



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี

Relationships between Health Promotion of Village Health Volunteers and Health Promoting Behaviors of Family Members: A Case Study in Chanthaburi Province

ชมภูณัฐ พบประเสริฐ (Chomphunut Phopprasoet)¹ รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ (Rutchaneekorn Chotchaisathit)²

พูนสุข เวชวิฐาน (Punsuk Wachwitan)³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัวจำนวน 340 คน ที่ได้มาโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครซี่และมอร์แกน และใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติคือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.29 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 27.94 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.06 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.53 จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 4-5 คน ร้อยละ 62.94 สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.41 (2) ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.47 (3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.12 และ (4) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว เฉพาะด้านอาชีพ และระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากผลการศึกษาข้างต้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

คำสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกครอบครัว

1 นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
downsyndromeja@hotmail.com

2 รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช rutmimi_2004@yahoo.com

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช pengsu0023@yahoo.com



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

Abstract

The purposes of this research were to study (1) personal and family of village health volunteers; (2) the level of knowledge on health promotions of village health volunteers; (3) health promoting behaviors of family members; and (4) relationships of personal and family and level of knowledge on health promotions of village health volunteers with health promoting behaviors of family members. The research sample consisted of 340 village health volunteers who lived with their family, obtained by multi-stage sampling. The sample size was determined based on Krejcie and Morgan's Sample Size Table. The employed research instrument was a questionnaire. Data were statistically analyzed using the frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test. Research findings revealed that (1) the majority of village health volunteers were females (65.29 percent); the largest group was in the age interval of 40 – 49 years (27.94 percent); the largest group was high school graduates (47.06 percent); the majority were farmers (58.83 percent); the majority had family number on the average of 4 – 5 persons (62.94 percent); and the majority of family members received information on health matters from health officials (69.41 percent); (2) the level of knowledge on health promotions of the majority of village health volunteers was at the high level (96.47 percent); (3) health promoting behaviors of the majority of family members were at the moderate level (69.12 percent); and (4) only the personal and family of occupation and the factor of knowledge level on health promotions of village health volunteers had relationships with health promoting behaviors of family members at the .001 level of statistical significance. From the above-mentioned research findings, village health volunteers should conduct themselves to be good models with health promoting behaviors on a regular and continuous basis in order to promote health in the family and in their community.



Keywords: Health promotion, Health promoting behavior, Village health volunteer, Family member



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

บทนำ

การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2555 ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะ โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกัน โดยมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีด้านสุขภาพ รัฐบาลจึงมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและ ปัญญาสามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง มีความสมดุลพอดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสมาชิกทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว จึงประกาศวาระแห่งชาติสู่การเป็น “เมืองไทยแข็งแรง” เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายใน พุทธศักราช 2560 ซึ่งยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงนี้ มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) ตามแถลงการณ์ขององค์การสหประชาชาติ ณ เดือนกันยายน 2543 (กองสุศึกษา, 2548) ซึ่งปัจจุบันจังหวัดต่างๆ ได้รับนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติทำให้ทราบแนวทางในการพัฒนาการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดียิ่งขึ้น

จังหวัดจันทบุรีก็เป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้จัดทำแนวทางการพัฒนา การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยเห็นว่าการวิจัยนี้ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนและการปรับกลยุทธ์ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ภายใต้การดำเนินงานโครงการเมืองจันทบุรีสุขภาพดี ปีงบประมาณ 2552-2556 เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากปัญหาสุขภาพ โรคภัยที่เพิ่มมากขึ้น และการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้นในระยะยาว ประกอบกับการดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(คำนิยามจันทร์เหมือน, 2553) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี ให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2548)

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดตัวแปรเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาไว้ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว และระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการวิจัย

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัว ทั้ง 5 อำเภอ ของจังหวัดจันทบุรี ได้เข้ารับการอบรมสร้างแกนนำด้านสุขภาพตามนโยบาย 6 ระดับหมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 6 คน) ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 จากจำนวนหมู่บ้าน 68 แห่ง จำนวนประชากรทั้งหมด 2,184 คน (บัญชีรายชื่อแกนนำด้านสุขภาพ ณ เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี) กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในครอบครัวจำนวน 340 คน ที่ได้มาโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครซี่และมอร์แกน และใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน

2. เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

2.1 ศึกษาและวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการสร้างข้อคำถาม

2.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้าง เนื้อหาของแบบสอบถาม

2.3 สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร และด้านอารมณ์

2.4 ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณา ตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ชัดเจนมากขึ้น หลังจากนั้นจึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนจะไปทดลองใช้

2.5 หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน 30 คน จากนั้นนำหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบอัลฟาของครอนบาช (Alpha-reliability Coefficient) ด้วยโปรแกรมการคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

1) ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค่าความเชื่อมั่น 0.8292

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ค่าความเชื่อมั่น 0.9099

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยขอจดหมายอนุญาตจากสาขามนุษยนิเวศศาสตร์ สำนักบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช ถึงประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 ผู้วิจัยทำการสำรวจข้อมูลครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่

3.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือ ในการประสานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่มีประชากรกลุ่มตัวอย่างช่วยอำนวยความสะดวกในการกรอกข้อมูลในแบบสอบถาม

3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจำนวน 340 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามครบถ้วนและถูกต้อง คิดเป็น 100% ของแบบสอบถามทั้งหมด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติคือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.29 โดยมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 27.94 รองลงมาอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 25.0 และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 17.94 ตามลำดับ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 47.06 รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 34.70 และมีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 10.88 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.53 รองลงมามีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 34.41 และมีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมาชิกในครอบครัวโดยจำแนกตามขนาดและรูปแบบครอบครัวเดี่ยว จำนวน 4-5 คน ร้อยละ 62.94 รองลงมาสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 30.0 ครอบครัวขยายหรือครอบครัวประสมสมาชิกในครอบครัวจำนวน 6-7 คน ร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 69.41 รองลงมาจากโทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียงร้อยละ 65.59 และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 60.88 ตามลำดับ

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ซึ่งมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.47



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.12 โดยการปฏิบัติตนเป็นครั้งคราว คือมีการปฏิบัติต่างๆ ครั้งหรือบางครั้ง ประมาณ 1-4 วัน/สัปดาห์

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวพบว่าเฉพาะด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว จากผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว แต่มีข้อสังเกตว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพราะจากผลการศึกษาพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 58.53 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานเกษตรจังหวัดจันทบุรี (2548) ซึ่งระบุว่า ครัวเรือนในจังหวัดจันทบุรี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำสวน ทำไร่ ทำนา ทำประมงเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและเลี้ยงสัตว์มีจำนวนทั้งหมด 78,068 ครัวเรือน และสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ต่อมาได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตน ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เรียกว่า ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เช่น อาชีพทัศนคติ ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุน เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Janz K.N., Champion V.L., & Strecher V.J, 2002).

จากข้อค้นพบที่ว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 69.41 รองลงมาจากโทรทัศน์/วิทยุกระจายเสียงร้อยละ 65.59 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินธ์ สายไข (2555) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยนำ คือทัศนคติการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อซึ่งได้แก่การมีแหล่งบริการสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริมซึ่งได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ปัจจุบันการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ในเรื่องสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ประชาชนให้ความสำคัญและสนใจ เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความรู้ด้าน



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

สุขภาพ รวมถึงการรายงานข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นของบุคคลทางการแพทย์ที่สำคัญ ผ่านช่องทางสื่อสารณะต่างๆ มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลเพื่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงต่อไปได้ (Heaney C.A., & Israel B.A., 2002).

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ จากผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งนำไปตามสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ(2549) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ แก่นนำชมรมสร้างสุขภาพสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 5,445 คน โดยสอบถามความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีข้อสังเกตว่าสอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons, 2006:50) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิด ประกอบด้วย ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่า การคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง(Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ได้พัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพมาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น คือ การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบที่ว่าการสร้างตระหนักถึงความสำคัญเรื่องสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของตนเอง มีความมุ่งมั่นและไม่ทอดทิ้งที่จะส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว หรือแม้แต่ประชาชนในชุมชนจะประสบความสำเร็จตามความคาดหวังได้นั้น ผู้บริหารของหน่วยงานในระดับต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรส่งเสริมสนับสนุนบทบาทการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ สร้างแรงจูงใจแก่แกนนำสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ริเริ่มให้เกิดมาตรการทางสังคมเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดทำแผนงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ต้องมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับวิถีชุมชน



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเฉพาะด้านอาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงควรประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนของตนเอง ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนข้าราชการในพื้นที่ ควรร่วมกันกำหนดแนวทางการสร้างสุขภาพ ให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกครอบครัวและชุมชนของตนเอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา. (2548). การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประเด็นพฤติกรรมการออกกำลังกายช่วงระยะเวลาสถานที่ออกกำลังกายและเงื่อนไขที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ของประชาชน. กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2549). รายงานการวิจัยการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะวิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก. ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออก(ศวรส.)
- ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คำนิง จันทรเหมือน. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิจิตร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- นฤมล ตรังวัชรกุล. (2551). การปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกครอบครัวบ้านกลางดง ตำบลทุ่งปี่ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิยา ต่อโลกสูง. (2554). ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอยางตลาด จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ดันสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: คลังนาวิทยา.
- พินรวี สิงโต. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารในชุมชนตำบลนางแก้ว จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- สมเกียรติ รักดินนอก. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา (การศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2548). รายงานสถานการณ์ครอบครัวมิติที่เปลี่ยนแปลง.



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

- กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2548). *คู่มือการอบรมแกนสุขภาพประชาชนสำหรับวิทยากรระดับอำเภอ*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.
- สุกัญญา ใจทัน. (2552). *การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและ การออกกำลังกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลหอกลอง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก* (การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2550). *สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ใน อำเภอจินดาวัฒนะ สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย* กรุงเทพฯ; หมอชาวบ้าน.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2551). *บทความวิชาการการรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิดปีที่ 31 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- อรพินธ์ สายไข. (2555) . *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- Ahijevych, K. and Bernhard, L.(1994). *Health Promoting Behaviors of African-American Women*. London: Nurs Rec.
- Coburn, D. and Pope, C.R. (1974). *Socioeconomic Status and Preventive Health Behaviors*. Journal of Health and Social Behavior. 15:67-78.
- Duffy, M.E. (1988). *Determinants of Health-Promotion in Midlife Women*. Nursing Research. 37: 358-362.
- Gillis, A.J. (1993). *Determinants of Health-ProMoting Lifestyles: An Integrative Review*. Journal of Advanced Nursing. 18:345-353.
- Heaney C.A., & Israel B.A. (2002). Social Networks and Social Support. In Glanz K, Rimer B.K. & Lewis F.M. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 185-199). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Janz K.N., Champion V.L., & Strecher V.J. (2002). The Health Belief Model. In Glanz K. & Lewis F.M. & Rimer b.K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice* (pp. 45-53). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jun, Y., (1999). *Perceived Banefits of and Barriers to Exercise and Exercise Activitiy among Female Undergraduate Students*. Master Thesis of Nursing Science in Maternal and Child Nursing, Chiang Mai University.
- Nies, M.A., Vollman, M. Cook, T. (1998). *Facilitators, Barriers and Strategies for Exercises in European American Woman in the Community*. Public Health Nursing. 15:263.
- Pender, N.J. (1982) . *Health Promotion in Nursing Practice*. 2th ed. New York: Appleton and Lange.



การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

Pender, Nola J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Prentice Hall.

Walker, S.N. and others (1987). *Health Promoting Lifestyles of Profile: Development and Psychomatic Characteristics*. Nurs Res.

