

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาชีพเกษตรกร
2. สถานการณ์ความเสี่ยงและโรคจากการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม
3. สุขภาพและภาวะสุขภาพ
4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับอาชีพเกษตรกรรม

คณะกรรมการร่วมระหว่างองค์การแรงงานระหว่างประเทศและองค์การอนามัยโลก (1962 อ้างใน อุทก ธีระวัฒน์ศักดิ์, 2539) ได้ร่วมกันให้ความหมายของคำว่าเกษตรกรรมว่า "เกษตรกรรม (Agriculture) หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูก การเก็บเกี่ยว และการแปรรูปในขั้นแรกของพืชผล หรือธัญพืชทุกชนิด รวมทั้งการเลี้ยงดูรักษาสัตว์เลี้ยงต่าง ๆ ด้วย"

อาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่อยู่คู่กับมนุษย์มาตั้งแต่สมัยโบราณ เพราะเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการผลิตอาหารให้มนุษย์บริโภคเป็นส่วนใหญ่ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมเป็นอย่างมากและมีการอพยพแรงงานจากชนบทมาสู่เมืองเป็นจำนวนมากก็ตาม อาชีพเกษตรกรรมยังคงเป็นอาชีพที่สำคัญของคนไทย ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต เนื่องจาก 1) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีพื้นดินอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูกพืชผล 2) คนไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทได้รับการศึกษาไม่สูงนัก ทำให้ไม่มีโอกาสทำงานที่ด้อยค่าพื้นฐาน การศึกษาสูง จึงต้องทำงานที่ใช้แรงงานเป็นหลัก อาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ทำกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ จึงเกิดการเรียนรู้มาตั้งแต่เด็กและถ่ายทอดสืบต่อกันมา 3) การประกอบอาชีพเกษตรกรรมนับว่าเป็นอาชีพที่ค่อนข้างอิสระ โดยเฉพาะเกษตรกรที่มีที่ดินเป็นของตนเองเพราะเป็นผู้กำหนดเองว่าเพาะปลูกหรือเก็บเกี่ยวเมื่อใด

แม้ว่าอาชีพเกษตรกรรมจะเหมาะสมกับอุปนิสัยของคนไทย แต่ยังมีข้อเสียหลายประการ เมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่น ที่สำคัญ ได้แก่ 1) ต้องพึ่งพายุฤดูกาลและดินฟ้าอากาศจึงเกิดความไม่แน่นอนในเรื่องของผลผลิตทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ 2) ประเทศไทยอยู่ในเขตร้อนชื้นจึงมีแมลงศัตรูพืชอยู่มาก สามารถที่จะขยายพันธุ์และเติบโตได้เร็ว แมลงศัตรูพืชเหล่านี้มักรบกวนการเจริญเติบโตของพืชผลทางการเกษตร ทำให้ผลผลิตเสียหาย คุณภาพไม่ดี ขายไม่ได้ราคา 3) เกษตรกรไม่สามารถกำหนดราคาผลผลิตของตนเองได้ทำให้รายได้ที่ได้รับในแต่ละปีไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับผลผลิตรวมของผลผลิตผลทางการเกษตรทั่วโลก 4) เป็นอาชีพที่ใช้พื้นที่มาก เมื่อประชากรเพิ่มมากขึ้นสัดส่วนการถือครองที่ดินจึงลดลง 5) เป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานคนเป็นจำนวนมากในปัจจุบันและในอนาคตจะมีการแย่งแรงงานกับภาคอุตสาหกรรม ทำให้ค่าจ้างแรงงานสูงขึ้นเป็นผลให้ต้นทุนการผลิตสูงตามไปด้วย

การเปลี่ยนแปลงของอาชีพเกษตรกรรมเพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของตลาดในด้านผลผลิตทางการเกษตร จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเพิ่มปริมาณและคุณภาพของผลผลิตด้วยการนำวิชาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ เช่น มีการพัฒนาระบบชลประทาน การหาพันธุ์พืชที่เหมาะสม การเพาะปลูกให้ได้ปีละหลาย ๆ ครั้ง มีการนำสารเคมีและเครื่องจักรกลมาใช้เป็นต้น ในอดีตเกษตรกรอาจเป็นเจ้าของที่ดินเอง จึงสามารถกำหนดเวลาการทำงานของตนเอง กำหนดค่าจ้างของตนเอง ตลอดจนต้องรับผิดชอบตนเองในด้านสุขภาพ เนื่องจากต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น การแข่งขันสูงขึ้น พื้นที่ดินมีเท่าเดิม ทำให้เกษตรกรมีฐานะค่อนข้างยากจน ไม่สามารถใช้วิธีการทำนาแบบเดิมได้ ในปัจจุบันและอนาคตระบบเกษตรสมัยใหม่จึงมีการนำหลักบริหารจัดการสมัยใหม่มาใช้ มีการจัดตั้งเป็นองค์กรทางธุรกิจทั้งขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมทางการเกษตรเพื่อแสวงหาผลกำไร มีการจ้างงานคราวละเป็นจำนวนมากให้ทำไร่ทำสวนทำนา เลี้ยงสัตว์ทำป่าไม้และทำประมง ดังนั้นด้านการคุ้มครองแรงงาน กระทรวง-แรงงานจึงควรต้องเข้ามาดูแลสวัสดิการคุ้มครองแรงงานโดยอาจจะใช้หลักเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกับการคุ้มครองแรงงานในภาคอุตสาหกรรมไม่ว่าจะเป็นเรื่องจำนวนชั่วโมงการทำงาน ค่าจ้าง แรงงาน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รวมทั้งเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนในกรณีลูกจ้างเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพ

อันตรายนอกจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ เกษตรกรมักได้รับการศึกษาไม่สูงนัก และอยู่ในชนบท บางครั้งอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ประกอบกับบางครั้งต้องตรากตรำทำงานหนัก กลางแดด กลางฝน กลางป่าเขา ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เกิดโรคภัยไข้เจ็บ

ได้ง่าย ความเจ็บป่วยที่ที่เคยพบในอดีตก็ยังสามารถพบได้ในปัจจุบัน และความเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นจากการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ 1) อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความเย็น เสียงดัง ความสั่นสะเทือน 2) อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางเคมี เช่น สารกำจัดศัตรูพืช ปุ๋ย สารเคมีที่ใช้เพื่อฆ่าเชื้อโรคและสารเคมีที่ใช้ทำความสะอาด 3) อันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น ถูกงูกัด แมงป่องต่อย ตะขาบกัด รวมทั้งโรคที่ติดต่อกันจากสัตว์มีกระดูกสันหลังมาสู่คน (Zoonoses) ไม่ว่าจะเป็นโรคแอนแทรกซ์ โรค布鲁เซลโลซิส โรคเลปโตสไปโรซิส โรคพิษสุนัขบ้า 4) อันตรายจากฝุ่น เช่น ฝุ่นฝ้าย ฝุ่นขาน อ้อย ฝุ่นไม้ ทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดฝุ่นฝ้าย โรคปอดขาน อ้อย โรคหอบหืด 5) อันตรายจากเครื่องจักรกล ทำให้เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งจากตัวเครื่องจักรกลเอง หรือจาก ความร้อนที่ออกมาจากเครื่องจักรกล หรือจากกระแสไฟฟ้า 6) อันตรายอื่น ๆ อาจพบอันตรายอื่น ๆ ได้อีก เช่น อันตรายจากไฟไหม้ป่า จากน้ำท่วม จากอุบัติเหตุเรือประมงกลางทะเล

สถานการณ์ความเสี่ยงและโรคจากการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม

ความเสี่ยงอันตรายด้านโรคจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม แบ่งได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางสารเคมี ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางชีวภาพ ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางกายภาพ เออร์โกโนมิกส์ และความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม

1. ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางสารเคมี

ปัจจุบันเกษตรกรมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างแพร่หลายเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพในปริมาณมาก รวมทั้งสามารถเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ทันเวลาตรงกับความต้องการของตลาดเพื่อให้ได้ราคาสูง ถึงแม้ว่าการนำเข้าปุ๋ยเคมีในประเทศไทยจะมีปริมาณสูงมากกว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่เมื่อเปรียบเทียบถึงผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันรุนแรงและแบบสะสมระยะยาวแล้วนับว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดด้านปัจจัยทางเคมี และเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจในระดับสากลเนื่องจากมีรายงานการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะแวดล้อมโลก

เกษตรกรเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดที่จะได้รับอันตรายจากการใช้สารเคมีเกษตร รองลงมาคือสมาชิกภายในครอบครัวเกษตรกร และผู้ที่อยู่อาศัยใกล้เคียงบริเวณที่มีการใช้สารเคมี การได้รับพิษของเกษตรกรเกิดได้ 3 ทาง คือ ทางผิวหนัง การหายใจ และทางปาก ส่วนใหญ่

มักได้รับพิษทางผิวหนังมากถึงร้อยละ 90 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546) ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลกระทบต่อสุขภาพประการแรกคือ ผู้ที่ได้รับสารเคมีที่มีความเป็นพิษรุนแรงเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่มากพอจะเกิดอาการอย่างเฉียบพลันซึ่งมีอาการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดของสารเคมีและทางเข้าสู่ร่างกาย อาทิ การระคายเคืองผิวหนังหากได้รับทางผิวหนัง เคืองตาแสบตาและแสบร้อนบริเวณที่สัมผัส และเมื่อสารเคมีถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายอาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้อ่อนเพลียและเหนื่อย เกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ผิดปกติทำให้ท้องร่วงหรือท้องอืดเป็นต้น นอกจากนี้การได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายที่ละน้อยอาจมีการสะสมอยู่ในอวัยวะของร่างกายจนกระทั่งเกิดอาการในที่สุด สารเคมีบางชนิดมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น บางชนิดมีผลต่อพัฒนาการเจริญเติบโตในเด็ก เช่น เอ็นโดซัลแฟน ซึ่งเป็นสารกำจัดแมลง และบางชนิดมีผลการศึกษาค้นพบว่า เป็นสารก่อมะเร็ง เช่น Atrazine ซึ่งเป็นสารกำจัดวัชพืช เป็นต้น ฉะนั้นจึงแบ่งความเป็นพิษของสารเคมีออกได้ดังนี้ (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2546. ศักดา ศรีนิเวศน์, 2546. สุนทร ศุภพงษ์, 2545)

พิษเฉียบพลัน (acute toxicity) เกิดขึ้นเมื่อได้รับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันทีทันใด อาจจะเป็นโดยการสัมผัสหรือกินเข้าไป ตัวอย่างเช่น ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บหรือแสบหน้าอก ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก เหนื่อยง่าย เหงื่อออกมาก น้ำลายไหลผิดปกติ หนังตากระตุก ระคายเคือง ผื่นแดง ท้องร่วง เป็นตะคริว หายใจติดขัด หัวใจเต้นช้า มือสั่น มองเห็นไม่ชัดเจน เดินเซเซ ซัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับสารในปริมาณมาก ผลกระทบเฉพาะส่วนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เป็นพิษเฉียบพลัน (1) ผลกระทบรุนแรงเฉพาะส่วน คือผลกระทบที่มีผลเพียงบางส่วนในร่างกายในส่วนที่สัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยตรง เช่น ทำให้ระคายเคือง ผิวหนังแห้งไหม้ รอยแดงต่าง ระคายเคืองจมูก ตา คอ น้ำตาไหล ไอ เล็บมือ เล็บเท้าเปลี่ยนสีเป็นสีฟ้า สีดำ และที่แย่ไปกว่านั้น คือเล็บหลุดร่อนออกไป (2) ผลกระทบที่รุนแรงต่อระบบของร่างกาย เกิดขึ้นเมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย และจะส่งผลกระทบต่อระบบในร่างกายทั้งหมด กล่าวคือเลือดจะพาสารเคมีเข้าสู่ทุกส่วนของร่างกายและจะส่งผลต่อ ตา หัวใจ ปอด กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับไต กล้ามเนื้อ สมอและประสาท อาการที่เกิดจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะมีอาการเป็นพิษมากหรือน้อยและรวดเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิดของสารเคมี เวลาที่สัมผัส ปริมาณหรือความเป็นพิษของสารเคมีนั้นว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด

พิษเรื้อรัง (chronic toxicity) เกิดขึ้นเมื่อได้รับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วแสดงผลซ้ำใช้เวลานาน อาการอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ภายหลังจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจึงจะแสดงออกมาให้เห็น เช่น การเป็นหมัน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ตับวาย ไตวาย แผลพุพอง เล็บหัก ประสาทส่วนปลายเสื่อม(peripheral neuropathy) และมะเร็ง เป็นต้น ความเป็นพิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) สารเคมีที่มีพิษต่อระบบประสาท อาจออกฤทธิ์ทำให้เป็นพิษได้ดังนี้ ทำให้สมองขาดออกซิเจน เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ ไทยาโนลด์ เป็นต้น ทำลายเส้นประสาทส่วนกลางและส่วนรอบนอก เริ่มแรกจะเกิดผลที่ประสาทส่วนแอกซอนและเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทเมื่อได้รับสารนานขึ้น เช่น สารกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต ทำลายบริเวณเชื่อมต่อ (synaptic junctions) ของระบบประสาทกับกล้ามเนื้อ เช่น ดีดีที อัลเลทริน (allethrin) ทำให้เกิดผลที่ระบบสมองส่วนกลาง สารเคมีเกษตรหลายชนิด เช่น ดีดีที คลอร์เดน เอนดริน ทำให้สัตว์ทดลองชัก นอกจากนี้สารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ ปรอทก็มีผลต่อระบบสมองเช่นกัน ความเป็นพิษต่อสารก่อวิรูป (teratogenesis) ทำให้ทารกเกิดใหม่มีรูปร่างที่ผิดปกติไป เนื่องจากการพัฒนาของทารกในครรภ์ผิดปกติ จากการศึกษาเกี่ยวกับสัตว์ทดลองพบว่าอาจจะเกิดจากเหตุปัจจัยหลายประการ เช่น การขาดอาหาร การขาดฮอร์โมน ได้รับโลหะหนัก ได้รับสารเคมีและยาหลายชนิด และได้รับสารกำจัดแมลง สารกำจัดวัชพืช และสารกำจัดเชื้อรา เป็นต้น ความเป็นพิษจากสารก่อมะเร็ง (carcino-genesis) สาเหตุของการเป็นมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าโอกาสที่จะเป็นมากขึ้นเกิดจากสารกัมมันตรังสี การติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง และสารเคมีบางชนิดและความเป็นพิษจากสารก่อการกลายพันธุ์ (mutagenicity) สารเคมีบางชนิดทำให้การทำงานของหน่วยถ่ายพันธุ์ (genes) เสียไปเกิดผลกระทบทำให้กลายพันธุ์ ปฏิกริยามักจะเกิดขึ้นภายในเซลล์โดยเฉพาะที่ DNA ในโครโมโซมและส่วนประกอบอื่นในเซลล์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการแบ่งเซลล์

2. ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางชีวภาพ

ประเทศไทยตั้งอยู่ในพื้นที่ร้อนชื้น เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของเชื้อโรคต่าง ๆ จากการทำงานในภาคเกษตรกรรม อันตรายจากปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน การติดเชื้อโรคทั่วไป รวมถึงการบาดเจ็บจากการถูกสัตว์ร้ายกัด และงูหรือสัตว์มีพิษกัดต่อย สามารถจำแนกจากการติดเชื้อได้ดังนี้ โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคแอนแทรกซ์ โรค布鲁เซลโลซิส โรคเลปโตสไปโรซิส โรคบาดทะยัก เป็นต้น โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เช่น โรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น โรคที่เกิดจากเชื้อคลอมาอีเดียและริคเคทเซีย เช่น ออร์นิโทซิส คิวฟิเวอร์ เป็นต้น โรคที่เกิดจากเชื้อรา เช่น คอกซิไดโอโดไมโกซิส ฮิสโตพลาสโมซิส เป็นต้น และโรคที่เกิดจากเชื้อปรสิต เช่น โรคพยาธิปากขอ โรคพยาธิไส้เดือน เป็นต้น

3. ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางกายภาพ เออร์โกโนมิกส์

สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยทางกายภาพที่มีผลในการเกิดปัญหาสุขภาพของเกษตรกร เช่น ความร้อน แสง เสียงดัง ความสั่นสะเทือน ความกดอากาศ เป็นต้น

สาเหตุจากความร้อน สาเหตุจากความร้อนมีผลเสียต่อระบบร่างกาย ปกติร่างกายจะจำกัดความร้อนที่ได้รับและกำจัดความร้อนที่ไม่พึงปรารถนาออกไป หากร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลของระบบการควบคุมความร้อนนี้ได้ จะทำให้เกิดโรคหรือกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติชนิดเฉียบพลันหลังการสัมผัสกับความร้อนสูงซึ่งมีความแตกต่างกัน เช่น โรคลมปัจจุบันเนื่องจากความร้อนหรือการเป็นลมเนื่องจากความร้อนในร่างกายสูง (heat stroke) การอ่อนเพลียหรือหมดแรงเนื่องจากความร้อน (heat exhaustion) เป็นลมเนื่องจากความร้อน (heat syncope) ตะคริวเนื่องจากความร้อน (heat cramps) บวมเนื่องจากความร้อน (heat edema) เป็นต้น ผลเสียของความร้อนต่อผิวหนัง เช่น เม็ดผด (heat rash) เจ็บปวดบริเวณผิวหนัง ผิวหนังหนาตัวและมีสีน้ำตาลเข้ม เป็นต้น ผลเสียของความร้อนต่อภาวะจิตใจและการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานในที่ที่มีความร้อนสูงเป็นเวลานาน ๆ และไม่สามารถปรับตัวต่อความร้อนได้ ความร้อนจะทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เจ็บปวด ขาดความกระตือรือร้น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับในเวลากลางคืน ในรายที่เป็นรุนแรง อาจสูญเสียการควบคุมทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นทันทีทันใดทำให้ร้องไห้หรือตะโกนออกมาด้วยอารมณ์โกรธ ในด้านการปฏิบัติงานพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีความผิดพลาดในการทำงานเพิ่มขึ้นผลผลิต ลดลง ทำงานช้าลง และไม่สามารถทำงานติดต่อกันนาน ๆ อาจเกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วย หยุดงานบ่อย

สาเหตุจากความสั่นสะเทือน ความสั่นสะเทือนที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เกิดจากการเคลื่อนไหวของมือ อุปกรณ์ เครื่องจักร เครื่องยนต์ต่าง ๆ การเคลื่อนไหวนี้อาจเกิดในลักษณะตามแนวตั้งหรือแนวนอนก็ได้ ความสั่นสะเทือนสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ 1) ความสั่นสะเทือนทั่วร่างกายของผู้ปฏิบัติงาน(whole-body vibration) ซึ่งเป็นการสั่นสะเทือนที่ส่งผ่านจากพื้นที่ทำงานหรือโครงสร้างของวัตถุมายังทุกส่วนของร่างกาย 2) ความสั่นสะเทือนเฉพาะที่(localized vibration) โดยเฉพาะมือและแขน เป็นการสั่นสะเทือนที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีการสั่นสะเทือน อันตรายที่เกิดจากความสั่นสะเทือนอาจเกิด ความผิดปกติของเส้นเลือดของนิ้วมือ (Angioneurosis of the fingers), ความผิดปกติของกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อ, โรคของระบบประสาท(Neuropathy)

โรคกระดูกและข้อที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ได้แก่ ภาวะปวดหลัง มีสาเหตุจากการอึดเสบ จากเชิงกลหรือท่าทางในการทำงาน เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนไปกดหรือเบียดรากประสาท หรือจากการเสื่อมสภาพตามอายุขัยทำให้มีอาการปวดหลัง หลังตั้ง บำบัดรักษาโดย

กายภาพบำบัดหรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งต้องใช้เวลาานหรืออาจต้องทำผ่าตัดรักษาโดยการให้ยาและกายภาพบำบัดไม่ได้ผล การป้องกันกระทำได้โดยการทำงานด้วยท่าทางที่ถูกต้องตามหลักชีวกลศาสตร์ และเออร์โกโนมิกส์ การบาดเจ็บที่ข้อ เกิดจากการมีแรงกระทำต่อข้อในอัตราที่มากเกินไปกว่าข้อจะต้านทานได้ มีหลายชนิด คือ ข้อเคล็ด ข้อแพลง ข้อหลวม ข้อเคลื่อน ข้ออักเสบ และข้อเสื่อมสภาพ ทำให้มีอาการบวม กดเจ็บ การเคลื่อนไหวลดน้อยลง การบำบัดรักษากระทำได้โดยพักการใช้งาน ให้ยาระงับปวดลดการอักเสบ จัดให้เข้าที่ เมื่อมีการบาดเจ็บอาจมีอุปสรรคในการรักษาและผลแทรกซ้อนเกิดขึ้น จึงควรที่จะป้องกันมิให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อ โดยใช้ท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายขณะปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง กระดูกหัก เกิดจากกระดูกถูกกระทำด้วยแรงที่มากกว่าที่กระดูกจะต้านทานได้มี 2 ชนิด คือ กระดูกหักชนิดปิด และกระดูกหักชนิดเปิด ซึ่งจะมีอาการบวมปวด กดเจ็บ อวัยวะส่วนนั้นคงอวบไปมาไม่ได้หรือหดสั้นลงการบำบัดรักษากระทำโดยจัดกระดูกหักให้เข้าที่และทำให้อยู่นิ่ง โดยการเข้าเฝือกหรือยึดตรึง โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงาน

โรคของระบบประสาทที่เกิดจากการทำงาน ได้แก่ หมอนรองกระดูกสันหลังเบียดหรือกดรากประสาท เกิดจากการยกของหนักในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีอาการปวดหลังและมีอาการปวดร้าวหรือชาตามแนวยาวของขาลงไปหาเท้า ก้มและเงยหลังไม่ได้เต็มที่ ต้องได้รับการรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด หรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ถ้าไม่หายต้องทำการผ่าตัด การป้องกันสามารถกระทำได้โดยไม้มกของหนักเกินกำลังและใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการเคลื่อนย้ายของหนัก เส้นประสาทถูกบีบหรือรัด เกิดจากพังผืดบีบรัดเส้นประสาทในบริเวณที่เส้นประสาทต้องลอดผ่านกล้ามเนื้อหรือข้อ ทำให้มีอาการชา การเคลื่อนไหวผิดปกติ การบำบัดรักษากระทำได้โดยลดการใช้งาน การกายภาพบำบัด ให้น้ำ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นต้องทำการผ่าตัด การป้องกันกระทำได้โดยไม่เคลื่อนไหวในลักษณะเดียวกันซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หากไม่จำเป็นจะต้องหยุดพักระหว่างการทำงาน การบาดเจ็บต่อไขสันหลังและเส้นประสาทอาจเกิดขึ้นได้โดยตรงหรืออาจเกิดร่วมกับการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ

โรคซึ่งมีผลโดยอ้อมจากการทำงาน โรคซึ่งมีผลโดยอ้อมจากการทำงานเป็นโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหลายอย่างด้วยกันและปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยนั้น ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เป็นความพิการของหัวใจ ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือชะงักไปเพราะเกิดโรคขึ้นในหลอดเลือดโคโรนารี ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่แก้ไขได้ที่ทำให้เกิดโรคนี้ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง

ภาวะความดันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน และบุคลิกภาพชนิดเอ อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ เจ็บหน้าอก รักษาโดยให้ยาและ/หรือการผ่าตัด ในการป้องกัน โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในคนไทย ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ปริมาณเกลือที่บริโภค ความอ้วน ภาวะทางจิตใจและสังคมและแร่ธาตุบางอย่าง อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ ปวดศีรษะ รักษาโดยให้ยา ในการป้องกันครอบคลุมการป้องกันทั่วไปและการป้องกันเฉพาะ โรคกระเพาะอาหาร หรือเปปติกอัลเซอร์ หมายถึง แผลในกระเพาะอาหาร หรือแผลในลำไส้เล็ก ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ ได้แก่ อายุ เพศ หมู่เลือด ฐานะทางเศรษฐกิจ การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ ยาแก้ปวด ความเครียด และความเจ็บปวดอื่น ๆ อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ มีอาการปวดท้อง รักษาโดยให้ยา และลดปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยหายช้า ในการป้องกัน โดยลดปัจจัยที่เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

4. ความเสี่ยงอันตรายจากปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม

จากภาวะการเปลี่ยนแปลงของโลกปัจจุบัน ทำให้มนุษย์เกิดความเครียดได้ทุกขณะ ต้นเหตุของความเครียดเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับความกดดันต่อการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วหรือการดำเนินชีวิตที่ตึงเครียดจนวายเป็นต้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคำว่า "ความเครียด"(Stress) ตามทัศนะต่าง ๆ กันดังนี้

Lazarus,R.S.(1984) ; and Kaplan , H.B.(1996. p. 7) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลจากการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการหรือการเรียกร้อง(Demand)จากสิ่งแวดล้อมกับความสามารถในการตอบสนองของบุคคล (Response) บุคคลจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ กันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเมินของบุคคลต่อการรับรู้สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ

Selye H.(1956:54) and Kaplan H.B.(1996. pp. 32-33) กล่าวว่า ความเครียดเป็นอาการของร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบสรีระเพื่อต่อต้านสิ่งที่มาคุกคามเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตมีศักยภาพจะทำให้บุคคลเกิดความเจริญเติบโตได้ และในทางตรงข้ามบุคคลที่ประสบกับความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เสื่อมถอยลงได้ ดังนั้นความเครียดจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางดีและเสียซึ่งเราเรียกว่า"การปรับตัวใหม่"ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงไม่ได้

Montgery (1992. p. 4) ได้ให้ความเห็นว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียด บุคคลจะใช้กระบวนการทางสติปัญญาในการเผชิญความเครียด ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่อสู้ หรือหนีอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อปรับตนเองให้อยู่ในภาวะสมดุล

ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวและเผชิญต่อความเครียดได้ ความเครียดนั้นคงอยู่นานจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสามารถส่งผลเสีย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิตใจ โดยปรากฏอาการเหล่านี้ เช่น หงุดหงิด กินไม่ได้นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ มีความขัดแย้งกับบุคคลใกล้เคียง วิดกกังวล ก้าวร้าว ซึมเศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ความคิดสร้างสรรค์น้อยลง เบื่อหน่าย และไม่พึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่และการทำงานอาชีพ มีทัศนคติไม่ดีต่อวิชาชีพ ทำงานไม่สำเร็จหรือต้องเปลี่ยนงาน และสุดท้ายอาจฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลถูกคุกคาม จึงต้องมีการตอบสนองของอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงปรารถนา เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายและ จิตใจไว้โดยบุคคลจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพเดิม หรือดียิ่งกว่า

สาเหตุของความเครียด ได้มีผู้อธิบายถึงสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้ Beare & Myers (1994. p. 38) ได้แบ่งสาเหตุหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ จากสิ่งแวดล้อมภายใน ซึ่งได้แก่ ความนึกคิด ความรู้สึก สถานภาพทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งหมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เมื่อต้นเหตุของความเครียดเข้ามาคุกคามบุคคล บุคคลจะพยายามตอบสนองต่อความเครียดโดยการปรับตัวเผชิญต่อต้นเหตุของความเครียดนั้น การปรับตัวของบุคคลอาจแสดงออกในรูปของอารมณ์และพฤติกรรม บุคคลจะใช้สติปัญญาในการจัดการกับปัญหานั้นเพื่อการรักษาความสมดุลของภาวะจิตใจ

Luckman and Sorensen(1987. p. 31) กล่าวว่า ต้นเหตุของความเครียดเป็นเหตุการณ์หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำลายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะทำให้แต่ละบุคคลมีการตอบสนองต่อความเครียดซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้และได้อธิบายคุณลักษณะของต้นเหตุของความเครียดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดังนี้ 1) ต้นเหตุของความเครียดเดียวกันจะมีผลต่อบุคคลต่างกันในต่างทิศทางกัน 2) เมื่อใดก็ตามที่บุคคลต้องพบกับต้นเหตุของความเครียด ไม่ว่าจะมาจากแหล่งใดก็ตาม เขาจะพยายามปรับตัวต่อสถานการณ์นั้น 3) ในต้นเหตุของความเครียดหนึ่ง ๆ ในตัวของมันเองจะเป็นแหล่งทำให้เกิดสถานการณ์เครียดตัวใหม่ 4) ไม่มีต้นเหตุของความเครียดตัวเดียว หรือปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค แต่จะต้องมีหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน เช่น การติดเชื้อจะต้องมีการสัมผัสเชื้อ และในขณะนั้นร่างกายจะต้องมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และ 5) ความเครียด

ไม่ว่าจะมาจากแหล่งใดก็ตาม ถ้าเกิดขึ้นนานและมีเป็นจำนวนมากจนในที่สุดทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้

Neuman (1995) กล่าวว่า ต้นเหตุของความเครียด หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบบุคคลไม่ว่าจะเป็นทางด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะรบกวนบุคคลอย่างเดี่ยวหรืออาจจะเกิดหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ ต้นเหตุของความเครียดในบุคคลหนึ่งอาจมิใช่สิ่งก่อความเครียดของอีกบุคคลหนึ่งก็ได้ ต้นเหตุของความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) ต้นเหตุของความเครียดภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ทัศนคติ ค่านิยม ความคาดหวัง รูปแบบพฤติกรรม วิธีการปรับตัว พัฒนาการและอายุ เป็นต้น
- 2) ต้นเหตุของความเครียดระหว่างบุคคล ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น
- 3) ต้นเหตุความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องใช้ เป็นต้น

Ignatavicius and Bayne (1991. p. 86) ได้แบ่งต้นเหตุของความเครียดออกเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านร่างกาย เช่น การได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ การได้รับรังสี ยา หรือแอลกอฮอล์
- 2) ด้านจิตใจ เช่น ความขัดแย้ง การสูญเสียความควบคุม
- 3) ด้านสังคม เช่น การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม ปัญหาการจัดการกับชีวิต ความเป็นอยู่ และ
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษ การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ

5. การตอบสนองและการปรับตัวต่อความเครียด

การตอบสนองทางด้านร่างกายของ อิกนาทาวีเชียส, เบนี และแบร์รี (Ignatavicius and Bayne, 1993. p. 98 ; Barry, 1994. p.138 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดด้านร่างกาย ซึ่งรวบรวมได้ว่าจะมี ปัญหาเรื่องการนอน ปวดศีรษะ สันไม่สามารถอยู่นิ่งกับที่ได้ กล้ามเนื้อกระตุก พุดเร็ว พุดติดอ่าง พุดตะกุกตะกัก เป็นลม หัวใจเต้นเร็วแรง ท้องไส้ปั่นป่วน หายใจเร็ว ศีรษะเบา ปากแห้ง มีความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก หายใจลำบาก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน จาม หนาวสั่น และร้อนวูบวาบตามตัว

การตอบสนองต่อความเครียดด้านจิตใจ แคสเมเยอร์, มิทเชลล์ และเบทรุส (Cassmeyer, Mitchell and Betrus, 1995. p. 172) ได้อธิบายการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลในด้านจิตใจว่าบุคคลจะแสดงการตอบสนองทางด้านจิตใจเมื่อเขาใช้การเผชิญความเครียดแล้วไม่สามารถระงับสิ่งรบกวนทางจิตใจได้ การตอบสนองทางด้านจิตใจนี้มีความรู้สึกวิตกกังวล ก้าวร้าว และซึมเศร้า

การตอบสนองต่อความเครียดด้านพฤติกรรม แคสเมเยอร์, มิทเชลล์ และเบทรุส (Cassmeyer, Mitchell and Betrus, 1995:172) ได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดไว้ดังนี้

- 1) พฤติกรรมก้าวร้าว(Aggression)ซึ่งรวมทั้งความป่าเถื่อน การขว้างปาหรือการทำลายสิ่งของ
- 2) การแสดงออกถึงความเครียด (Stress Recognition) ซึ่งอาจจะเป็นการพุดคุย การเขียน วาดภาพ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์อื่น ๆ
- 3) การเบี่ยงเบนความสนใจ(Distraction) เช่น การเดิน การออกกำลังกาย อ่านหนังสือ การฟังเพลง การนอนหลับ เป็นต้น
- 4) การทำลายตนเอง (Self Destruction) เช่น การสูบบุหรี่ การเข้ายา หรือการดื่มสุรา หรือมีพฤติกรรมที่อันตราย และ
- 5) การอดทน (Endurance)

เมื่อเกิดความเครียด บุคคลจะเกิดภาวะของความไม่สมดุลเกิดขึ้น ดังนั้นการปรับตัวของร่างกายจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผลของการปรับตัวจะมีลักษณะปรากฏทั้งการปรับตัวที่สำเร็จและไม่สำเร็จเกิดขึ้นดังนี้

6. การปรับตัวต่อความเครียดที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

ผลของความเครียดขึ้นอยู่กับระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น ความเครียดในระดับต่ำและความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไป จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ เปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง เชื่อมมั่นและภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น ส่วนผลเสียของความเครียดคือ ความเครียดในระดับสูงหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันยาวนานและบ่อยครั้ง จะก่อให้เกิดผลเสียในด้านต่าง ๆ คือ 1) ด้านสรีระร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม เนื่องจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ผลจากระบบการทำงานของร่างกายบกพร่องจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ซึ่งอาการแสดงมีตั้งแต่การปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คือ ปวดศีรษะ ต้นคอ ไหล่ เป็นต้น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ท้องเสีย จนถึงเกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic Disorder) เช่น ไมเกรน โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร หอบหืด ภูมิแพ้ และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วกำเริบขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังที่อวัยวะเพศ เป็นต้น บุคคลที่มีความเครียดรุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้บุคคลขาดสมาธิ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล ขาดความระมัดระวังในการทำงาน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิด โมโหและโกรธง่าย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ท้อแท้หมดหวัง หากตกอยู่ในภาวะเครียดนาน ๆ จะกลายเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ 3) ด้านความคิด หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความคิด

บิดเบือน คิดเข้าข้างตนเอง กล่าวโทษผู้อื่น แปลความหมายของสถานการณ์ผิดพลาด ย้ำคิด ย้ำทำ และคาดการณ์ผลของเหตุการณ์ในทางลบ และ 4) ด้านพฤติกรรม มีอาการเบื่อหน่าย นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม หลีกเลี้ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา

7. การปรับตัวต่อความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมในการปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียด ที่ประสบความสำเร็จในการบรรเทาความเครียดนั้น จะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะมีสุขภาพดีจะต้องใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบการแก้ไขปัญหา และการแก้ไขอารมณ์ ซึ่งจะต้องประยุกต์ใช้ในโอกาสของแต่ละสถานการณ์ วิธีการจัดการกับต้นเหตุของความเครียดจะต้องคำนึงถึงตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง รักตนเอง ไม่ทำลายตนเอง มีการวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์และคิด แก้ไขปัญหาจากความรู้ที่ตนเองมีอยู่ มีการลดผลที่เกิดจากความเครียดทางสรีรวิทยาโดยการเปลี่ยนแปลงพลังงานที่เกินไปเป็นการออกกำลังกายหรือการระบายความเครียดโดยการพักผ่อน มีการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกับการเล่นและการออกกำลังกายกับการพักผ่อน มีการรับประทานให้มีสุขภาพดี และมีการสร้างการรับรู้ความจริงจากความคิดและความเข้าใจและนอกจากนี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติและไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่สังคม

สุขภาพและภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญในการศึกษาวิจัยในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้มีผู้ให้คำนิยามไว้หลากหลายโดยจะมี "ภาวะ" รวมอยู่ด้วย ความหมายของ "ภาวะ" หมายถึงความปรากฏหรือความเป็น คำว่า "สุขภาพ" หรือที่ในปัจจุบันนิยมใช้คำว่า "สุขภาพะ" หมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) นอกจากนี้ได้มีผู้นิยามไว้หลากหลายซึ่งได้เลือกมาบางคำนิยามดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพว่า "Health is a stage of complete physical, mental, social and spiritual well-being, not merely an absence of diseases and infirmity" ประเด็นสำคัญของคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพขององค์การอนามัยโลกก็คือว่า "ไม่ใช่แต่การไม่มีโรคเท่านั้น" แต่หมายถึง "สุขภาพะที่สมบูรณ์" นี่เป็นการปฏิรูปความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ เพราะสุขภาพหมายถึงสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต

ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทุก ๆ ทางเชื่อมโยงกัน ซึ่งสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกายหรือทางวัตถุ หมายถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น ส่วนสุขภาวะทางจิตหมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น สำหรับสุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ในชุมชน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดีและมีสันติภาพ ประเด็นสุดท้าย สุขภาวะทาง จิตวิญญาณหมายถึง ความสุขอันประณีตที่เกิดจากการมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพานหรือพระผู้เป็นเจ้า หรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน สุขภาวะทางจิตวิญญาณมีผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2543)

ดูบอส (Dubos) นิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะหรือสภาพที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ระดับสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคนที่จะปรับตัวต่อความตึงเครียดทั้งจากภายในและภายนอกที่แต่ละคนต้องเผชิญ (อ้างใน Pender , 1996)

พาร์สันส์ (Parsons) นิยามสุขภาพตามบรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าทางด้านกายภาพ โดยอธิบายว่า “สุขภาพเป็นการปฏิบัติบทบาทและการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามที่บุคคลได้รับการ อบรมเลี้ยงดูมา” ตามแนวคิดของพาร์สันส์ ภาวะสุขภาพอาจกำหนดโดยใช้มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติบทบาทและการทำงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต (อ้างใน Pender , 1996)

ลีวาย (Levin,1995) นิยามว่า สุขภาพเป็นภาวะของความสมดุลระหว่างปัจจัยนำเข้า (input) และ ผลลัพธ์(output) ของพลังงานที่ทำให้โครงสร้าง บุคคล และสังคม ดำรงอยู่อย่างกลมกลืน

จอห์นสัน (Johnson,1991) ได้กล่าวถึงคำว่าสุขภาพไว้ในแบบจำลองของระบบพฤติกรรมว่า “สุขภาพ” หรือ “สุขภาวะ” เป็นความสมดุลและความคงที่ของระบบพฤติกรรมต่อไปนี้ได้แก่ ความผูกพัน การพึ่งพา การย่อยอาหาร การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ ความก้าวร้าว และความล้มเหลว ความสมดุลและความคงที่ของพฤติกรรม แสดงให้เห็นจากประสิทธิภาพของพฤติกรรมที่มีความมุ่งหมาย มีเป้าหมาย มีระบบ และสามารถทำนายได้

โอเรม (Orem,1995) กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิต สังคม และสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ภาวะสุขภาพเป็นภาวะของความปกติหรือความเป็นองค์รวมของโครงสร้างของมนุษย์ และการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ

ความเป็นปกติ ได้แก่ ภาวะที่มีความพอใจ ความเพลิดเพลิน และความสุข และจากประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความพยายามที่จะให้บรรลุอุดมการณ์และการมุ่งไปสู่วุฒิภาวะ และความสำเริง

นิวแมน (Newman,1995) นิยามว่า สุขภาพเป็นสภาพซึ่งระบบย่อยทุกระบบ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม วัฒนธรรมอยู่ในภาวะสมดุล และผสมกลมกลืนกับองค์รวมของคน มีคส์ และเฮด (Meeks and Heit,1991) กล่าวว่า สุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตที่รวมความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม สุขภาพกายเกี่ยวข้องกับสุขภาพะทางกาย สุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับสุขภาพะของจิตใจและอารมณ์ ในขณะที่สุขภาพทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ สุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องขององค์ประกอบเหล่านี้กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล

บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) นิยามสุขภาพว่าเป็นสภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 มิติ คือ มิติด้านกาย หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร ด้านการเคลื่อนไหว เช่น การเดินการวิ่ง ด้านการปฏิบัติตามบทบาท เช่น กิจกรรมงานบ้านและกิจกรรมยามว่าง มิติด้านจิตใจ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ความผิดปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกต่อสภาพร่างกายทั่วไป ความรู้สึกในทางบวก ความสามารถในการควบคุมตัวเอง และความมีพลังในตนเอง มิติด้านสังคม หมายถึงการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และการมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในอดีต ปัจจุบันอนาคต ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล หรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Hoyman (อ้างใน สุชาติ โสมประยูร, 2542) ให้ความหมายว่า สุขภาพ คือ ภาวะสมบูรณ์ที่สุดในการดำรงชีวิตอยู่ด้วยดีของแต่ละบุคคลซึ่งจะพึงมีได้

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติ พฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

เฮนเดอร์สัน (Henderson, 1978. อ้างใน ประเวศ วะสี, 2543) กล่าวว่า สุขภาพเป็น ความอิสระในการทำหน้าที่ของมนุษย์ ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่การหายใจ การรับประทานอาหารและการดื่ม การขับถ่าย การเคลื่อนไหวและ ดำรงไว้ซึ่งรูปร่างตามปรารถนา การนอนหลับและการพักผ่อน การเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสม ในการแต่งกาย การดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติของร่างกาย การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการแต่งกาย การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อมและการได้รับบาดเจ็บจากผู้อื่น การติดต่อ สื่อสารกับผู้อื่น การให้ความนับถือในความเชื่อหรือลัทธิศาสนาของผู้อื่น การทำงานโดยมีความ ปรารถนาที่จะให้งานสำเร็จ การร่วมสังสรรค์หรือพักผ่อนหย่อนใจ การศึกษาค้นคว้าซึ่งจะนำไปสู่ พัฒนาการที่เป็นปกติมีสุขภาพดี

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมทั้งการลดความเห็นแก่ตัว เพราะตระปโตที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทาง จิตไม่ได้ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือ สูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระ ผู้เป็นเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็น สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก

สุชาติ โสมประยูร (2542) กล่าวว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสุขภาพที่รวมเป็น หนึ่งเดียว โดยสุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความเจริญเติบโตและพัฒนาการสม กับวัย สะอาด แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรค หรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี ส่วนสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้า กับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งสถานการณ์ในอดีตและอนาคตด้วย

จินตนา ยูนิพันธ์ (2532) ได้ให้ความหมาย สุขภาพว่าเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อ สิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นที่สังเกตได้ หรืออาการที่บุคคลรายงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรับรู้และความคิดเห็นของตนตามเป้าหมาย

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2538) กล่าวว่า สุขภาพที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 1) สุขภาพ ทางร่างกาย หมายถึง การมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ถึงแม้มีโรคประจำตัวหรือมีความพิการ เกิดขึ้น ก็ยังสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติ 2) สุขภาพทางจิต หมายถึง การมี สุขภาพจิตดี มีจิตใจที่เป็นสุข ศานติ หรือมีความสุขทุกซีก งามวยใจน้อยที่สุด และ 3) สุขภาพทาง สังคม หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับ ผู้อื่นได้อย่างประสมกลมกลืน หรือมีความขัดแย้งน้อยที่สุด

สดีโส สร้างโสภและคณะ (อ้างใน เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ, 2545) ได้ให้ ความหมายของ สุขภาพของชุมชนลุ่มน้ำมูลคือการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและการที่จะมีความสุข เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายประการ ดังนี้ 1) การมีอยู่มีกินอย่างพอเพียง คือมี อาหารการกินที่หลากหลาย มีคุณภาพที่ดีปลอดจากสารพิษ มีแหล่งที่มาที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย การมีอาหารที่พอเพียงสำหรับการบริโภคและการแบ่งปันให้ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และการทำบุญ 2) การมีอาชีพที่มั่นคง หมายถึง การมีงานทำตลอดปี มีรายได้ที่สามารถเลี้ยงครอบครัวได้ มีเงิน เพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาล การศึกษาของบุตร การทำบุญ และการเก็บออม มีการสะสม ทรัพย์สินในรูปของที่ดิน สัตว์เลี้ยง และเงินสดบ้างตามอัธยาศัย 3) มีครอบครัวที่อบอุ่น คือ การได้อยู่กันอย่างพร้อมหน้าพ่อแม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย มีเครือญาติที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมี ความเคารพนับถือกัน เมื่อมีปัญหาก็สามารถหันหน้ามาปรึกษาหารือกันและช่วยกันแก้ไขปัญหา ลูกหลานได้มีโอกาสที่จะเรียนรู้วิธีการทำมาหากินจากพ่อแม่หรือปู่ย่าตายาย คนเฒ่าคนแก่อบอุ่น อยู่ในวงล้อมความรักของลูกหลาน 4) มีร่างกายแข็งแรง หมายถึง มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำงานได้นาน ๆ และออกกำลังกายได้เสมอ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง มีอายุยืน ขึ้นรถลงเรือไม่เกิดอาการวิงเวียนและไม่ปวดขา หรือเป็นเหน็บชาเวลานั่งฟังเทศน์นาน ๆ 5) มีจิตใจร่าเริงเบิกบาน มีความสงบ ไม่ต้องวิตกกังวล ไม่ต้องกลัวว่าวันพรุ่งนี้จะหาอะไร ให้ลูกกิน ไม่ต้องกลัวโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ต้องกังวลว่าใครจะเกลียดชัง ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกับใคร ได้ไปวัดทำบุญทำทานร่วมกัน 6) อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน แบ่งปันกัน มีเพื่อนบ้านที่เหมือน เป็นญาติกัน อบอุ่น ปลอดภัย ช่วยกันพัฒนาดูแลหมู่บ้าน ร่วมกันทำบุญตามเทศกาล และ ร่วมกันทำกิจกรรมตามประเพณีด้วยความร่วมแรงร่วมใจ และ 7) มีทรัพยากรธรรมชาติและ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต คือมีความสมบูรณ์ของ ที่ดิน แม่น้ำ ป่าไม้ เกาะแก่ง ปลา

ป. ๕๑ ๖๖๖ ส.ว. ๑๓ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖
20 พ.ย. 2558



๑๖๖๖๖๖๖๖ ๒.๒ สำนักทอสมท

พืชผัก ซึ่งจะเป็นแหล่งที่มาของอาหารการกิน อาชีพ รายได้ การแบ่งปัน การพักผ่อน การสอน ให้ลูกหลานรู้จักการทำมาหากิน และใช้ในการประกอบกิจกรรมตามประเพณี

1. กระบวนทัศน์ทางสุขภาพ

จากการให้ความหมายทางสุขภาพที่ต่างกัน ทำให้เกิดกระบวนทัศน์หรือแนวคิดทางสุขภาพที่ต่างกัน จึงมีผลต่อการประเมินผลกระทบทางสุขภาพและกลไกการคุ้มครองสุขภาพที่แตกต่างกันไปด้วย ซึ่งปัจจุบันกระบวนทัศน์ว่าด้วยสุขภาพที่สำคัญ 2 กระบวนทัศน์ (เดชรรัตน์ สุขกำเนิด, รุ่งทิพย์ เดชกำเนิด, จตุพร เทียรมา และสมพล ไชคดีศรีสวัสดิ์, 2544) คือ

1) กระบวนทัศน์ว่าด้วยโรค เน้นการป้องกันหรือแก้ไขเมื่อมีภาวะที่เป็นโรคเกิดขึ้นและมุ่งเน้นที่จะดำเนินการให้โรคริดรังไปโดยระบบการรักษาหรือป้องกันเฉพาะตน กระบวนทัศน์นี้จะไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ แต่จะเน้นเฉพาะสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่มีผลต่อโรคโดยตรงเท่านั้น

2) กระบวนทัศน์สุขภาพจะมองสุขภาพเป็นวิถีชีวิตทั้งหมด ที่ต้องคิดเป็นองค์รวม โดยแบ่งเป็นสุขภาพที่สำคัญ 4 ด้าน หรือ 4 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และมิติทางจิตวิญญาณ

การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพจึงนำมาสู่กรอบแนวคิดในการประเมินสถานะสุขภาพในแต่ละมิติที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

ตาราง 1 แสดงกรอบแนวคิดในการประเมินสถานะสุขภาพในแต่ละมิติที่เชื่อมโยงกัน

มิติสุขภาพ	ดัชนีเชิงสูญเสีย(ลบ)	ดัชนีเชิงสร้างเสริม(บวก)
มิติทางกาย	อัตราป่วยตาย พิการ พฤติกรรมทำลายสุขภาพ	อายุขัยเฉลี่ย สมรรถภาพร่างกาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
มิติทางจิตใจ	อัตราความชุกของปัญญาอ่อน โรคจิต การฆ่าตัวตาย	เซาว์ปัญญา การควบคุมอารมณ์(EQ) ความมั่นคงในตนเอง
มิติทางสังคม และสิ่งแวดล้อม	อัตราความชุกของการใช้ความรุนแรง ปัญหาอาชญากรรม การตายและป่วย อันเนื่องจากสิ่งแวดล้อมและการ ประกอบอาชีพ	การปรับแก้ปัญหาคัดแย้งในสังคมและ ชุมชน การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม นโยบาย สาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
มิติทางจิต วิญญาณ	จำนวนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส อัตราส่วน ประชากรยากจน ความไม่เป็นธรรมใน การกระจายรายได้ ความขัดแย้งใน สังคม	ความเท่าเทียมกันของมนุษยชาติ(Equity) ความต้องการที่พอเพียง สันติภาพ ความ สมานฉันท์

2. แนวคิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

ความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อนของสุขภาพระดับทั้ง 4 มิติ ภายใต้กระบวนการทัศน์สุขภาพ ทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายขอบเขตของการสร้างเสริมและการคุ้มครองสุขภาพไปสู่การพัฒนาและการวางแผนในภาคอื่น ๆ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ในมิติต่าง ๆ (นอกเหนือไปจากการพัฒนาและการวางแผนในภาคสาธารณสุข) เพื่อให้เกิดความตระหนัก การเรียนรู้ และความรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างเสริมและการคุ้มครองสุขภาพอย่างกว้างขวาง ผ่านการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับต่าง ๆ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตาม คำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543) หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพและพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้าง สิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้พลเมืองมี ทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ ปัจจุบันกระบวนการเรียนรู้เพื่อ กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเรียกว่าการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment ; HIA)

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมโดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางและเครื่องมือที่หลากหลายในการ ระบุนโยบาย และพิจารณาถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วกับประชากร กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากข้อเสนอหรือการดำเนินนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมอย่างใด อย่างหนึ่ง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการสร้างเสริมและการคุ้มครอง สุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มดังนั้นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่จะ ได้มาซึ่งข้อมูลหลักฐานในด้านสุขภาพ เป็นการเพิ่มน้ำหนักหรือให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพใน กระบวนการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพราะเป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ ผู้ตัดสินใจ ได้เข้าใจถึงคุณค่าของมิติทางสุขภาพ ข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบทาง สุขภาพ และการร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการ เพื่อสร้างเสริมคุ้มครอง และฟื้นฟูสุขภาพของ ประชาชน

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพสามารถจำแนกรูปแบบและประเภทได้

2 ลักษณะดังนี้

ลักษณะที่ 1 จำแนกตามเวลา โดยแบ่งตามความสัมพันธ์ในเชิงช่วงเวลาของการดำเนินงาน ออกเป็น 3 รูปแบบคือ ศึกษาแบบมองไปข้างหน้า(Prospective HIA), ศึกษาแบบมองย้อนหลัง (Retrospective HIA) , ศึกษาแบบมองไปพร้อมกับการดำเนินการ(Concurrent HIA)

ลักษณะที่ 2 จำแนกตามขนาดการดำเนินงาน โดยแบ่งได้ตามขนาดของการดำเนินการทำการวิเคราะห์หรือประเมิน(appraisal)ตามขนาดการดำเนินงานหรือความเร็วในการได้รับผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ คือ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบบเร่งด่วน, การประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบบรอบด้าน, การประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบบระดับกลาง

ผลลัพธ์ที่สำคัญของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพคือ ชุดคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่มีข้อมูลหลักฐานยืนยัน(evidence-based recommendations)ที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางและคุณค่าหรือความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีร่วมกันของสังคม เพื่อประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบาย (เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และปัทพงษ์ เกษสมบุญ, 2545)

การพัฒนากระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทย เป็นไปเพื่อการพัฒนาแนวทางในการนำประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เข้าสู่กระบวนการในการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการคุ้มครองและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เป็นการพัฒนากระบวนการการมีส่วนร่วม ลดความเหลื่อมล้ำและความขัดแย้งในการกำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของสังคมในการสร้างความตระหนักและการดำเนินการของประชาชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและสิทธิของตนเอง ชุมชน และผู้อื่นในสังคมอีกด้วย ผลกระทบทางสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพตัวใดตัวหนึ่งหรือหลายตัว เนื่องมาจากการดำเนินนโยบายแผนงานหรือโครงการ ความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่หลาย ๆ ฝ่ายต้องการจะทราบก่อนการตัดสินใจโครงการ

ผลกระทบทางสุขภาพตามมิติของสุขภาพจำแนกได้ 4 มิติ ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อสุขภาพจิต ผลกระทบต่อสุขภาพสังคม และผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ (เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และปัทพงษ์ เกษสมบุญ, 2545)

1) ลักษณะของผลกระทบทางสุขภาพ จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1.1) ผลกระทบโดยตรง (direct impact) เป็นผลกระทบทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบาย แผนงานหรือ

โครงการโดยตรง โดยมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องน้อยมาก 1.2) ผลกระทบทางอ้อม (indirect impact) ที่มีได้เกิดกับสุขภาพโดยตรงแต่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพหลายตัวร่วมกันจนมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในที่สุด เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพที่แย่ง เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตหรือผลกระทบทางจิตที่ดีขึ้น เนื่องมาจากการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น 1.3) ผลกระทบสะสม (cumulative impact) เป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สะสมจากการดำเนินนโยบาย แผนงาน และโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่เดียวกัน 2) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 2.1) ผลกระทบในระดับปัจเจกบุคคล เช่น ผลกระทบที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล การประเมินผลกระทบในระดับนี้มักง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำให้เข้าใจถึงผลกระทบที่แตกต่างกันในหมู่สมาชิกของแต่ละครัวเรือน แต่การประเมินผลกระทบในระดับนี้แต่เพียงอย่างเดียว ก็มีข้อจำกัดในการเข้าใจถึงผลกระทบทางสุขภาพในขอบเขตที่กว้างขวางขึ้น และลึกซึ้งขึ้น เพราะขาดกรอบการมองมิติความสัมพันธ์ในระดับและโครงสร้างต่าง ๆ 2.2) ผลกระทบในระดับครอบครัว เช่น ผลกระทบที่มีต่อความสัมพันธ์ภายใน ครัวเรือน ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินเห็นถึงความสามารถในการรับมือกับปัญหาในระดับครอบครัวและความล้มเหลวในการรับมือกับปัญหาดังกล่าว การประเมินผลกระทบในระดับนี้จึงเป็นการศึกษาในระดับที่เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญกับสถาบันทางสังคม 2.3) ผลกระทบในระดับชุมชน เช่น ผลกระทบที่มีต่อความร่วมมือหรือเกิดจากความเปลี่ยนแปลงในความร่วมมือ การประเมินในระดับนี้จะทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือของชุมชนในการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพของสมาชิกในชุมชนจากการดำเนินนโยบายหรือโครงการ 2.4) ผลกระทบในระดับสาธารณะ เช่น ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของสาธารณะในวงกว้าง ไม่สามารถจำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบโดยตรง (เช่น การก่อวินาศกรรม, การเกิดอุบัติเหตุการขนส่ง) การประเมินผลกระทบในระดับนี้มีความสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม 3) ขั้นตอนในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 3.1) ขั้นตอนการกลั่นกรองข้อเสนอ นโยบาย แผนงานหรือโครงการ (screening) เพื่อพิจารณาว่านโยบายแผนงานหรือโครงการใดมีความจำเป็น หรือมีความเหมาะสมที่จะทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาถึงโอกาส ขนาดความรุนแรงของผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และโอกาสความเป็นไปได้ในการรับความเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย หรือการตัดสินใจในการดำเนินการโครงการหรือแผนงานนั้น 3.2) ขั้นตอนการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (public scoping) เป็นขั้นตอนการพิจารณาร่วมกันถึงขอบเขต ประเด็น ทางเลือกในการดำเนินกิจกรรม

การพัฒนา และแนวทางในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากกิจกรรมการพัฒนานั้น โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้แสดงให้เห็นถึงหลักฐานข้อมูล ข้อคิดเห็น ข้อห่วงใย และทางเลือกในการดำเนินการ เพื่อให้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในแต่ละครั้งสามารถประเมินถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รอบด้าน และสัมพันธ์เชื่อมโยงกันให้มากที่สุด ทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นการเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาส 3.3) ขั้นตอนการวิเคราะห์ (analysis) และร่างรายงานการประเมินผลกระทบ (reporting) หรือบางครั้งเรียกว่าการประเมินหรือappraisal เป็นขั้นตอนในการวิเคราะห์ ประเมินการณณ์ และคาดการณ์ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามขอบเขต ประเด็น และแนวทางที่ได้วางไว้ใน ขั้นตอนที่ผ่านมาโดยใช้ วิธีการประเมินหลายวิธี และใช้คณะบุคคลเดี่ยวหรือหลายคณะบุคคลเพื่อให้ ผลลัพธ์หรือรายงานการประเมินผลกระทบที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เชื่อมโยงเป็นองค์รวมและพร้อมที่จะรับการพิจารณาว่ารายงานนั้นโดยสาธารณะ 3.4) ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะ(public review)เป็นการรับฟังความคิดเห็นของสาธารณะที่มีต่อร่างรายงานที่สร้างขึ้น ต้องจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง มีการให้ข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสม และเวลาที่พอเพียงต่อการทบทวนรายงาน เพื่อให้รายงานและการตัดสินใจที่มีขึ้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ เป็นธรรม และชอบธรรมมากที่สุด ทั้งนี้การทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะอาจนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงในขั้นตอนของการวิเคราะห์ และการร่างรายงานการประเมินผลกระทบ หรือในบางกรณีอาจต้องย้อนกลับไปปรับปรุงในขั้นตอนการกำหนดขอบเขต และแนวทางในการประเมินผลกระทบโดยสาธารณะเลยก็เคยเป็นไปได้ 3.5) ขั้นตอนการมีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจ (influencing) โดยมุ่งหวังให้การตัดสินใจที่เกิดขึ้นได้คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพที่คาดการณ์ไว้ มาตรการทางเลือกและมาตรการลดผลกระทบที่เสนอแนะ และความสามารถในการรับมือของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ อย่างจริงจังในการปฏิบัติแล้ว การพิจารณาการมีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจจำเป็นต้องดำเนินการ ตั้งแต่ขั้นตอนการกลั่นกรองข้อเสนอ และขั้นตอนการกำหนดขอบเขต และแนวทางการประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ เพื่อให้รายงานผลกระทบทางสุขภาพเป็นไปในขอบเขตแนวทาง และ วิธีการหรือรูปแบบที่เป็นที่ยอมรับ และมีผลต่อการตัดสินใจของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด 3.6) ขั้นตอนการติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินผล (monitoring and evaluation) เพื่อติดตามว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการดำเนินการตามข้อเสนอจากการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่จัดขึ้นหรือไม่ เพราะอะไร และจำเป็นต้องจัดระบบการเฝ้าระวังเพื่อติดตามผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งที่ได้คาดการณ์ไว้แล้วและไม่ได้คาดการณ์ไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำเนินการแก้ไข และ

ปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาได้อย่างทัน่วงที่ (เดซรัตน์ สุขกำเนิด , วิชัย เอกพลากร และปัดพงษ์ เกษสมบุญ, 2545)

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ หรือ ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ (health determinants) ช่วยให้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพมีแนวทางที่ชัดเจนขึ้น และสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบและมีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้นการระบุถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ หรือ ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ มักมีความแตกต่างกันไปตามกรอบความคิดต่าง ๆ กรอบแนวความคิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ รูปแบบที่ 1 คือ ตัวกำหนดสุขภาพของประเทศแคนาดา โดยมีการจำแนกกลุ่มของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพออกเป็น 9 กลุ่ม ดังนี้ (Kwiatkowski and boi , 2001 อ้างในเดซรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และปัดพงษ์ เกษสมบุญ, 2545) 1) การศึกษา ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพเพราะระดับการศึกษามีผลต่อกระบวนการคิด การมีทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมการทำงานของตนเองได้มากกว่า สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า 2) เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว เพื่อน และการช่วยเหลือในชุมชนมีผลต่อสุขภาพ ช่วยลดความเครียดและ แก้ปัญหาหลายประการ 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สุขภาพของมนุษย์ต้องพึ่งพาอากาศ น้ำ อาหาร และที่พักอาศัย เป็นปัจจัยพื้นฐานทางสุขภาพ การกระทำของมนุษย์มีผลทำให้เกิดมลภาวะต่อปัจจัยเหล่านี้ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการบาดเจ็บและการตายก่อนวัยอันสมควรเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน 4) การพัฒนาในวัยเด็ก หลักฐานจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่าชีวิตช่วงก่อนคลอดจนถึงช่วงชีวิตในวัยเด็กมีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิต และความสามารถต่าง ๆ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น เด็กเมื่อแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย จะมีความเสี่ยงต่อการตาย ความผิดปกติทางสมอง ความพิการแต่กำเนิด และพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ นอกจากนี้ การดูแลในวัยเด็กยังมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคมเมื่อเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่อีกด้วย 5) ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม ปัจจัยและกลไกทางชีวภาพของร่างกายมนุษย์ เช่น การเจริญเติบโต การชราภาพ เพศชาย เพศหญิง ตลอดจนปัจจัยด้านพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสถานะทางสุขภาพและทำให้เกิดโรคของแต่ละคนแตกต่างกัน สารเคมีหลายอย่างในปัจจุบันมีผลทำให้สารพันธุกรรมของคนเปลี่ยนแปลง 6) บริการสุขภาพ บริการสุขภาพที่เน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีผลต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนในทางที่ดี บริการเหล่านี้ ได้แก่ บริการอนามัยแม่และเด็ก การดูแลก่อนคลอด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

ต่อสุขภาพและทางเลือกต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี 7) พฤติกรรมสุขภาพคือ พฤติกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพ ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม(หทัย ชิตานนท์, 2540) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกที่ดีช่วยเพิ่มพูนสถานะทางสุขภาพการรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกายเป็นประจำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะเป็นประโยชน์และทำให้สุขภาพแข็งแรงอย่างชัดเจน ในขณะที่การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด ล้วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด 8) รายได้และสถานะทางสังคม รายได้และสถานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสถานะทางสุขภาพ คนที่มีรายได้สูงกว่า มักมีสุขภาพดีกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ยิ่งสังคมมีการกระจายรายได้ที่มีความเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนในสังคมนั้น ก็จะมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้โดยมิได้ขึ้นอยู่กับรายจ่ายด้านบริการสุขภาพเลย และ 9) การมีงานทำและสภาพการทำงาน การมีงานทำและการตกงานมีผลมากต่อสถานะทางสุขภาพ คนตกงานจะเผชิญกับภาวะกดดันทางจิตใจสูง มีความวิตกกังวล อัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ แต่คนที่มีงานทำก็มีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น งานที่มีความเครียด งานที่มีความเสี่ยง งานที่ไม่มีความก้าวหน้าหรือมั่นคง การบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน ส่วนรูปแบบที่ 2 คือ กรอบแนวคิดในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของประเทศอังกฤษก็ได้พยายามนำเสนอให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสภาวะแวดล้อม สุขภาพของมนุษย์และตัวมนุษย์เองอยู่เป็นระดับ หรือเป็นลำดับไปจากปัจจัยที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ไปสู่ปัจจัยระดับชุมชนและสังคมที่กว้างขึ้น โดยได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (เดชรรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลการ และปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, 2545) ดังนี้ 1) ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง หรือคุณลักษณะประจำตัว เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก 2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การพักผ่อน พฤติกรรมการเดินทาง 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมและเครือข่ายในชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ภายในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ความเข้มแข็งของชุมชน 4) เงื่อนไขในการดำเนินชีวิตและเงื่อนไขในการทำงาน เช่น การผลิตอาหารและผลผลิตการเกษตร สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การว่างงาน การจัดหาน้ำสะอาดและสุขภาพิบาล การบริการทางสุขภาพ และ 5) เงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเกี่ยวพันกับนโยบายสาธารณะ ในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

ซึ่งกรอบความคิดดังกล่าวนี้มีข้อดีคือ เป็นการกระตุ้นให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้ตัว (ระดับพฤติกรรม) ปัจจัยภายในชุมชน (ระดับเครือข่ายสนับสนุน) และปัจจัยที่ไกลตัวออกไป(ระดับนโยบายสาธารณะ)ซึ่งแตกต่างจากกรอบแนวคิดของ Martin Birley (2000) ได้เสนอตัวอย่างในการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจากทุนทางสุขภาพ 5 ประเภท เพื่อใช้ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรทางธรรมชาติ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้ (Martin Birley, 2000. อ้างใน เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากรและปัดพงษ์ เกษสมบุญ, 2545) คือ 1) ทุนธรรมชาติ (natural capital) คือ ปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรทางธรรมชาติที่มนุษย์สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การถือครองที่ดิน ความสมบูรณ์ของดิน ความสมบูรณ์ของแหล่งน้ำ ความหลากหลายทางธรรมชาติ การเข้าถึงแหล่งอาหารทางธรรมชาติ สิทธิในทรัพยากร ภูมิอากาศ ทัศนียภาพ 2) ทุนทางการเงิน (financial capital) คือ ทรัพยากรทางการเงินที่ประชากรครอบครองอยู่และสามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้ ได้แก่ รายได้ แหล่งที่มาและระยะเวลาของรายได้ ความมั่นคงของรายได้ เงินออม ทรัพย์สินและสิทธิในทรัพย์สิน หนี้สิน แหล่งที่มาของเงินในยามฉุกเฉิน เงินโอนจากภายนอก ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ 3) ทุนกายภาพ (physical capital) คือ โครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมืออุปกรณ์ และปัจจัยการผลิตและสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การเข้าถึงน้ำสะอาด เส้นทางการคมนาคม ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เครื่องจักรอุปกรณ์ การเกษตร ระบบชลประทาน บ้านพักอาศัย สถานเอนามัย 4) ทุนมนุษย์ (human capital) คือ ทักษะความรู้ ความสามารถ ความรับผิดชอบและสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของมนุษย์ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ สุขภาพที่สมบูรณ์ ความอิสระ ปราศจากความกลัวความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และการเพิ่มความเข้มแข็งของสตรีและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ความสามารถและความรับผิดชอบของบุคลากรในสถาบันต่าง ๆ ภูมิปัญญาทางด้านสุขภาพ ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และ 5) ทุนทางสังคม (social capital) คือ ทรัพยากรทางสังคม เช่น กลุ่มเครือข่ายความสัมพันธ์ในสังคม ความรู้สึกผูกพัน อัตลักษณ์ร่วมกัน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตที่ดีร่วมกันในสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในสังคม ความเข้มแข็งของชุมชน การรักษาและฟื้นฟูศิลปวัฒนธรรมประเพณี การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กลไกการกระจายทรัพยากร ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความขัดแย้งในสังคม อาชญากรรมหรือปัญหาในสังคม

คำประกาศจากจากาดาร์: การส่งเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21 ได้กล่าวถึงปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคและเหนือสิ่งอื่นใด ความยากจนเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุด (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541)

สรุปได้ว่า มุมมองของภาวะสุขภาพมีความหลากหลายดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งมิติด้านสุขภาพกาย มิติด้านสุขภาพจิตใจ มิติด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และมิติด้านสุขภาพจิตวิญญาณ ดังนั้น สุขภาพของมนุษย์จึงมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ อีกทั้งแนวคิดที่แตกต่างกันก็จะนำไปสู่การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน และมีผลต่อการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่มีกลไกการคุ้มครองสุขภาพที่แตกต่างกันไปด้วย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ การมีคุณค่า ช่วยลดอัตราป่วย และมีความสุข (Payne & Hahn, 1995. อ้างใน ไพจิตร ล้อสกุลทอง, 2545) อย่างไรก็ตามการให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหลากหลาย ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

Green & Kreuter (1991) ให้ความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการผสมผสานระหว่างการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อการกระทำกิจกรรมและการสร้างเงื่อนไขของชีวิต อันนำมาซึ่งภาวะสุขภาพ

Gochman (1988) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ การแสดงที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยคุณสมบัติส่วนบุคคล บุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย ทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (overt behaviors) เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่ได้ (covert behavior) ต้องอาศัยการประเมินแบบ

อื่น เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ภาวะอารมณ์ ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น การปฏิบัติและนิสัยจะสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู และการป้องกันสุขภาพ

Egger, Spark, and Lawson (1990) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการศึกษา และการดำเนินการทางการบริหารจัดการ การเมือง และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่จะปกป้องและส่งเสริมสุขภาพ และได้สรุปว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตาย มาจากองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ (1) ความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ (2) พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (3) อันตรายจากสิ่งแวดล้อม และ (4) องค์ประกอบทางชีวภาพของมนุษย์

Palank (1991. p. 816) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เริ่มต้นในทุกคนในทุกกลุ่มอายุที่คงไว้หรือเพิ่มความผาสุกสูงสุด ความตระหนักในตนเอง และความสำเร็จของบุคคล เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ กิจกรรมเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เหมาะสมหรือโภชนาการที่ดี กิจกรรมลดความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Murray & Zentner (1993. p. 659) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบไปด้วยกิจกรรมที่เพิ่มระดับสุขภาพและความผาสุก และความตระหนักถึงศักยภาพที่สูงสุดในแต่ละบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม

Travis (1997. อ้างใน Walker, Sechrist & Pender, 1987. p. 77) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Self-Responsibility) โภชนาการ (Nutrition) ความตระหนักถึงสภาพร่างกาย (Physical Awareness) และการควบคุมความเครียด (Stress Control)

Ardell (1979. 1986 อ้างใน Walker, Sechrist & Pender, 1987. p. 77) กล่าวว่า แบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Self-Responsibility) ความตระหนักถึงภาวะโภชนาการ (Nutrition Awareness) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ความสมบูรณ์ของร่างกาย (Physical Fitness) และสภาพแวดล้อม (Environmental Sensitivity)

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการที่มนุษย์สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้และการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพความเป็นอยู่ที่จะช่วยให้มีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การปรับปรุงบริการ

สาธารณสุขต่าง ๆ และการที่รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องไม่มุ่งเฉพาะตัวบุคคล แต่ต้องรวบรวมครอบครัวและชุมชนที่บุคคลอยู่อาศัยด้วย(Pender , 1996)

Pender (1996) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีการปฏิบัติตน เพื่อให้ถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดี เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนไปในทางบวก หรือการส่งเสริมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยมุ่งให้บุคคลประสบความสำเร็จ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

เพนเดอร์ ได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ที่ผสมผสานมุมมองของศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

ตามแนวคิดเดิมของเพนเดอร์ การที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive - Perceptual Factors) ปัจจัยเสริม (Modifying Factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) โดยปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตน การให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยลักษณะทางชีวภาพ ปัจจัยของอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นต้น

จากการนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ เพนเดอร์พบว่ายังขาดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและไม่สามารถใช้ได้กับสุขภาพของบุคคลทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะบุคคลที่เจ็บป่วย เพนเดอร์จึงพัฒนารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยผลงานที่ได้จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น แล้วนำผลการวิจัยมาปรับเปลี่ยน โดยตัดปัจจัยบางอย่างออกและเพิ่มปัจจัยบางอย่างเข้าไป ซึ่งจากการศึกษาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพใหม่ของ เพนเดอร์ กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม 3

ด้าน ด้วยกันคือ ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior - Specific Cognitions and Affect) ปัจจัยด้านการเกิดพฤติกรรม (Behavior Outcome) โดยปัจจัยแต่ละด้านสามารถอธิบายรายละเอียดได้ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะที่ต่างกัน ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมในระยะต่อมากล่าวสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบางพฤติกรรมเท่านั้น 2) ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เป็นตัวแปรหลักสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยตัวแปรเหล่านี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits of Action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers to Action) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived Self - Efficacy) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (Activity - Related Affect) อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influence) 3) ปัจจัยด้านการเกิดพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Action) ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม เป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยความมุ่งมั่นนี้จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมขึ้น การปฏิบัติกิจกรรมโดยความตั้งใจอาจไม่เกิดขึ้นได้จริง เนื่องจากมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกตามความตั้งใจไว้แต่ต้น ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลมาจากความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรม

ความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นมีผลต่อพฤติกรรม โดยเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมอื่นโดยทันที สามารถกระทำได้ก่อนการเกิดพฤติกรรมที่วางแผนไว้ ความจำเป็นและทางเลือกที่เกิดขึ้นแตกต่างจากอุปสรรคที่บุคคลต้องแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพและมีผลต่อความตั้งใจพอควร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoting Behavior) มีความเกี่ยวข้องโดยตรง กับการความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี ตลอดช่วงชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายและไปรับการตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจน ขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีข้อสงสัย เกี่ยวกับสุขภาพ 2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ โดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงาน ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันต่าง ๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่น การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การทำงาน บ้าน เป็นต้น 3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่าง ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา 5) การพัฒนาทาง จิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและพึง พอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถใน การพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อความรู้สึ กเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย และ 6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับ ความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) การพักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของ ร่างกาย

จากแนวคิดเกี่ยวกับความหมายและลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเพนเดอร์และแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ มาใช้ในการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกร โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกร ประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกษตรกรจะต้องมีความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับตนเอง

(Travi & Ryan, 1981. cited in Walker, 1987) และเป็นการกระทำให้มีความผาสุกของตนเอง และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ardell, 1986. cited in Walker, 1987) บุคคลต้องมีความรับผิดชอบเอาใจใส่สุขภาพของตนเองโดยเฉพาะเกษตรกรรมมักจะเลยในการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง และละมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ วอล์คเกอร์ (Walker, 1987) เสนอแนะถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพว่าประกอบด้วยความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การศึกษาข้อมูลทางสุขภาพ การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การตรวจสุขภาพทั่วไปเป็นประจำทุกปีอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ทันทีที่พบสิ่งผิดปกติ หรือการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 2) โภชนาการ เป็นการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ ภาวะโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดีและมีบทบาทที่จำเป็นอย่างยิ่งในการฟื้นฟูและการป้องกันโรค (Peggy & Judith, 1997) ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการบริโภคอาหารที่เป็นที่ยอมรับมี 2 ประการ ดังนี้ 2.1) การบริโภคอาหารหลาย ๆ อย่างในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สำหรับประเทศไทยได้ให้ข้อปฏิบัติแนวทางการบริโภคอาหารของคนไทยไว้ 9 ข้อ โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในเกษตรกรได้ดังนี้ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว, รับประทานอาหารข้าวเป็นอาหารหลัก สลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ, รับประทานพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ, รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ, ดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย, รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร, หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด, รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน, งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2.2) การบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้การมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) 3) การทำกิจกรรมกายและการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายโดยอาศัยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญหรือใช้พลังงาน และเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (Jones & Jones, 1997) การออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การนั่ง การยืน ซึ่งต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีหรือมากกว่าจนกระทั่งรู้สึกหายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเกิดความล้า และปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อย 3 ครั้งต่อ

สัปดาห์ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะ
 เกษตรกรที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และช่วยลดความเสี่ยงของร่างกาย ลดอัตรา
 เสี่ยงของโรคที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น 4) การจัดการกับความเครียด การ
 จัดการกับความเครียดเป็นการกระทำหรือปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด มี
 การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การใช้เวลาว่างที่เหมาะสม และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
 จากการศึกษาที่เกษตรกรต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกษตรกร
 เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดจะส่งผลให้เกษตรกรมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง อาจเกิดความ
 ผิดปกติทางจิตรุนแรงได้ (Pender, 1996) การปล่อยให้เกิดความเครียดโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะ
 ก่อให้เกิดความรู้สึกหมกมุ่นคุณค่าในตนเอง ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง ในที่สุดรู้สึกหมดหวังจนไม่
 อยากมีชีวิตอยู่ถึงขั้นฆ่าตัวตาย (Christ & Hohloch, 1988) ดังนั้นเกษตรกรจึงควรทราบสิ่งที่ทำ
 ให้เกิดความเครียดเพื่อที่จะหลีกเลี่ยง ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องรู้จักการจัดการกับความเครียดเพื่อ
 ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดโดยการ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่น
 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การเพิ่มความคงทนต่อความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย
 การรู้จักหาทางออกที่เหมาะสม เป็นต้น การหาวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น วิธีผ่อน
 คลาย การทำสมาธิ เป็นต้น 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการ
 กระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคล
 อื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้เกษตรกรได้รับประโยชน์หรือการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การลด
 ความตึงเครียด หรือช่วยแก้ปัญหาและสภาพการต่าง ๆ เป็นต้น การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคล
 อื่นของเกษตรกร ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือสังคม รวมถึงบุคลากรทางด้าน
 สุขภาพ จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น คำปรึกษา ซึ่งสามารถนำไปแก้ไขปัญหา
 ที่เกษตรกรเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender,
 1996) และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจ
 เหนือตนเอง ซึ่งการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเอง ก่อให้เกิด
 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความพึงพอใจในความสำเร็จแก่ตนเอง และภาคภูมิใจในความสำเร็จ
 ของตนเอง รวมถึงความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้พบกับความสงบสุขในชีวิต ทั้งนี้การ
 มีเป้าหมายถึงการพัฒนาจิตของบุคคลโดยผ่านสิ่งที่นอกเหนือธรรมชาติ (transcending) การ
 ติดต่อ (connecting) และพัฒนาการ (developing) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ จะทำให้บุคคล
 รู้สึกถึงความสมดุลของตนเองในอันที่จะนำมาซึ่งความสงบสุข และเปิดกว้างในการรับสิ่งใหม่ ๆ

เกิดความคิดสร้างสรรค์ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับสิ่งต่าง ๆ ในโลก และการพัฒนา
 เกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมายในชีวิตและการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Walker ,
 1987)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้อง

ประภา ลิ้มประสูตร, แอนน์ สารจินดาพงศ์, วงเดือน สุวรรณศิริ และคณะ (2543)
 ทำการวิจัยเรื่อง “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก”
 โดยศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก รวมทั้ง
 ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม
 สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะ
 สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 762 คน ที่เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลาย
 ขั้นตอน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต
 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างค่าตัวแปร
 ที่ศึกษา และหาค่าความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1)ภาวะสุขภาพ 1.1)ระดับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน
 กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงและปานกลาง โดยภาวะสุขภาพทางกายส่วนใหญ่
 ใหญ่อยู่ในระดับสูง ภาวะสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่อยู่ใน
 ระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง และระดับต่ำมีจำนวนน้อย 1.2)ปัญหาสุขภาพที่พบมากใน
 ผู้สูงอายุได้แก่ ปัญหาสุขภาพฟัน อาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ปัญหา
 ที่พบในผู้สูงอายุจำนวนน้อย ได้แก่ ปัญหาต้อหินมีวลกายมากและน้อยกว่าปกติ ความดันโลหิตสูง
 ความพิการทางตา หู และการเคลื่อนไหว 2)พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2.1)ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง 2.2)ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพ พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้
 อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการมีพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .01 และสามารถร่วมกันทำนายการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 42.1 โดยปัจจัย
 ที่มีค่าการทำนายได้ดีที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ไพจิตรดา ล้อสกุลทอง(2545) ทำการวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน" โดยศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัววนนคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 180 ราย ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และในแต่ละด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สำหรับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและในแต่ละมิติ คือ 1) มิติสุขภาพกาย 2) มิติสุขภาพจิตใจ 3) มิติสุขภาพสังคม อยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=.522$, $p<.01$)

เบญจมาศ เจริญสุข (2541) ทำการวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี" โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนวัยกลางคน โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนในการเลือกประชาชนวัยกลางคนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าประชาชนวัยกลางคนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการออกกำลังกายและการใช้บริการทางสุขภาพ ปัจจัยปรับเปลี่ยน และปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้มีอิทธิพล สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนได้ร้อยละ 53.5 โดยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ปัจจัย

ด้านสถานการณ์ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนและอาชีพตามลำดับ

สกุลรัตน์ ศิริกุล(2544) ทำการวิจัยเรื่อง "การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์" โดยศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งแบ่งเป็นสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือนและระยะหมดประจำเดือน เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างสตรีทั้ง 2 กลุ่ม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีทั้ง 2 กลุ่ม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุตั้งแต่ 40 - 68 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2542 จำนวน 214 คนแบ่งเป็นสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือน และสตรีระยะหมดประจำเดือน กลุ่มละ 107 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างผลการวิจัยพบว่า สตรีระยะใกล้หมดประจำเดือน และสตรีระยะหมดประจำเดือนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากในด้านการบรรลุความสำเร็จในชีวิตและด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีในด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือนและสตรีระยะหมดประจำเดือนไม่มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือนและสตรีระยะหมดประจำเดือนโดยรวมและรายด้านไม่มีความแตกต่างกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของสตรีทั้ง 2 กลุ่ม แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเฉพาะในกลุ่มสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือน ($r = -.32, p < .01$)

วาสนา สารการ (2544) ทำการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป" โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม เมื่อพิจารณา

รายด้านพบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และโภชนาการ ส่วนด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม 2) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 17.40 ($p < .01$)

จินตนา ศรีภักดิ์ และคณะ (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณเอ็นไซม์ โคลินเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกร" โดยดำเนินการศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอป่าตอง จังหวัดยโสธร พบว่าพฤติกรรมการใช้และป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ยังคงเป็นปัญหาคือ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เกษตรกรมีการใช้สารเคมีหลายชนิด และใช้ในอัตราที่มาก รวมทั้งไม่ศึกษาถึงวิธีการใช้สารเคมีที่ถูกต้อง เช่น การใช้มือเปล่ากรนผสมสารเคมี

ศิริการญจน์ ชิวเรืองโรจน์ และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับสารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมทของอำเภอธาตุพนม" โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มปลอดภัยและกลุ่มเสี่ยง พบว่า สารเคมีที่เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงนิยมใช้ เป็นสารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมท พบว่ามีผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงร้อยละ 22 และจากการศึกษาพบว่า ความรู้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อยมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเกษตรกรมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติตามหลักวิชาการซึ่งค่อนข้างยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย ได้สรุปสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาอาชีวอนามัยภาคเกษตรกรรมของประเทศไทย พบว่า ความสำคัญของการเกษตรกรรมต่อเศรษฐกิจโดยรวมมีแนวโน้มที่ลดลง แต่อย่างไรก็ตามเศรษฐกิจของภาคเกษตรกรรมก็ยังมีอัตราการเจริญเติบโตเฉลี่ยประมาณร้อยละ 3 ต่อปี ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) การใช้สารกำจัดศัตรูพืชในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม พบว่าผู้ถือครองที่ปลูกพืชของภาคกลางมีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดร้อยละ 68.9 ภาคเหนือร้อยละ 54.7 ภาคใต้ร้อยละ 36.7 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 33.3 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาจำนวนถึงครัวเรือนเกษตรกรแล้ว ภาคเหนือมีครัวเรือนเกษตรกรมากกว่าภาคกลางมากคือเท่ากับ 1,435,472 และ 269,273 ครัวเรือน ตามลำดับ หรือประมาณ 5 เท่า ดังนั้น ครัวเรือนเกษตรกรในภาคเหนือจึงยังมีแนวโน้มการเสี่ยงต่อการใช้สารกำจัดศัตรูพืชมากกว่าทุก ๆ ภาคของประเทศ

ธวัช ปทุมพงษ์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาการณรงศ์ลดอันตรายจากสารกำจัดศัตรูพืชของกิ่งอำเภอสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกรในพื้นที่การณรงศ์ฯ ส่วนใหญ่อายุ 30 - 49 ปี เท่ากับร้อยละ 55.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 76.3 และเกษตรกรส่วนใหญ่ปลูกยาสูบ ร้อยละ 94.2

ศุภย์อนามัยสิ่งแวดล่อมเขต 1 นนทบุรี ได้ประเมินผลงานการณรงศ์ลดอันตรายจากสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรประจำปี 2537 ในพื้นที่ 5 จังหวัดของเขต 1 พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่จบประถมศึกษาร้อยละ 89.9 ประกอบอาชีพทำนาร้อยละ 82.9 การศึกษาพฤติกรรมขณะฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า สวมเสื้อคลุมร้อยละ 54.5 สวมหน้ากากร้อยละ 43.1 สวมถุงมือร้อยละ 37.4 สวมรองเท้ายางร้อยละ 22.8 สวมหมวกร้อยละ 56.9 เกษตรกรที่ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันมีร้อยละ 27.6 และมีพฤติกรรมอยู่เหนือลมขณะฉีดพ่นร้อยละ 87.7

ศุภย์อนามัยสิ่งแวดล่อมเขต 5 นครราชสีมา ได้ประเมินผลงานการณรงศ์ปี 2537 ในพื้นที่เขต 5 พบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมขณะฉีดพ่น ด้วยการสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ร้อยละ 70.8 สวมหน้ากากร้อยละ 6.7 สวมถุงมือร้อยละ 27.9 สวมรองเท้ายางร้อยละ 56.2 เกษตรกรอยู่เหนือลมขณะฉีดพ่นร้อยละ 74.9 ข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกร พบว่า มีอายุ 36 - 45 ปี ร้อยละ 33.9 รองลงมา 26 - 35 ปี ร้อยละ 28.9 ประกอบอาชีพทำไร่สวนผสม ร้อยละ 62.3 ทำนา ร้อยละ 32.8 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 95.5

อุทก วีระวัฒนศักดิ์ และคณะ (2539). ได้ศึกษาปัจจัยก่อให้เกิดสารกำจัดศัตรูพืชตกค้างในเกษตรกรของจังหวัดพิจิตร ซึ่งเกษตรกรที่ศึกษาส่วนใหญ่ปลูกข้าวร้อยละ 61.0 พบว่า เกษตรกรใช้สารกำจัดศัตรูพืชสูงถึงร้อยละ 97.5 มีพฤติกรรมเลือกเวลาฉีดพ่นถูกต้องร้อยละ 89.7 ปฏิบัติตนขณะผสมสารถูกต้องร้อยละ 63.0 เลือکتิศทางลมถูกต้องร้อยละ 68.3 สวมถุงมือยาง ร้อยละ 23.3 สวมหน้ากากร้อยละ 18.3 สวมรองเท้าร้อยละ 21.3 สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความเสี่ยงของปริมาณเอ็นโซมีเอสเตอเรสในร่างกายเกษตรกรพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ชนิดของพืชที่ปลูก ทักษะคติในการใช้สาร การเลือกซื้อสาร ทิศทางลมขณะฉีดพ่น และระยะเวลาในการเก็บเกี่ยว

ศุภย์อนามัยสิ่งแวดล่อมเขต 9 พิษณุโลก ได้ประเมินผลเกษตรกรในพื้นที่การณรงศ์ลดอันตรายจากสารกำจัดศัตรูพืช ประจำปี 2536 - 3537 จำนวน 269 คน รวม 6 จังหวัด 6 อำเภอ 6 ตำบล 18 หมู่บ้าน พบว่า เกษตรกรมีอายุในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.6 รองลงมา 31 - 40 ปี ร้อยละ 25.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 89.2 ประกอบอาชีพทำนาร้อยละ 54.7 ไร่และทำนาร้อยละ 21.6 พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากการ

ใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า สวมหมวกร้อยละ 54.1 สวมเสื้อคลุมร้อยละ 49.0 สวมรองเท้าร้อยละ 41.3 สวมหน้ากากร้อยละ 26.6 ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันร้อยละ 17.1 อยู่เหนือลมขณะฉีดพ่นร้อยละ 68.8 และเกษตรกรมีความรู้ถูกต้องในการใช้สารร้อยละ 88.5 ขึ้นไป

สมชาย นาคะพินธุ และคณะ (2537) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนผัก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เกษตรกรร้อยละ 90 มีการป้องกันอันตรายจากพิษของสารเคมีที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม นอกจากนั้นในบางส่วนยังไม่มีการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีเลย อีกทั้งการเลือกชนิดการใช้สารเคมีมาใช้และประมาณความเข้มข้นของสารเคมีที่ใช้ เกษตรกรหลายรายยังเข้าใจว่าการใช้สารเคมีชนิดที่มีฤทธิ์ฆ่าสูงหลายชนิดผสมกันจะทำให้ประสิทธิภาพของสารเคมีมีมากขึ้น จึงทำให้เกิดการดื้อยาของแมลงรุ่นต่อไป ดังนั้นสารเคมีที่ใช้อยู่เดิมจึงใช้ไม่ได้ผลหรือต้องเพิ่มความเข้มข้นขึ้นไปอีก สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร สิ่งแวดล้อมและผู้บริโภค

ดาวุฒิ ฝาสันเทียะ (2540) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานในเขตจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 69.9 เพศชายร้อยละ 30.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 33 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 34.8 จบประถมศึกษาตอนต้น รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4,500 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ร้อยละ 35.9 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน อาชีพส่วนมากประกอบอาชีพเกี่ยวกับการค้าร้อยละ 16.6 ซึ่งเท่ากับประกอบอาชีพเกษตรกรรม แต่มีผู้ที่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 34.1 โดยกำลังศึกษามากที่สุด ร้อยละ 59.5 สถานภาพการทำงานส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 เป็นลูกจ้างเอกชน ความชุกของภาวะการเจ็บป่วยเท่ากับร้อยละ 44 ในเขตเทศบาลใกล้เคียงกับนอกเขตเทศบาลเท่ากับ ร้อยละ 14.1 มีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 28.3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษาสูงสุดที่ $p < 0.005$ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุดที่ $p < 0.005$ และลักษณะและประเภทของงานที่ทำที่ $p < 0.001$ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพการสมรสที่ $p < 0.01$ สถานภาพการทำงานที่ $p < 0.05$ และลักษณะและประเภทของงานที่ทำที่ $p < 0.001$ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพการทำงานที่ $p < 0.05$ และลักษณะและประเภทของงานที่ทำที่ $p < 0.001$ ตัวแปรที่สัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษาที่ $p < 0.005$ และสถานภาพการทำงานที่ $p < 0.05$

อรรถวรรณ น้อยวัฒน์ (2546) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า มีบุคลากรจำนวน 820 คน เป็นเพศชาย : เพศหญิง (1:4.5) มีอายุเฉลี่ย 33.8 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 30 - 34 ปี (ร้อยละ 26.6) นับถือศาสนาพุทธ 360 คน (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือศาสนาคริสต์ 192 คน (ร้อยละ 23.5) ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 471 คน (ร้อยละ 58.1) ทักษะคิดอยู่ระดับดี 606 คน (ร้อยละ 74.7) ส่วนมากมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี 635 คน (ร้อยละ 79.9) และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 39.4 และ 38.0 ตามลำดับ ผลการตรวจร่างกายพบว่าส่วนมากดัชนีมวลกายมีผลผิดปกติ(น้อยกว่า 20 และสูงกว่า 25) ร้อยละ 46.7 ความดันโลหิตผิดปกติ (Systolic/Diastolic มากกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 12.3 ผลตรวจเอกซเรย์ปอดผิดปกติร้อยละ 1 ส่วนในบุคลากรที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด มีผล ผิดปกติ (สูงกว่า 110) ร้อยละ 7.3 คอเลสเตรอลผิดปกติ (สูงกว่า 250 mg/dl) ร้อยละ 48.8 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพ พบว่า อายุ ตำแหน่งหน้าที่การงาน ปริมาณงาน และการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540, หน้า 51 – 52) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยที่

อสม. เพศหญิง ปฏิบัติงานมากกว่า อสม. เพศชาย

อสม. ที่มีการศึกษาสูง ปฏิบัติงานมากกว่า อสม. ที่มีการศึกษาต่ำ

อสม. ที่มีรายได้ต่อเดือนสูง ปฏิบัติงานมากกว่า อสม. ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับมากของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ได้แก่ อสม. ต้องค้นหาปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน และวางแผนแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการสำรวจ จปฐ / และแนะนำทำความเข้าใจในแบบสรูป จปฐ. 1 ให้แก่ชาวบ้าน กระตุ้นให้ทุกคนในหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ได้แก่ ปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการเยี่ยมเยียนดูแลการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือกรรมการสภาตำบล ให้ความร่วมมือสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับน้อย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับอสม. ต้องเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ของหมู่บ้าน

2. งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

เพนเดอร์และคณะ (Pender, Walker, Sechrist, Stromborg 1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยด้านพฤติกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง จำนวน 589 คน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ 4 ปัจจัย และปัจจัยร่วม 2 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการ

Duffy, Rossow and Hernandez (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานสตรีชาวแม็กซิกัน - อเมริกัน ที่มีอายุ 19 - 70 ปี จำนวน 397 คน ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานสตรีชาวแม็กซิกัน - อเมริกัน

Speake, Cowart and Pellet (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 297 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ มีความสัมพันธ์และเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์วิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ส่วนปัจจัยด้านประชากร มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

Duffy (1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน โดยศึกษาในสตรีวัยกลางคน อายุ 35 - 56 ปี ที่เป็นลูกจ้างในมหาวิทยาลัยทางตะวันตกเฉียงใต้ของรัฐเท็กซัส จำนวน 262 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน

ด้านสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

Fleetwood (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคระบบหลอดเลือด ค่านิยมทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคระบบหลอดเลือดในเรื่องการควบคุมไขมัน ในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การใช้น้ำดื่มกำเริบ การรับรู้ประโยชน์การควบคุมสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคระบบหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ใหญ่

Ferry (1991 อ้างถึงใน รุ่งศรี ยุ่งทอง, 2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ สนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และค่านิยมทางสุขภาพ กับการตั้งใจให้มี สุขภาพดี โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำนวน 52 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่านิยมทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ และการสนับสนุนทาง สังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งใจให้มีสุขภาพดี และเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกัน พยากรณ์แรงจูงใจให้มีสุขภาพดีของผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มนี้ได้อย่างละ 32

Murdaugh and Hinshaw (1986) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้คุณค่าต่อ สุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย กับการปฏิบัติกิจกรรมการ ออกกำลังกายของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 22 - 83 ปี ผลการวิจัยพบว่า การให้คุณค่าต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย และเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การ ปฏิบัติกิจกรรมการ ออกกำลังกายได้

Martin and Cottrell (1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การให้ คุณค่าต่อสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น โดยศึกษาในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัย อายุ ระหว่าง 17 - 29 ปี จำนวน 83 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นให้คุณค่าต่อสุขภาพในระดับปาน กลาง และการให้คุณค่าต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ เพื่อการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรตำบลบ้านนา อำเภอ วชิรขารมี จังหวัดพิจิตร ในด้านของภาวะสุขภาพผู้วิจัยศึกษาตามแนวทางขององค์การอนามัย โลกที่กล่าวว่าสุขภาพหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิต วิญญาณ หรือสภาวะที่สมบูรณ์ทุก ๆ ทางเชื่อมโยงกัน รวมกันเป็นคุณภาพชีวิต ในด้าน พฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพผู้วิจัยศึกษาตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาการทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด และได้กำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของเกษตรกร ตำบลบ้านนา อำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร"

จากกรอบแนวความคิดในการวิจัย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของเกษตรกร จังหวัดพิจิตร ซึ่งภาวะสุขภาพของเกษตรกรในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่

มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมและมิติทางด้านจิต
วิญญาณ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกร ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ พฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านการบริโภค
อาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับ
ความเครียด

