-Ecological perspective for early childhood educators : implications for
working with families experiencing stress” **Early Childhood Education
Journal**. 33 (5) page 371-378.
- Thomas, D. R. (1984) **A system approach to the style individual, cultural and
community**. Waikato : University of Waikato.
- Tomaa, K ; Bendtsen, P. and Krevers B. (2014) **Implementation of healthy lifestyle
promotion in primary care : Patients as coproduces**. [Online] Available :
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.1014.07033>. (24 กันยายน 2557)
- The University of Tennessee at Chattanooga. (2014) **Theory Based Nursing Practice
(TBNPX) A working document**. [Online] Available : [http://www.utc.edu/
Nursing/pdfs/classes/orem-handbook.pdf](http://www.utc.edu/Nursing/pdfs/classes/orem-handbook.pdf). (24 กันยายน 2557)
- World Health Organization. (1986) **Health promotion OTTAWA Charter**. Geneva :
World Health Organization.

บรรณานุกรม (ต่อ)

World Health Organization. (1988) **From Alma-Ata to the year 2000 : Reflections at the midpoint.** Geneva : World Health Organization.

_____. (1997) **Health for all in the twenty-first century.** Geneva : World Health Organization.

_____. (2009) **Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences.** Geneva : World Health Organization.

_____. (2010) **Preventing intimate partner and sexual violence against women Taking action and generating evidence.** Belgium : World Health Organization.

_____. **Health in Asia and the Pacific.** [Online] Available : <http://www.wpro.who.int/P8blications/Health+in+Asia+and+the+Pacific>. Html. Date (19 Nov. 2010)

_____. (2013) **Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to The prevention treatment and management of non-communicable diseases.** Geneva : World Health Organization.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้อีโรรบใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 3 มิถุนายน 2556

ชื่อเรื่อง วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
 ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ รศ.ดร.จรียาวัตร คมพยัคฆ์
 คณะวิชา/หลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
 ประกาศเสสจิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรียาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 3 มิถุนายน 2556

อ.145/2556

วันที่รับรอง

เลขที่รับรอง

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยคำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
เรื่อง การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี
จังหวัดสมุทรปราการ

ดิฉันนางจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะผู้วิจัยเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาถึงวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลบางโหลง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เสนอต่อผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในตำบลบางโหลงเพื่อร่วมให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อนำไปสู่หนทางในการพัฒนาสุขภาพชุมชนร่วมกันอย่างยั่งยืนต่อไป

ท่านเป็นบุคคลสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูล ซึ่งจะใช้วิธีสอบถามในเวลาประมาณ 30 – 45 นาที และข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอเป็นงานวิจัยในภาพรวม รวมทั้งจะทำลายทิ้งเมื่องานดังกล่าวเสร็จแล้ว โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาถึงแม้ว่าท่านจะสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้วก็ตาม ทั้งนี้หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและที่หมายเลขโทรศัพท์ 081 – 817 – 6971

งานวิจัยครั้งนี้ จะประสบความสำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือของท่านจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ

วันที่ เดือน พ.ศ.

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
เรื่อง การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี
จังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า ขอทำหนังสือให้ไว้ต่อคณะผู้วิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง การศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ แล้ว

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากคำชี้แจงด้วยวาจาก่อนการสัมภาษณ์

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า ข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องตอบคำถามทุกคำถามและสามารถบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลเสียต่อข้าพเจ้าและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความคำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยความเต็มใจในใบยินยอมนี้พร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ หัวหน้าโครงการวิจัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัย (ชุดที่ 1)

แบบบันทึก ลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน

ต.บางไฉลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ

เลขที่หมู่บ้าน

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ให้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากการสังเกตและพูดคุยซักถามขณะสำรวจชุมชน ด้วยวิธีการบรรยายอย่างละเอียด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางกายภาพ

- 1.1 สภาพพื้นที่และภูมิอากาศ
- 1.2 สิ่งแวดล้อมต่างๆ ไป เช่น ลำคลอง คูน้ำ ขยะมูลฝอย สัตว์เลี้ยง และมลภาวะ เป็นต้น
- 1.3 การคมนาคมภายในชุมชนและโดยรอบ
- 1.4 การติดต่อสื่อสาร
- 1.5 ลักษณะที่อยู่อาศัย อาคาร ร้านค้า และความหนาแน่น (สรุปเป็นลักษณะของชุมชน เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนกระจายกันเป็นกลุ่ม เป็นต้น)
- 1.6 สถานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บ มลภาวะ
- 1.7 อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทุนทางสังคม (ชนิด และจำนวน)

- 2.1 สิ่งก่อสร้าง เช่น วัด โบสถ์ สุเหร่า ศาลเจ้า โรงงานอุตสาหกรรม หอพัก ตลาด ร้านอาหาร โรงเรียน/สถานศึกษา โรงเรียนตำรวจ และโกดัง เป็นต้น
- 2.2 บริเวณสาธารณประโยชน์ เช่น สวนหย่อม ลานอเนกประสงค์ สนามกีฬา ทางรถจักรยาน และจักรยานยนต์ เป็นต้น
- 2.3 สาธารณูปโภค น้ำดื่ม น้ำใช้ การกำจัดขยะมูลฝอย น้ำเสีย และมลภาวะ
- 2.4 แหล่งบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน รวมถึงร้านขายยา
- 2.5 องค์กรชุมชน เช่น สหกรณ์ เป็นต้น
- 2.6 กลุ่มบุคคลแกนนำ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ / ผู้รู้ อาสาสมัคร ชมรมและกลุ่มสังคมอื่น ๆ
- 2.7 ผลผลิตในชุมชน OTOP
- 2.8 อื่น ๆ ระบุ

เครื่องมือวิจัย (ชุดที่ 2)

แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม

เรื่อง วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ต.บางโหลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ

เลขที่

หมู่บ้าน กลุ่ม / บุคคล

คำชี้แจง แนวคำถามนี้ใช้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน ภูมิปัญญาชาวบ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางโหลง และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่วิจัย โดยผู้สัมภาษณ์ใช้การสังเกตร่วมด้วย

1. ประชาชนในตำบลมีการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองในภาวะปกติอย่างไร ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง สารเสพติด และด้านสุขภาพจิต เช่น การลด ย้ำยั้ง และจัดการความเครียด ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการให้มีการช่วยเหลืออย่างไร จากใคร
2. ประชาชนในตำบลส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรค / ปัญหาอะไร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคนในตำบลมีการดูแลตนเองอย่างไร ไปใช้สถานบริการสุขภาพที่ไหน จะป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยได้อย่างไร เรื่องการเจ็บป่วยนี้มีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการให้มีการช่วยเหลืออย่างไร จากใคร
3. ส่วนใหญ่คนในตำบลมักเกิดอุบัติเหตุในเรื่องใดบ้าง สาเหตุจากอะไร มีวิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอุบัติเหตุอย่างไร ถ้าจะป้องกันไม่ให้เกิดจะต้องทำอย่างไร ใครควรทำ ใครควรมีบทบาทอะไรบ้าง การเกิดอุบัติเหตุในตำบลมีปัญหาอย่างไร ต้องการให้มีการช่วยเหลืออะไรบ้างจากใคร
4. เมื่อเจ็บป่วยคนในตำบลมีการดูแลสุขภาพด้วยวิธีอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร (ยาสมุนไพร แพทย์ทางเลือก หมอพื้นบ้าน ฯลฯ) ตำบลนี้มีหมอพื้นบ้านหรือไม่ คนนิยมไหม ได้ผลอย่างไร
5. ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรังช่วยตัวเองไม่ได้ หรือผู้พิการ ในตำบลมีวิธีการดูแลกันอย่างไร ใครเป็นผู้ดูแล แต่ละคนมีบทบาทอย่างไร การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการมีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการให้มีการช่วยเหลืออย่างไร ใครทำ
6. คนในตำบลมีความเชื่อ มี ประเพณี/วัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพยามปกติ และยามเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง (เกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ ในการแพทย์การสาธารณสุข /วิทยาศาสตร์) และต้องการให้ยังมีความเชื่อ มีประเพณี /วัฒนธรรมอะไรยังคงอยู่ในชุมชนนี้ต่อไป เพราะอะไร
7. มีวิธีการอะไรบ้างที่จะทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และจะทำอย่างไรเพื่อให้วิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้องนั้นมีความยั่งยืน (มีความต่อเนื่อง)
8. จากข้อ 7 เป็นหน้าที่ของใครบ้าง และเขาเหล่านั้นจะมีบทบาทอะไร

1.9 ความเพียงพอของรายได้

- () พอใช้ ไม่เหลือเก็บ
- () พอใช้ เหลือเก็บ
- () ไม่พอใช้ ต้องขอยืม / กู้ยืม
- () อื่นๆ ระบุ

10. จำนวนบุตร () ไม่มี

- () มี (ระบุจำนวน) คน

2. ข้อมูลครอบครัว

2.1 สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย

- () ตัวท่าน ภรรยา/สามี และบุตร
- () ตัวท่าน ภรรยา/สามี บุตรและบิดา/มารดาของภรรยา/สามี
- () ตัวท่าน ภรรยา/สามี บุตรและบิดา/มารดาของภรรยา/สามีและญาติ
- () ตัวท่าน ภรรยา/สามี และบิดา/มารดา/ญาติของภรรยา/สามี
- () อื่น ๆ ระบุ

2.2 บทบาทของท่านในครอบครัว

- () หัวหน้าครอบครัว
- () สมาชิกครอบครัว
- () ผู้อาศัย
- () อื่น ๆ ระบุ

2.3 ที่พักอาศัย

- () ของตนเอง
- () เช่า / เชิง เดือนละ บาท
- () ของญาติไม่เสียเงิน
- () ของญาติเสียเงินเดือนละ บาท
- () อื่นๆ ระบุ

2.4 ลักษณะที่พักอาศัย

- () บ้านเดี่ยว ชั้นเดียว
- () บ้านเดี่ยว มากกว่า 1 ชั้น
- () ห้องแถว
- () ห้องเช่า อยู่มากกว่า 1 ครอบครัว
- () อื่น ๆ ระบุ

2.5 รายละเอียดข้อมูลสมาชิกในครอบครัว

สมาชิก <input type="checkbox"/>	เพศ (ช/ญ) <input type="checkbox"/>	อายุ (ด/ป) □□/ □□	การศึกษา <input type="checkbox"/>	อาชีพ <input type="checkbox"/>	สถานภาพ (โสด คู่ หม้าย) <input type="checkbox"/>	ภาวะสุขภาพ แข็งแรง มีโรค ประจำตัว (ระบุโรค) พิการ (ระบุ) <input type="checkbox"/>	การรักษาโรค ชื่อยา รพสต. โรงพยาบาล <input type="checkbox"/>
ภรรยา /สามี							
บุตรคนที่ 1							
บุตรคนที่ 2							
บุตรคนที่ 3							
บิดาของภรรยา/สามี							
มารดาของภรรยา/สามี							
หลานคนที่ 1							
หลานคนที่ 2							
หลานคนที่							
ญาติคนที่ 1							
ญาติคนที่ 2							
ญาติคนที่ 3							

2.6 น้ำดื่ม

- () น้ำประปาจากก๊อก
 () น้ำประปากรอง / ต้ม
 () น้ำบรรจุขวด
 () อื่นๆ ระบุ

2.7 น้ำใช้

- () น้ำประปา
 () น้ำตักจากคลอง
 () น้ำคลองแกว่งสารส้ม
 () อื่นๆ ระบุ

2.8 การกำจัดขยะมูลฝอย (ใช้การสังเกตใต้ถุน/บริเวณบ้าน ร่วมด้วย)

- () ทิ้งทั่วไป
 () นำไปทิ้งในที่รวมของชุมชน
 () ใช้ถุง / ถังขยะเพื่อให้รถขยะมาเก็บ ระบุมาเก็บสัปดาห์ละ วัน
 () อื่นๆ ระบุ

2.9 ส้วม

- () ส้วมซึมรดน้ำ
 () ส้วมชักโครก
 () อื่น ๆ ระบุ

2.10 การประกอบอาหารส่วนใหญ่	สำหรับผู้วิจัย
<input type="checkbox"/> ปรงเอง <input type="checkbox"/> ซื้ที่ปรงสำเร็จแล้ว <input type="checkbox"/> ซื้อาหารที่บรรจุซอง หรือภาชนะอื่นๆ สำเร็จรูป <input type="checkbox"/> รับประทานนอกบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/>
2.11 อาหารของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ปรงเอง <input type="checkbox"/> ซื้ที่ปรงสำเร็จแล้ว <input type="checkbox"/> อาหารที่บรรจุซองหรือภาชนะอื่นๆ สำเร็จรูป <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
2.12 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี (ถ้ามี) ตึมนมแม่นาน เดือน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.13 รายได้ครอบครัว (เฉพาะครอบครัวที่ใช้จ่ายร่วมกัน) ต่อเดือนประมาณ (ระบุตัวเลข)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.14 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> พอใช้ไม่เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> พอใช้เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> ไม่พอใช้ต้องขอยืม, กู้ยืม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	
3. ข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแล	
3.1 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นประจำ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุอาการ	
3.2 โรคที่ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ข้อนี้จะนำไปใช้ในส่วนตัวที่ 2 ข้อ 4 การฟื้นฟูสุขภาพ)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุโรค)	
3.3 การดูแล / รักษาพยาบาลโรคที่เป็น	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ไม่มี / ปล่อยให้หายเอง <input type="checkbox"/> ซื้ยารับประทานเอง <input type="checkbox"/> พบแพทย์เป็นประจำจาก (ระบุสถานที่) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
3.4 ท่านมีความพิการ (ข้อนี้จะนำไปใช้ในส่วนตัวที่ 2 ข้อ 4 การฟื้นฟูสุขภาพ)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุความพิการ	

- 3.5 สิทธิที่ใช้ในการรักษาโรค/ซื้อยา/อุปกรณ์ทางการแพทย์และที่เกี่ยวข้องกับความพิการ
- () จ่ายเองทั้งหมด
- () จ่ายเองบางส่วน เนื่องจาก
- () เบิกรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ
- () โครงการ “บัตรทอง”
- () อื่นๆ ระบุ
- 3.6 ท่านคิดว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ตามข้อ 3.5
- () ไม่แพง
- () แพงแต่จ่ายได้
- () แพงและมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย
- 3.7 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ / การเจ็บป่วย / โรค ได้รับจากแหล่งใดบ้าง
- (เรียงลำดับ 1 – 3)
- () ไม่ได้รับ
- () หนังสือพิมพ์
- () วิทยู
- () โทรทัศน์
- () อุปกรณ์ในโทรศัพท์มือถือ
- () เจ้าหน้าที่สุขภาพ ระบุว่าใคร อยู่ที่ไหน
- () อื่น ๆ ระบุ
- 3.8 ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านและสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร
- () แข็งแรง / สบายดี
- () ไม่แข็งแรง เพราะ
- 3.9 ความสะดวก / ง่ายในการใช้บริการแหล่งบริการสุขภาพ
- () สะดวก / ง่าย เนื่องจาก
- () ไม่สะดวก เนื่องจาก
- 3.10 ในบ้านของท่านมีภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรืออันตรายต่อสุขภาพ
- อะไรบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)
- (ผู้วิจัยสังเกตสิ่งแวดล้อมในบ้านแล้วบันทึกไว้หลังแต่ละข้อความหลัง () ด้วย)
- () ไม่มี
- () บันไดชันสูง / ขึ้นบันไดห่างมาก
- () จัดบ้านไม่เป็นระเบียบ
- () แสงสว่างไม่เพียงพอ
- () มีวัสดุของใช้ที่เป็นอันตรายต่อเด็ก ระบุ
- () พื้นลื่น / พื้นมีน้ำเปียก
- () มีสัตว์เลี้ยง ระบุชนิด

3.11 อุบัติเหตุที่ท่านและสมาชิกในครอบครัวเคยได้รับ

(1) ผู้ตอบ

() ไม่มี () มีระบุสาเหตุและการดูแล

(2) สมาชิก

() ไม่มี

() มี คน จากสาเหตุ (ระบุทุกคน)

3.12 ชนิดของการออกกำลังกายและกีฬาที่ท่านและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำ

(1) ผู้ตอบ

() ไม่ปฏิบัติ () ปฏิบัติ (ระบุชนิด) ออกกำลังกายและกีฬา

(2) สมาชิก

() ไม่ปฏิบัติ () ปฏิบัติ (ระบุชนิด) ออกกำลังกายและกีฬา

ส่วนที่ 2 วิถีชีวิตด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ด้านการรักษาพยาบาลและดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสภาพ

1. วิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องความถี่ของแต่ละข้อความที่มีการปฏิบัติต่อสัปดาห์ เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์					สำหรับ ผู้วิจัย
	7 วัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย ทำเลย	
1. การบริโภคอาหาร						
1.1 รับประทานอาหารเช้า						<input type="checkbox"/>
1.2 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ						<input type="checkbox"/>
1.3 รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ						<input type="checkbox"/>
1.4 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกด้วยการนึ่งหรืออบ						<input type="checkbox"/>
1.5 หลีกเลี่ยงอาหารใส่เครื่องปรุง ชูรส						<input type="checkbox"/>
1.6 รับประทานอาหารที่มีรสหวาน						<input type="checkbox"/>
1.7 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้ว						<input type="checkbox"/>
1.8 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร						<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์					สำหรับ ผู้วิจัย
	7 วัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย ทำเลย	
2. การออกกำลังกาย						
2.1 ออกกำลังกายจนกระทั่งเหงื่อออก						<input type="checkbox"/>
2.2 ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที						<input type="checkbox"/>
2.3 ใช้การเดินหรือปั่นจักรยานเมื่อเดินทางระยะไม่ไกล						<input type="checkbox"/>
2.4 ใช้บันไดแทนการขึ้นลิฟท์ / บันไดเลื่อน						<input type="checkbox"/>
3. การพักผ่อน						
3.1 นอนกลางคืนเฉลี่ยวันละ 6 – 8 ชม.						<input type="checkbox"/>
3.2 ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่สนใจ						<input type="checkbox"/>
3.3 ฟังวิทยุ หรือ/และดูโทรทัศน์ / อ่านหนังสือพิมพ์						<input type="checkbox"/>
3.4 เล่นกับสัตว์เลี้ยง (ระบุชนิด)						<input type="checkbox"/>
3.5 พุดคุยกับเพื่อนบ้าน						<input type="checkbox"/>
3.6 พุดคุยกับญาติพี่น้อง						<input type="checkbox"/>
3.7 เข้าร่วมกิจกรรมต่างนอกบ้านที่ตนเองสนใจ						<input type="checkbox"/>
4. การจัดการกับความเครียด						
4.1 แสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองอย่างเปิดเผย						<input type="checkbox"/>
4.2 ให้อภัยและยอมรับข้อบกพร่องของคนอื่น						<input type="checkbox"/>
4.3 เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจจะผ่อนคลาย ความเครียดด้วยการฟังเพลง ดูภาพยนตร์ หรือเล่นกีฬา เป็นต้น						<input type="checkbox"/>
4.4 เมื่อมีปัญหา มักจะปรึกษาสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด						<input type="checkbox"/>
4.5 เมื่อมีความเครียดจะพยายามหาสาเหตุของความเครียดนั้น						<input type="checkbox"/>
4.6 เมื่อมีความเครียดมักจะแยกตัวอยู่คนเดียว						<input type="checkbox"/>
4.7 มีเวลาพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน						<input type="checkbox"/>
4.8 หาทางพุดคุยและประนีประนอมกับผู้อื่นเมื่อมีความขัดแย้ง						<input type="checkbox"/>
4.9 มีเวลาและโอกาสจะสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัว						<input type="checkbox"/>
4.10 ปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้จิตใจสงบ เช่น สวดมนต์นั่งสมาธิ หรือกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือ						<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์					สำหรับ ผู้วิจัย
	7 วัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย ทำเลย	
5. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด						
5.1 ไม่ซื้อยาเสพติด						<input type="checkbox"/>
5.2 ไม่ใช้ยาโดยไม่ทราบสรรพคุณ						<input type="checkbox"/>
5.3 ไม่รับประทานยาหรือเครื่องดื่ม ชูกำลัง						<input type="checkbox"/>
5.4 ทำจิตใจให้สดชื่นหรือไม่เครียด/วิตกกังวล เรื่องต่างๆ ง่ายจนเกินไป						<input type="checkbox"/>
5.5 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจะพูดคุยกับบุคคลที่สามารถ ให้กำลังใจได้						<input type="checkbox"/>
5.6 ไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุคคลที่ใช้สิ่งเสพติด						<input type="checkbox"/>
5.7 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ						<input type="checkbox"/>
5.8 ไม่หลงเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อ						<input type="checkbox"/>

2. วิธีชีวิตการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือการป้องกันการเจ็บป่วย และการป้องกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ของความถี่ของแต่ละข้อความที่มีการปฏิบัติต่อสัปดาห์เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์					สำหรับ ผู้วิจัย
	7 วัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย ทำเลย	
1. การป้องกันการเจ็บป่วย						
1.1 ทาความรู้เรื่องการเจ็บป่วย / โรคและการป้องกัน						<input type="checkbox"/>
1.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์						<input type="checkbox"/>
1.3 รับประทานอาหารครบทุกมื้อในปริมาณที่เพียงพอ						<input type="checkbox"/>
1.4 นอนหลับคืนละ 6 - 8 ชม.						<input type="checkbox"/>
1.5 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที						<input type="checkbox"/>
1.6 หลีกเลี่ยงสาร / สิ่งที่เกิดฝุ่นให้เกิดภูมิแพ้						<input type="checkbox"/>
1.7 ทำความสะอาดบ้าน ห้องครัว ห้องส้วม						<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์					สำหรับ ผู้วิจัย
	7 วัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย ทำเลย	
2. การป้องกันอุบัติเหตุ						<input type="checkbox"/>
2.1 หาความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ						<input type="checkbox"/>
2.2 จัดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย						<input type="checkbox"/>
2.3 ทำความสะอาดพื้นมิให้ลื่น						<input type="checkbox"/>
2.4 ซ่อมแซมบ้าน อุปกรณ์/เครื่องใช้ให้มีความปลอดภัย						<input type="checkbox"/>
2.5 จัดทำบ้าน บันได สะพานข้ามให้แข็งแรง						<input type="checkbox"/>
2.6 ไม่เล่นกับสัตว์						<input type="checkbox"/>
2.7 เดินด้วยความระมัดระวัง						<input type="checkbox"/>

3. วิถีชีวิตการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ การจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น การดูแลสุขภาพทางเลือก และการใช้ยา
ให้ท่านเติมข้อความในแต่ละส่วนตามที่ท่านได้ปฏิบัติจริงเป็นส่วนใหญ่

1. การจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย (ตอบ 3 วิธี)
 - 1.1
 - 1.2
 - 1.3
2. การใช้สถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น (ตอบ 3 แห่ง)
 - 2.2
 - 2.2
 - 2.3
3. การดูแลสุขภาพทางเลือก เมื่อเจ็บป่วย (เสริมจากที่แพทย์สั่ง) (ตอบ 3 อย่าง)
 - 3.1
 - 3.2
 - 3.3
4. การใช้ยา
 - 4.1 ยาที่ใช้เป็นประจำตามแพทย์สั่ง
(ขอยาที่มี)
 - 4.2 ยาที่ใช้เองเป็นประจำ (ระบุชื่อยาหรืออาการที่ต้องใช้ยา)
.....
 - 4.3 ยาที่ใช้เองเมื่อจำเป็น (ระบุชื่อยา หรืออาการที่ต้องใช้ยา)
.....

4. วิถีชีวิตการฟื้นฟูสภาพ (ถามเฉพาะบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตาม 3.2 และ/หรือ มีความพิการตาม 3.4 เท่านั้น) แบ่งวิถีชีวิตด้านนี้เป็น 2 ส่วน คือ การฟื้นฟูสภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพเมื่อมีความพิการ ให้ท่านเติมข้อความแต่ละส่วนตามวิธีการที่ท่านปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่

1. การฟื้นฟูสภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (ตอบ 3 วิธี)

1.1

1.2

1.3

2. การฟื้นฟูสภาพเมื่อมีความพิการ (ตอบ 3 วิธี)

2.1

2.2

2.3



เครื่องมือวิจัย (ชุดที่ 4)

แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน

ต.บางไผ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือส่วนของความรู้ฯ ส่วนของเจตคติฯ ส่วนของปัจจัยเอื้อ และส่วนของปัจจัยเสริม แต่ละส่วนจะมีคำชี้แจงให้บันทึก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ภายหลังจากตอบชุดที่ 3 แล้ว

ส่วนที่ 1 ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ (ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับข้อความที่คิดว่าถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง ที่ตรงกับข้อความแต่ละข้อ)

ข้อความ	คำตอบ		สำหรับผู้วิจัย
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. การบริโภคอาหาร 5 หมู่ มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทุกวัย			<input type="checkbox"/>
2. วิตามินและอาหารเสริมเป็นสิ่งจำเป็นของทุกคน			<input type="checkbox"/>
3. การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง			<input type="checkbox"/>
4. การทำงานให้เหงื่อออกมากๆ เป็นการออกกำลังกายที่ดี			<input type="checkbox"/>
5. การพักผ่อนคือการนอนหลับในเวลากลางคืน			<input type="checkbox"/>
6. การหาสาเหตุของความเครียดช่วยแก้ไข้ปัญหาได้			<input type="checkbox"/>
7. บุหรี่เป็นสารเสพติด			<input type="checkbox"/>
ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย			<input type="checkbox"/>
1. การบริโภคอาหารตรงเวลาทุกมื้อเป็นการป้องกันโรคกระเพาะอาหารได้			<input type="checkbox"/>
2. การล้างมือก่อนบริโภคอาหารไม่สามารถยับยั้งโรคท้องเดินได้			<input type="checkbox"/>
3. วัคซีนสามารถทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคทุกชนิดได้			<input type="checkbox"/>
4. การสวมหมวกกันน็อกในขณะที่ขับขี่จักรยานยนต์สามารถป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะได้			<input type="checkbox"/>
ด้านการรักษาพยาบาล ฯ			
1. การรับประทานยาลดความเครียด ต้องให้แพทย์เป็นผู้สั่งยา			<input type="checkbox"/>
2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ อย่างถูกต้องช่วยให้ไม่เจ็บป่วยมาก			<input type="checkbox"/>
3. การใช้ยาอย่างถูกต้องช่วยไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากยา			<input type="checkbox"/>
4. ยาปฏิชีวนะต้องรับประทานให้ครบตามแพทย์สั่ง			<input type="checkbox"/>
5. สมุนไพรทุกชนิดสามารถรักษาโรคได้เท่ากับยาแผนปัจจุบัน			<input type="checkbox"/>
6. การนวดแผนไทยช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ			<input type="checkbox"/>
ด้านการฟื้นฟูสภาพ			
1. ความพิการของร่างกายบางอย่างสามารถฟื้นฟูสภาพให้ดำรงชีวิตได้ตามปกติ			<input type="checkbox"/>
2. การฟื้นฟูสภาพของร่างกายต้องให้ร่างกายบำบัดเป็นผู้กระทำเท่านั้น			<input type="checkbox"/>
3. เด็กพูดติดอ่างไม่สามารถแก้ไขได้			<input type="checkbox"/>
4. ศัลยกรรมตกแต่งสามารถแก้ไขความพิการได้			<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 เจตคติในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างเขียน ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ในแต่ละข้อความ โดยมีความหมายคือ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความทุกประการ/ทั้งหมด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความส่วนใหญ่/มากกว่าครึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความเพียงครึ่งเดียว
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความไม่ถึงครึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยเลย	สำหรับผู้วิจัย
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ						
1. ผู้ใหญ่เท่านั้นจึงจะสร้างเสริมสุขภาพให้ตนเองได้						<input type="checkbox"/>
2. ผู้ที่สร้างเสริมสุขภาพจะไม่เจ็บป่วยง่าย						<input type="checkbox"/>
3. พ่อ-แม่เป็นต้นแบบของการสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัว						<input type="checkbox"/>
4. การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิทธิส่วนบุคคล						<input type="checkbox"/>
ด้านการป้องกัน การเจ็บป่วย ๑						
1. วัคซีนช่วยในการป้องกันโรคบางโรคได้						<input type="checkbox"/>
2. ความเป็นระเบียบในบ้านช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้ม						<input type="checkbox"/>
3. การไม่อยู่ในที่แออัดเป็นการลดความเจ็บป่วย						<input type="checkbox"/>
4. กฎจราจรช่วยลดอุบัติเหตุในท้องถนน						<input type="checkbox"/>
ด้านการรักษาพยาบาล ๑						
1. การรับประทานยาอย่างถูกต้องเป็นการดูแลตนเอง						<input type="checkbox"/>
2. ทุกคนสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย						<input type="checkbox"/>
3. เลือกใช้สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านทำให้ลดค่าใช้จ่าย						<input type="checkbox"/>
4. เมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องป้องกันไม่ให้มีโรคแทรกซ้อน						<input type="checkbox"/>
ด้านการฟื้นฟูสภาพ						
1. การไม่เคลื่อนไหววนาน ๆ อาจทำให้เกิดความพิการได้						<input type="checkbox"/>
2. การฟื้นฟูสภาพบางอย่างสามารถทำเองที่บ้าน						<input type="checkbox"/>
3. กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพ						<input type="checkbox"/>
4. การฟื้นฟูสภาพช่วยลดความพิการ						<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงในแต่ละข้อคำถามมากที่สุด โดยมีความหมายคือ

เอื้ออำนวยมากที่สุด	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด
เอื้ออำนวยมาก	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพเป็นส่วนใหญ่/มากกว่าครึ่ง
เอื้ออำนวยปานกลาง	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพเพียงครึ่งเดียว
เอื้ออำนวยน้อย	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพไม่ถึงครึ่ง
ไม่เอื้ออำนวยเลย	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพเลย

ข้อความ	เอื้ออำนวยมากที่สุด	เอื้ออำนวยมาก	เอื้ออำนวยปานกลาง	เอื้ออำนวยน้อย	ไม่เอื้ออำนวยเลย	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านมีความสะดวกในการสร้างเสริมสุขภาพ						<input type="checkbox"/>
2. ท่านสามารถจัดท้าวัดอุปกรณ์ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ						<input type="checkbox"/>
3. ท่านมีเวลาในการตรวจสอบความปลอดภัยในบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ						<input type="checkbox"/>
4. ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย						<input type="checkbox"/>
5. ท่านมีความสะดวกในการหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง						<input type="checkbox"/>
6. ท่านมีความสะดวกในการไปสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย						<input type="checkbox"/>
7. ท่านสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการ						<input type="checkbox"/>
8. ท่านมีช่องทางหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพทางเลือก						<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงความเป็นจริงในแต่ละข้อคำถาม โดยมีความหมาย คือ

เสริมมากที่สุด	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด
เสริมมาก	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่/มากกว่าครึ่ง
เสริมปานกลาง	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเพียงครึ่งเดียว
เสริมน้อย	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพไม่ถึงครึ่ง
ไม่เสริมเลย	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัจจัยที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวทำให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพเลย

ข้อความ	เสริมมากที่สุด	เสริมมาก	เสริมปานกลาง	เสริมน้อย	ไม่เสริมเลย	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้านว่าเป็นตัวอย่างของบุคคลที่มีการสร้างเสริมสุขภาพ						<input type="checkbox"/>
2. ท่านเป็นแบบอย่างของบุคคลในครอบครัวในการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ						<input type="checkbox"/>
3. ท่านได้รับการชมเชยจากเพื่อนบ้านในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย						<input type="checkbox"/>
4. ท่านได้รับการชมเชยจากบุคลากรสุขภาพในการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย						<input type="checkbox"/>
5. ท่านเป็นแบบอย่างในการฟื้นหายจากอาการเจ็บป่วยได้เร็ววัน						<input type="checkbox"/>
6. ท่านได้รับการชมเชยจากบุคลากรทางสุขภาพในการมุ่งมั่นฟื้นฟูสภาพร่างกาย						<input type="checkbox"/>

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้คำตอบ
จาก คณะผู้วิจัย

ภาคผนวก ง

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ ลักษณ์มีจรสกุล
คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



ภาคผนวก จ
ประวัติย่อผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

ชื่อ-นามสกุล รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ประวัติการศึกษา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
ประวัติการศึกษา พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม
ประวัติการศึกษา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
ประวัติการศึกษา การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
ประวัติการศึกษา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์ : เวชศาสตร์ชุมชน
และเวชศาสตร์ครอบครัว) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
ประวัติการศึกษา ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

ประวัติการศึกษา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ติดต่อหัวหน้าโครงการและนักวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ 0 - 2312 - 6300 ต่อ 1231 - 5

โทรสาร 0 - 2312 - 6230

