

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2542 - เมษายน 2543 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตบางรัก ที่ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่าง 5 ชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือหัวหน้าครอบครัว หรือคู่สมรส ครัวเรือนละ 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 400 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามารถสรุปผลการ ศึกษาได้ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เป็นเพศชาย 246 คน หญิง 154 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 38.5 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวนร้อยละ 23.0 อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 89 ปี อายุเฉลี่ย 47.09 ปี โดยประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 78.5 มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือไม่ได้เรียนและจบชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช. ร้อยละ 19.8 และ 15.7 ตามลำดับ

ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.0 มีอาชีพค้าขายหรือทำกิจการส่วนตัว อาชีพ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 28.5 และอยู่บ้านไม่ได้ทำงานร้อยละ 21.0 สำหรับรายได้ครอบครัวต่อ เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.0 รองลงมาคือ มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 33.0 ครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด คือ 1,500 บาท สูงสุด 180,000 บาท ส่วนข้อมูลการนับถือศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.2 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาคือศาสนาอิสลามและคริสต์ ร้อยละ 18.0 และ 2.8 ตามลำดับ

2. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ราชด้าน 6 ด้าน

2.1 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 400 คน ประมาณครั้งหนึ่งคือร้อยละ 50.7 ตอบว่าได้ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน ร้อยละ 45.2 รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงทุกวัน และ พบว่ามีจำนวนถึงร้อยละ 43.5 ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 4-6 วันใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ

33.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีการดื่มมนวันละ 1-2 แก้ว เพียง 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์ และพบกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 32.7 ไม่เคยดื่มมนเลย

สำหรับการรับประทานอาหารมือเช้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวนถึงร้อยละ 46.7 มีการรับประทานอาหารเช้าทุกวัน ร้อยละ 50.7 มีการรับประทานครบทั้ง 3 มื้อใน 1 วัน ส่วนการปรุงรสอาหารให้หวาน/เค็มขึ้นกว่าเค็ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 49.2

2.2 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.0 ไม่สูบบุหรี่ รองลงมาคือ สูบนาน ๆ ครั้ง (ประมาณ 1-3 ครั้งต่อเดือน) และสูบประจำทุกวัน ร้อยละ 16.2 และ 14.0 ตามลำดับ

ในรายที่สูบบุหรี่ ซึ่งพบว่ามีจำนวนถึง 168 คน มีการสูบบุหรี่มานาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี ในจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 36.9 ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.4 สูบบุหรี่วันละ 1-5 มวน และร้อยละ 38.7 สูบบุหรี่วันละ 6-10 มวน สัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเพศชาย : หญิง เท่ากับ 5.7 : 1

2.3 พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 62.2 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รองลงมาร้อยละ 22.3 จะดื่มนาน ๆ ครั้ง (เดือนละ 1-3 ครั้ง) มีเพียงร้อยละ 11.7 ที่ดื่มบ่อยครั้ง และร้อยละ 3.8 ดื่มเป็นประจำทุกวัน

เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ดื่มจำนวน 151 คน พบว่ามีการดื่มเบียร์มากที่สุดถึงร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ ดื่มสุรา ชาดองเหล้า ร้อยละ 25.1 และ 17.9 ตามลำดับ สำหรับปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 46.4 ดื่มครั้งละ 4-6 แก้ว และดื่มครั้งละ 1-3 แก้ว ร้อยละ 43.0 เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่าง เพศชาย : หญิง พบว่ามีสัดส่วนเท่ากับ 4.8 : 1

2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา

จากจำนวนตัวอย่าง 400 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.7 มีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ รองลงมาร้อยละ 33.3 ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเลย เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มที่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 267 คน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 ใช้เวลาออกกำลังกายแต่ละครั้งนาน 20-30 นาที รองลงมาคือ ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที ร้อยละ 36.0 มีเพียงร้อยละ 22.8 เท่านั้นที่ออกกำลังกายมาก

กว่า 30 นาทีต่อครั้ง เมื่อพิจารณาสัดส่วนเพศชาย : หญิง ที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา พบว่ามีสัดส่วนประมาณ 2 : 1

2.5 พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด

จากการวิเคราะห์ พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ในแต่ละด้านที่ปฏิบัติ พบว่า ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปทำบุญ ฟังเทศน์ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ส่วนใหญ่คือร้อยละ 34.0 ได้มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และมีถึงร้อยละ 12.3 ที่ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาดังกล่าวเลย ในด้านการระบายความรู้สึก หรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับคนใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.2 ตอบว่ามีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้น ที่มีการระบายความรู้สึกหรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับคนใกล้ชิดทุกครั้ง ในด้านการผ่อนคลายภาวะเครียด ด้วยการออกกำลังกายหรือออกแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 53.2 ไม่เคยปฏิบัติ รองลงมาคือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

พฤติกรรมการระบายความเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งของ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.5 ไม่ได้ปฏิบัติ และพบเพียงร้อยละ 1.0 เท่านั้น ที่มีการระบายความเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งของทุกครั้ง สำหรับการแยกตัวอยู่คนเดียว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 43.7 ตอบว่า มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง รองลงมาคือไม่ได้ปฏิบัติเลย ร้อยละ 41.8 ในด้านพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดในการเลิกคิดที่จะแก้ปัญหาเพราะรู้สึกท้อแท้หมดหวัง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.0 มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง รองลงมาคือไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 39.2 และพฤติกรรมการพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.2 ไม่เคยปฏิบัติ รองลงมาคือ มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 30.5

2.6 พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

การวิเคราะห์พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพเลย ถึงร้อยละ 35.0 และพบเพียงร้อยละ 33.0 ที่ไปรับการตรวจสุขภาพทุก 3-5 ปี มีเพียงร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่ไปตรวจสุขภาพทุกปี

การไปรับการตรวจฟันจากทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.0 ไม่เคยไปรับการตรวจเลย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.5 ที่ไปตรวจฟันทุก 3-5 ปี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.3 เท่านั้น ที่ไปตรวจฟันทุกปี

เมื่อแยกเป็นกลุ่มอายุพบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ต่ำกว่าผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและอายุน้อยกว่า 40 ปี (ตารางที่ ผ.1)

3. ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้

3.1 คะแนนเฉลี่ยและระดับความเหมาะสม ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 8 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 400 คน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับปานกลาง (พิสัยคะแนน 160-399 คะแนนเฉลี่ย 258.21 ± 35.11) และเมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ 52.5 มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 40.5 ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก และไม่เหมาะสม พบว่ามีจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 3.3 และ 3.7 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี (พิสัยคะแนน 40-135 คะแนนเฉลี่ย 100.78 ± 16.70) และเมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 36.0 มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านนี้ในระดับดี รองลงมาคือ ดีมาก ปานกลาง และไม่เหมาะสม ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (พิสัยคะแนน 5-20 คะแนนเฉลี่ย 15.91 ± 5.54) แต่เมื่อพิจารณาระดับความเหมาะสม ของการปฏิบัติพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.0 พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก รองลงมาคือ ดี ไม่เหมาะสม และปานกลาง ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดีมาก (พิสัยคะแนน 5-20 คะแนนเฉลี่ย 17.15 ± 4.20) และเมื่อเปรียบเทียบ ระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านนี้ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ดี ปานกลาง และไม่เหมาะสม ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับ ไม่เหมาะสม (พิสัยคะแนน 25-100 คะแนนเฉลี่ย 46.31 ± 18.89) แต่เมื่อพิจารณาระดับ การปฏิบัติพฤติกรรมด้านนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 51.7 มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ไม่เหมาะสม ดี และดีมากตามลำดับ

การจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี (พิสัยคะแนน 39-84 คะแนนเฉลี่ย 58.97 ± 7.49) และเมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.4 มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านนี้ในระดับดี รองลงมาคือ ปานกลาง ดีมาก และไม่เหมาะสมตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในระดับไม่เหมาะสม (พิสัยคะแนน 10-40 คะแนนเฉลี่ย 19.11 ± 8.93) และเมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.0 มีการปฏิบัติ ไม่เหมาะสม รองลงมาคือ ปานกลาง ดีมากและดีในจำนวนเท่ากัน ตามลำดับ

3.2 คะแนนเฉลี่ยและระดับของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (พิสัยคะแนน 5-21 คะแนนเฉลี่ย 14.49 ± 2.80) และเมื่อเปรียบเทียบระดับของความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 67.0 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงและต่ำ ร้อยละ 24.0 และ 9.0 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง คือ มีเจตคติไม่แน่ใจระหว่างค่านบวกและลบ (พิสัยคะแนน 44-81 คะแนนเฉลี่ย 60.78 ± 6.49) และเมื่อเปรียบเทียบระดับของเจตคติต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 มีเจตคติต่อสุขภาพในทิศทางไม่แน่ใจ รองลงมาคือ เจตคติในทิศทางบวก ร้อยละ 19.8 และจากการศึกษานี้ ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อสุขภาพในทิศทางลบ

ในด้านค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง คือ มีค่านิยมพอใช้ (พิสัยคะแนน 23-48 คะแนนเฉลี่ย 33.00 ± 5.15) และเมื่อเปรียบเทียบระดับของค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีค่านิยมพอใช้ รองลงมาคือมีค่านิยมดี ร้อยละ 21.0 และมีค่านิยมไม่ดี ร้อยละ 10.5

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู้ทางด้านสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (พิสัยคะแนน 35-72 คะแนนเฉลี่ย 53.27 ± 5.95) และเมื่อเปรียบเทียบระดับของความเชื่อและการรับรู้ทางด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.7 มีความเชื่อและการรับรู้ทางด้านสุขภาพในระดับสูง รองลงมาคือ ปานกลางและต่ำ ร้อยละ 46.0 และ 0.3 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ทุกด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ปัจจัย อยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ตามคุณลักษณะด้านประชากร

วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการนับถือศาสนา ($p < .05$)

เมื่อแยกวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านแตกต่างกัน ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่อายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านแตกต่างกัน ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3 ด้านคือ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณาตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านแตกต่างกัน ($p < .05$) ในขณะที่ผู้ที่มิวายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน 2 ด้านคือ การรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี ($p < .05$)

ตัวแปรด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านแตกต่างกัน ยกเว้นการสูบบุหรี่ และการตรวจสุขภาพประจำปี ($p < .05$)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมทั้ง 6 ด้าน พบว่า คำนิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยที่ความสัมพันธ์แปรผันในทิศทางเดียวกัน และระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ($r_s = 0.612$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้อื่น ๆ พบว่า ความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.038$) แต่ความสัมพันธ์แปรผันในทิศทางตรงข้ามกัน และระดับความสัมพันธ์ต่ำ ($r_s = -0.159$ และ -0.104 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู้พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .150$)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกัน ของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ทั้ง 4 ปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่

1. ความรู้ทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับเจตคติ ความเชื่อและการรับรู้ โดยมีความสัมพันธ์แปรผันในทิศทางเดียวกัน ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ($r_s = 0.423$ และ 0.502 ตามลำดับ)

2. เจตคติต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและการรับรู้ ความสัมพันธ์แปรผันในทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r_s = 0.475$)

3. คำนิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ ความเชื่อและการรับรู้ ความสัมพันธ์แปรผันในทิศทางตรงข้ามกัน และความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r_s = -0.101$)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ พบว่า

1. ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ($p = .029, .000$ และ $.000$ ตามลำดับ)
2. เจตคติต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับเพศ อาชีพ และศาสนา ($p = .013, .000$ และ $.000$ ตามลำดับ)
3. ค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับเพศ อาชีพ รายได้ของครอบครัว และศาสนา ($p = .001, .008, .006$ และ $.000$ ตามลำดับ)
4. ความเชื่อและการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และศาสนา ($p = .006, .045, .000$ และ $.000$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

1.1 เพศ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 61.5 ขณะที่ร้อยละ 38.5 เป็นเพศหญิง เนื่องจากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด โดยมีหน่วยศึกษา (Study Unit) เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือหัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรส ดังนั้นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจึงถือตามลำดับความสำคัญ และในสังคมไทย หัวหน้าครัวเรือนหรือหัวหน้าครอบครัวมักเป็นเพศชาย

1.2 อายุ

ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 30-59 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม 2537 พบว่าโครงสร้างอายุของประชากร ในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ส่วนมากเป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ประมาณร้อยละ 69⁽¹¹⁰⁾ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุดคือ 19 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จากต่างจังหวัดมาเช่าบ้านอยู่อาศัย อายุสูงสุด 89 ปี อยู่ในชุมชนวัดม่วงแคและมีสภียศฮารูณ ยังสามารถทำงานรับจ้างทั่วไปได้ และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

1.3 สถานภาพสมรส

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.2) เนื่องจากหน่วยศึกษาที่ถูกสัมภาษณ์ เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือหัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรส

1.4 ระดับการศึกษา

ในด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่บ้านมากที่สุดในช่วงระยะเวลาที่ไปสัมภาษณ์ ผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา จะออกไปทำงานนอกบ้านตอนกลางวัน และเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า มีถึงร้อยละ 97.2 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี แสดงให้เห็นว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ จากข้อจำกัดด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2537 เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของประชากรในชุมชนแออัดและประชากรทั่วไปในกรุงเทพมหานคร พบว่าประชากรทั่วไปจะมีสัดส่วนผู้สำเร็จระดับมหาวิทยาลัยสูงกว่าประชากรในชุมชนแออัดมากกว่า 2 เท่า (ร้อยละ 18 และ 8 ตามลำดับ)⁽¹¹⁰⁾

1.5 อาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 36.0 ประกอบอาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป และอยู่บ้านไม่ได้ทำงานรวมถึงเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 28.5 และ 21.0 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 14.2 เท่านั้น ที่เป็นพนักงานบริษัท และรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสอดคล้องกับระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2537 พบว่าอาชีพของประชากรในชุมชนแออัด ส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย และช่าง (ร้อยละ 23 และ 20) และเมื่อแยกตามหมวดอาชีพ พบว่าเพศชายมีอาชีพเป็นพนักงานขับรถยนต์ เช่น ขับรถบรรทุก รถแท็กซี่ รองลงมาคือ ช่างประเภทต่างๆ เช่น ช่างทาสี ช่างไม้ ในเพศหญิงส่วนมากจะประกอบอาชีพหาบเร่ ช่างตัดเสื้อผ้ารับมาทำที่บ้าน อาชีพที่ประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนแออัดทำมักเป็นอาชีพที่ไม่ค่อยใช้ความรู้ทางวิชาการ แต่ใช้ทักษะความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น ช่างต่างๆ นอกจากนี้การค้าขายหาบเร่ยังเป็นอาชีพอิสระ ผู้ที่มีความรู้บ้างสามารถทำได้ และมีการลงทุนค่อนข้างต่ำ⁽¹¹⁰⁾

1.6 รายได้

เมื่อพิจารณารายได้ของครอบครัวต่อเดือนพบว่า ร้อยละ 81.5 ครอบครัวมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-20,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,104.58 บาท มีฐานรายได้ครอบครัวคือ 10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ เคยสำรวจพบว่า รายได้ต่อเดือนของประชากรในชุมชนแออัดเฉลี่ย 5,948 บาทต่อคนต่อเดือน โดยมีประชากรเฉลี่ย 6 คนต่อ 1 ครัวเรือน⁽¹¹⁰⁾ ดังนั้นจะเห็นว่า ผู้มีรายได้ต้องรับผิดชอบต่อผู้ไม่มีงานทำค่อนข้างมาก จะเห็นว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานในการศึกษานี้ มีถึงร้อยละ 21.0 ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว ชาวชุมชนแออัดไม่ใช่เป็นคนยากจนส่วนใหญ่ของประชากรเมือง เพราะเป็นคนที่มียาไ้ระดับกลางอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเขตบางรัก เป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตชั้นในของกรุงเทพมหานคร มีการพัฒนาเป็นเขตเศรษฐกิจในทุกด้าน การดำเนินชีวิตของชาวบางรัก เป็นการดำเนินชีวิตเพื่อการทำมาหากิน โดยเฉพาะถนนสีลม ถนนสุรวงศ์ เป็นย่านที่ตั้งของสำนักงานธุรกิจ ธนาคารพาณิชย์ สถาบันการเงิน โรงแรมชั้นหนึ่ง ภัตตาคาร ร้านค้า อาชีพส่วนใหญ่จึงเป็นการประกอบธุรกิจการค้า⁽⁸¹⁾ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดส่วนใหญ่ จึงประกอบอาชีพตามลักษณะของพื้นที่ เช่น ค้าขายทาบเว่รับจ้างทั่วไป มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.5 ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท และพบว่าร้อยละ 6.0 เท่านั้น ที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ครอบครัวที่มีรายได้สูงสุดในการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ 180,000 บาทต่อเดือน มีเพียง 2 ครอบครัว อยู่ในชุมชนซอยสองพระ และชุมชนซอยศรีเวียง ประกอบอาชีพทำกิจการส่วนตัว และหัวหน้าครอบครัวจบการศึกษาระดับปริญญาตรี

1.7 ศาสนา

ในด้านการนับถือศาสนาพบว่า มีทั้งศาสนาพุทธ อิสลามและคริสต์ (ร้อยละ 79.2, 18.0 และ 2.8 ตามลำดับ) เนื่องจากเขตบางรักเป็นเขตชั้นในที่มีความเจริญมาแต่เก่าก่อน เป็นศูนย์กลางทางการค้าที่สำคัญ มีผู้คนเข้ามาทำงาน ทำการค้า ติดต่อกิจการและทำธุรกิจเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยอยู่นอกเขตบางรัก บางส่วนที่อาศัยอยู่ในเขตบางรักจะเป็นการตั้งถิ่นฐานดั้งเดิมที่อยู่กันมานานแล้ว กลุ่มที่อยู่ตามชุมชนต่างๆ มักมาจากต่างจังหวัด หรือเขตอื่นในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากอยู่ใกล้แหล่งงาน แหล่งประกอบธุรกิจการค้า ชุมชนจึงมีหลายลักษณะ เช่น ชุมชนดั้งเดิม ชุมชนบุกรุก ชุมชนบ้านเช่า เป็นต้น⁽¹¹¹⁾ การนับถือศาสนาส่วนใหญ่พบว่านับถือศาสนาพุทธ มีบางชุมชนที่นับถือศาสนาคริสต์ เช่น ชุมชนซอยพิพัฒน์ ซึ่งตั้งอยู่ถนนคอนแวนต์ และกลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนวัดม่วงแคและมีฮิดฮารูณ ซึ่งตั้งอยู่ถนนเจริญกรุงริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา (ทั้ง 2 ชุมชนถูกสุ่มเข้ามาในการวิจัยครั้งนี้ด้วย) ชุมชนวัดม่วงแคและมีฮิดฮารูณ เป็นชุมชนดั้งเดิมตั้งมานานราว 176 ปี เริ่มจากชาวมุสลิมจากเปอร์เซีย และอินโดนีเซีย ต้องเรือมาตามแม่น้ำเจ้าพระยา เพื่อทำการค้าและเผยแพร่ศาสนา ได้ขึ้นฝั่งเข้าพักอาศัย

นานเข้าจึงจับจองเป็นการถาวร ต่อมารวมกลุ่มกันตั้งเป็นมัสยิดเล็ก ๆ ขึ้น ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา ชื่อ "มัสยิดอาวณ"⁽¹¹¹⁾

2. พฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง 400 คน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 11) และเมื่อพิจารณาระดับความเหมาะสม ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เหมาะสม ปานกลาง ดี ดีมาก) พบว่า ร้อยละ 52.5 มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 40.5 มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยเท่านั้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับดีมากและไม่เหมาะสม จำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 3.3 และ 3.7 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาเพ็ญ และคณะ⁽⁶⁴⁾ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน จำนวน 6,659 คน ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด 12 จังหวัด มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับที่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ และ Nasland GK.⁽⁷⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ของคนงานชาวสวีเดน อายุ 18-65 ปี จำนวน 1,359 คน มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มคนงาน แม่บ้าน เยาวชน รวมถึงประชาชนในชุมชนแออัด ยังอยู่ในระดับที่ไม่ที่น่าพอใจ มีหลายพฤติกรรมที่จะต้องดำเนินการแก้ไข และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน ในด้านการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี แต่การศึกษาของกนกวรรณ จันทรแดง⁽⁶⁶⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานีพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และ Lusk, Kerr และ Ronis (อ้างถึงในพิเชฐ เจริญเกษ)⁽⁷⁰⁾ ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือระดับบริหาร พนักงานชาย และคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ พบว่า ในระดับคนงานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น อาจเนื่องจากการศึกษานี้ ประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก อยู่ในแหล่งที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจใจกลางกรุงเทพมหานคร จึงสามารถหาแหล่งอาหารได้ง่าย ไม่ขาดแคลน

พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ จันทรแดง⁽⁶⁶⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน

พฤติกรรมด้านการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก มีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จึงเป็นมิติน่ายินดีว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน/หัวหน้าครอบครัว/คู่สมรส มีพฤติกรรมด้านนี้ในทางที่ดี

พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับไม่เหมาะสม มีร้อยละ 15 เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายในระดับดี-ดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ จันทรแดง⁽⁶⁶⁾

ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ และ Ahijevych และ Bernard⁽⁶⁹⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายต่ำที่สุด ชัดแจ้งกับการศึกษาของ Pender, Walker, Sechrist, Stromborg⁽⁶⁷⁾ ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนงานในสถานประกอบการ พบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมีคะแนนสูงสุด เนื่องจาก ในสถานประกอบการ มีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ในขณะที่ชุมชนแออัดเขตบางรัก ไม่มีพื้นที่ว่างในการจัดบริการให้กับประชาชนได้มีการพักผ่อนและการออกกำลังกาย นันทนาการ และการประชาคมเมืองตามนโยบายของผู้บริหาร ด้านลานกีฬา ลานคนเมือง และสวนสาธารณะ⁽⁸¹⁾

พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ จันทรแดง⁽⁶⁸⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ชัดเจนกับการศึกษาของ Pender, Walker, Sechrist, Stromborg⁽⁶⁷⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของคนงานในสถานประกอบการ มีค่าคะแนนต่ำที่สุด การศึกษาทั้ง 3 รายงาน แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของวิถีการดำเนินชีวิต ในแต่ละลักษณะอาชีพ

พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่เหมาะสม มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น ที่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ในระดับดี-ดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ จันทรแดง⁽⁶⁸⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ควรได้รับการตรวจสุขภาพทุกปีพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีและ 60 ปีขึ้นไป (ตารางที่ ผ.1) ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มนี้ซึ่งเป็นวัยแรงงานเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพให้มากขึ้น

สัดส่วนของประชาชนในชุมชนแออัด ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง (ผลรวมการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับดีมาก-ดี ในตารางที่ 10) พบว่ามีจำนวนร้อยละ 43.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ⁽⁸³⁾ ที่พบว่าคนไทยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องโดยเฉลี่ยร้อยละ 47 และเมื่อแยกเป็นรายพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าสัดส่วนที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคือ ร้อยละ 68.0, 74.2, 84.6, 15.0, 82.0 และ 19.0 ตามลำดับ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.1 เพศ

การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงพบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าชายเพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 12) มีคะแนนเฉลี่ย 262.21 และ 255.71 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Muhlenkamp⁽⁶⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี, การศึกษาของ Lusk, Kerr และ Ronis (อ้างถึงในพิเชษฐเจริญเกษ)⁽⁷⁰⁾ ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือระดับบริหาร พนักงานชายและคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ และจากการศึกษาของ Tohnai S. และ Hata E.⁽⁸⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนอายุ 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหมู่บ้านชาวเขาและหมู่บ้านชาวประมง ทั้ง 3 การวิจัย พบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าชายเช่นเดียวกัน แต่การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัดเขตบางรัก พบว่า ระหว่างเพศชายและหญิง (ตารางที่ 15) มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .111$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล⁽⁶⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร สุกัญญา ไผทโสภณ⁽⁶²⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี Muhlenkamp⁽⁶⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี และ Felton GM., Parsons MA., Bartoces MG.⁽⁷²⁾ ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร : ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลการวิจัยทั้ง 4 เรื่อง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์เป็นรายพฤติกรรม โดยการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของเพศหญิงและชาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกด้าน ($p < .05$) ยกเว้น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ตารางที่ 15) จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ ผ.1) พบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าเพศชายทุกด้าน ยกเว้นการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวทางจิตใจ มีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างทางสรีระภาพในบุคคล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ดูแล จึงพบว่าเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย และควรมีการส่งเสริมให้เพศหญิงมีการออกกำลังกายให้มากขึ้น

2.2.2 อายุ

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 12) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มอายุต่าง ๆ (ตารางที่ 15) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .475$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วนลดา ทองใบ⁽⁶¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของ Ahijevych, Bernard⁽⁶⁹⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของทุกกลุ่มอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด (ตารางที่ 15) และจากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านที่มีความสัมพันธ์กับอายุ พบว่า กลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตรวจสุขภาพประจำปี สูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ดังนั้นการณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 3 ด้านนี้ ควรเน้นในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย น้อยกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับ การศึกษาของ จารุวรรณ เหมะธรร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ⁽¹¹²⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถทางด้านหน้าที่ร่างกาย และ การศึกษาของ Lusk, Kerr และ Ronis (อ้างถึงในพิเชษฐ เจริญเกษ)⁽⁷⁰⁾ ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือระดับบริหาร พนักงานขาย และคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ พบว่าคนที่อายุน้อย มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายดีกว่า แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมักไม่ค่อยออกกำลังกาย เมื่ออายุมากขึ้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมอื่นลดน้อยลง

2.2.3 สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอื่น (ตารางที่ ผ.1) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Muhlenkamp⁽⁶⁸⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี พบว่าคนโสดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .217$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahijevych, Bernard⁽⁶⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ และการศึกษาของ Lusk, Kerr และ Ronis (อ้าง

ถึงในพิเชฐ เจริญเกษ) ⁽⁷⁰⁾ ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือ ระดับบริหาร พนักงานชาย และคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่จากการศึกษาของ สุทธนิจ หุณฑสาร ⁽⁵⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี และ Shi L. ⁽⁷⁵⁾ ศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรและสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย (ตารางที่ 15) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่หรือแต่งงานแล้ว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่เป็นโสด หย่า/แยก หรือหม้าย ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากผู้ที่เป็นโสด จะเห็นว่าขัดแย้งกับสภาพที่ควรจะเป็นกล่าวคือ สถานภาพสมรส แสดงถึงความมีการฝึกกำลังในสังคมของบุคคล ถือว่าคนที่แต่งงานมีคู่ครอง จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผูกพันเป็นการมีภาวะการสนับสนุนทางจิตใจและทางสังคม ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ⁽⁷⁰⁾ คนที่แต่งงานจึงมักมีสุขภาพดีกว่าคนที่โสด ทั้งกาย จิต และสังคม

2.2.4 ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอื่น (ตารางที่ ผ.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lusk, Kerr และ Ronis (อ้างถึงในพิเชฐ เจริญเกษ) ⁽⁷⁰⁾ ศึกษารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของคนทำงาน 3 ระดับ คือระดับบริหาร พนักงานชายและคนงานในโรงงานผลิตรถยนต์พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า

จากการศึกษาในอดีต พบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ สุทธนิจ หุณฑสาร ⁽⁵⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี, Muhlenkamp ⁽⁶⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี และ Ahijevych, Bernard ⁽⁶⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ แต่จากการศึกษาของ Tohna S. และ Hata E. ⁽⁸⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนอายุ 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขา และหมู่บ้านชาวประมง พบว่า ตัวแปรด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ถึงแม้ในการวิจัยนี้จะพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .130$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า ระดับการศึกษามี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน ยกเว้น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา (ตารางที่ ผ.1) พบว่าผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี ต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับอื่นๆ ดังนั้นโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงต้องเน้นเป็นพิเศษในกลุ่มนี้ และเป็นกลุ่มที่พบเป็นส่วนใหญ่ในชุมชนแออัด ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มนี้ไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย จึงควรมีการให้ศึกษาชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี

2.2.5 อาชีพ

ผู้ที่รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่น (ตารางที่ ผ.1) รองลงมาคือนักศึกษา ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมต่ำสุด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Tohnai S. และ Hata E. ⁽⁸⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนอายุ 40 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขา และหมู่บ้านชาวประมง ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของ พนักงานบริษัท ชาวนา แม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าอาชีพส่วนตัว และชาวประมง ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะมีความแตกต่างกันของสภาพแวดล้อมในแต่ละประเทศ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบความสัมพันธ์ของอาชีพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของ สุทธนิจ หุณหสาร ⁽⁵⁹⁾ พบว่าอาชีพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ Ahijevych , Bernard ⁽⁶⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างอาชีพต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งโดยรวม และรายพฤติกรรม (ตารางที่ 15) และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านพบว่า พนักงานบริษัทมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการสูบบุหรี่ ต่ำที่สุด

ในด้านพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่านักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำที่สุด กลุ่มที่อยู่บ้านไม่ได้ทำงานพบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำที่สุดในด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของแต่ละอาชีพ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัด การดำเนินงานโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องคำนึงถึงกิจกรรมว่า ควรเน้น

ส่งเสริมพฤติกรรมด้านใดในกลุ่มที่มีอาชีพใด เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตรงเป้าหมาย และเกิดประสิทธิภาพ

แผนงาน/โครงการงานส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้เน้นการดำเนินงานแบบบูรณาการ โดยให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา และโครงสร้างของกรมอนามัยที่ปรับเปลี่ยนในแผนฯ ฉบับที่ 8 ก็เอื้อต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ⁽¹¹⁴⁾ โครงสร้างการบริหารแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แบ่งตามกลุ่มอายุที่เป็นเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะสามารถนำกิจกรรมต่าง ๆ ลงไปสู่เป้าหมายได้ง่ายขึ้น โดยอาศัยสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายอยู่ ได้แก่ ในชุมชน โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย ที่ทำงาน เช่น ตามหน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้น ผลจากการศึกษานี้ จะสามารถเป็นแนวทางได้ว่า ควรดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านใดในกลุ่มใด เช่น วรรณคดีเรื่องการเมืองไม่สงบหรือ และสนับสนุนให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในกลุ่มพนักงานบริษัท หรือวรรณคดีเรื่องการเมืองไม่สงบหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ในโรงเรียน สถาบันการศึกษา เป็นต้น

2.2.6 รายได้ของครอบครัว

ผู้ที่มีรายได้ครอบครัว มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอื่น (ตารางที่ ผ.1) และพบว่าครอบครัวที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิง หุณหสาร⁽⁵⁹⁾ พบว่ารายได้ของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนันทบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นุชระพี สุทธิกุล⁽⁶⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร และ Ahijevych , Bernard⁽⁶⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่าง รายได้ครอบครัว กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (ตารางที่ 15) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายพฤติกรรมพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี (ตารางที่ 15)

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านที่มีความสัมพันธ์กับรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำในด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง มีสิ่งทีเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตลอดจนการได้รับบริการมากกว่า

2.2.7 ศาสนา

ตัวแปรด้านศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของประชาชนในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยพบว่า กลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอื่น (ตารางที่ ผ.1) รองลงมาคือ คริสต์และอิสลามตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมแยกเป็นรายด้าน จะเห็นว่าผู้ที่นับถือศาสนาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ในด้านการรับประทานอาหาร แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าศาสนาอื่นอย่างชัดเจน ในด้านการจัดการกับความเครียด และการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากศาสนาอิสลามมีข้อห้ามเรื่องการดื่มสุรา ของมีเบ้า และมีความเคร่งครัดด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีการเผชิญภาวะเครียดได้ดีกว่า

ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าต่ำในด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำในด้านการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

สำหรับการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับตัวแปรด้านศาสนา พบว่า มีเพียงการศึกษาของ Muhlenkamp⁽⁶⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี พบว่า ความแตกต่างของการนับถือศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมรวมสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมรวมสุขภาพ ทดสอบโดย ทาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรวมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แต่เป็นความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r_s = -0.159$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วรลดา ทองใบ⁽⁶¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี การศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร⁽⁶⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

เจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรวมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$) แต่เป็นความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r_s = -0.104$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วรลดา ทองใบ⁽⁶¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี บุขระพี สุทธิกุล⁽⁶⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นความสัมพันธ์ทางบวก

การที่พบว่าความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับพฤติกรรมรวมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัย และประเมินปัจจัย/สาเหตุ ของพฤติกรรมรวมสุขภาพ ไม่สามารถที่จะประเมินเฉพาะตัวประชาชนหรือผู้รับบริการเท่านั้น เนื่องจากโดยสภาพความเป็นจริง และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ไม่ใช่มาจากตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ควรมองข้าม ต้องนำมาพิจารณาด้วย ตามแนวคิดของ Green และ Kreuter⁽⁶⁰⁾ ที่ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ที่ต้องมีการนำปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ระบบการให้บริการสุขภาพ (รวมถึงการจัดการให้บริการและพฤติกรรมของผู้ให้บริการด้วย) เพื่อใช้วินิจฉัยและประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมรวมสุขภาพ ในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ความรู้ และเจตคติเป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ซึ่งเป็นหนึ่งในแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model จึงเป็นข้อเสนอแนะว่า การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรได้มีการนำปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เข้ามาเป็นตัวแปรในการศึกษาด้วย เพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์และทรัพยากรที่จำเป็น ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในส่วนปัจจัยด้านค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่านิยมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และเป็นความสัมพันธ์ใน

ทิศทางเดียวกัน ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.812$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน มาหลายรายงาน เช่น สุทธิง หุณฑสาร⁽⁸⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี นุชระพี สุทธิกุล⁽⁹⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร วนลดา ทองใบ⁽⁹¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัด ปทุมธานี ซึ่งพบว่า ค่านิยม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่ทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด และจากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ⁽⁹⁴⁾ ศึกษา พฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูงกว่าปาน กลางเพียงเล็กน้อย โดยร้อยละที่สูงของกลุ่มตัวอย่างให้ค่าต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ใน ระดับปานกลาง-ต่ำ

การที่ค่านิยม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้ เห็นว่าค่านิยมเป็นแกนกลางที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาทที่สำคัญของ ค่านิยมเป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ประเมินผลว่าสิ่งใดดี ไม่ดี และยังทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ Rokeach เชื่อว่าระบบค่านิยมมีโครง สร้างที่คงทน และสามารถให้ความหมายต่อพฤติกรรมในสภาพการณ์ทั่วไปได้อย่างแน่นอน ถึงแม้ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพความจำเป็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นก็ตาม⁽⁴⁰⁾

Raths, Hammin และ Simon ให้ความเห็นว่า การเกิดค่านิยมในตัวบุคคล จะเกิดขึ้น โดยผ่านกระบวนการ 3 อย่าง คือ การเลือก การให้ค่า และการปฏิบัติตามค่า และเป็นแนวทางไปสู่ พฤติกรรมของบุคคล

ค่านิยมทำหน้าที่เป็นทั้งมาตรฐานควบคุม และกำหนดเป้าหมายของแนวทางปฏิบัติ หรือพฤติกรรมของบุคคล เป็นแกนกลางในการสร้างเสริมแรงจูงใจ เจตคติ ความสนใจ และความ ตั้งใจ ซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกของประชาชนในชุมชน โดยการเสริมสร้างให้ มีค่านิยมที่ถูกต้องต่อสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่น่าจะดำเนินการได้ โดยเหตุผลของความสอดคล้อง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ที่มีค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีด้วย โดยในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 88.5 มีค่านิยมในระดับ ปานกลาง รองลงมาคือ ค่านิยมในระดับดี ร้อยละ 21.0 ที่เหลืออีกร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่มีค่า นิยม ในระดับไม่ดี

ส่วนปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .150$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Naslund GK⁽⁷⁶⁾ ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และความเชื่อ ในคนงานชาวสวีเดน ที่มีอายุ ระหว่าง 18-85 ปี พบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ ขัดแย้งกับการศึกษาของนุชระพี สุทธิกุล⁽⁹⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา

สังกัดกรุงเทพมหานคร และ สุกัญญา ไผ่ไสภณ⁽⁶²⁾ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

สาเหตุที่องค์ประกอบ ด้านความเชื่อและการรับรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นเพราะความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล⁽⁶¹⁾

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกัน ของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และความเชื่อ-การรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน และความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.423, 0.502$ ตามลำดับ) เจตคติ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อ-การรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.475$) ทั้งนี้ เนื่องจากองค์ประกอบของเจตคติ ประกอบด้วย ความรู้ ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำ⁽¹²⁾ คนจะมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ ก็ต้องมีความรู้ในด้านสุขภาพ ความรู้เป็นฐานของความเชื่อ ที่ทำให้บุคคลผู้นั้นเชื่อว่าข้อมูลนั้น ๆ เป็นจริงหรือไม่ มีคุณมีโทษอย่างไร

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม กับปัจจัยอื่น พบว่าค่านิยม มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและการรับรู้ เพียงปัจจัยเดียว ($p = .044$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน และความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r_s = -0.101$) สาเหตุที่ค่านิยมไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ และเจตคติ อาจเป็นเพราะว่า ค่านิยมเกิดจากการเลือกโดยอิสระของบุคคล ไม่ได้เกิดจากการบังคับ แต่เกิดจากความยินยอม เห็นคุณค่าของสิ่งนั้นอย่างแท้จริง เป็นสิ่งที่เจ้าของถนนอมเทิดทูนด้วยความภูมิใจว่าเป็นสิ่งดีมีคุณค่าควรแก่การรักษา และได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือกระทำเป็นกิจวัตร⁽⁶⁰⁾ ซึ่งแตกต่างจากเจตคติ ที่เป็นความโน้มเอียงในการประเมินค่าของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ว่ามีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และเกิดความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ แต่ไม่ใช่แนวโน้มที่จะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งใดในรูปแบบเดียวตายตัว แต่เป็นลักษณะของมาตรการ หรือแบบแผนของการกระทำ ที่จะเป็นตัวกำหนดความประพฤติว่าเป็นอย่างไร⁽⁶¹⁾ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำตามความรู้สึก ซึ่งเจตคติอาจเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์แต่ละบุคคล การได้รับข่าวสาร และบุคลิกลักษณะของแต่ละคน⁽⁶⁰⁾ และเจตคติอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่บุคคลได้รับ⁽⁶⁴⁾

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

ความแตกต่างของเพศชายและหญิง มีความสัมพันธ์กับ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .013, .001$ และ $.008$ ตามลำดับ) โดยการศึกษาปี

(ตารางที่ ๘.๖) พบว่า เพศหญิงมีระดับค่านิยม "ดี" มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 30.5 และ 15.0 ตามลำดับ) มีการศึกษาทางด้านค่านิยมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ คือ การศึกษาของ Felton GM., Parsons MA., และ Bartoces MG.⁽⁷²⁾ ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร : ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของลูกจ้าง พบว่า เพศหญิงมีค่านิยมที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ในด้านเจตคติต่อสุขภาพ (ตารางที่ ๘.๕) พบว่า เพศหญิงมีเจตคติต่อสุขภาพ ในด้านบวกสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 26.0 และ 15.9) และปัจจัยด้านความเชื่อ-การรับรู้ (ตารางที่ ๘.๗) พบว่าเพศหญิงมีระดับความเชื่อและการรับรู้ ในระดับ "มาก" สูงกว่าเพศชายเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 62.3 และ 48.4 ตามลำดับ)

Hendricks CS.⁽⁷⁹⁾ ศึกษาอิทธิพลของเชื้อชาติและเพศ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทางคอนโดของอลาบามา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ มีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติและเพศ และการศึกษาของ Tohnei S., Hata E.⁽⁸⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขา และหมู่บ้านชาวประมง พบว่า เพศมีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

จากการที่พบว่าเพศหญิง มีระดับเจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ ในทิศทางบวกมากกว่าเพศชาย เนื่องจากความคาดหวังจากสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคมที่กำหนดความแตกต่างทางเพศที่มีผลต่อสุขภาพหลายอย่าง ในบางสังคมถือว่า เพศหญิงมีคุณสมบัติพิเศษ (Magical properties) เช่น สายตา อាកารทางจิต และยังมีการกำหนดคุณลักษณะบางอย่าง ให้กับเพศหนึ่งๆ เป็นแบบแผนทางเพศ (Gender typing) ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพ เช่น ผู้ชายมีลักษณะก้าวร้าว เข้มแข็ง ผู้หญิงมีลักษณะขอม อ่อน เจ้ออารมณ์ คุณค่าของสังคมที่ให้แก่เพศชาย และหญิงที่แตกต่างกันในสังคม รวมทั้งความคาดหวังและข้อเรียกร้องต่าง ๆ ก็เป็นทั้งข้อจำกัดและโอกาสของปัจจัยเพศที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย และชีวิต⁽¹⁸⁾

อายุ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$ และ $.000$ ตามลำดับ) โดยการศึกษา (ตารางที่ ๘.๔) พบว่า กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 30 ปี และมีสถานภาพสมรสโสด มีความรู้อยู่ในระดับสูง มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะอายุในระยต่าง ๆ มีความสามารถแตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุน้อย จะมีความสามารถที่จะจดจำ ระลึกถึงความรู้ที่ได้รับไปแล้ว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล วิธีการและขบวนการต่าง ๆ ตามโครงสร้างและสภาพการของสิ่งนั้น ๆ⁽²⁶⁾

ตัวแปรด้านระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ทุกด้าน ($p > .05$) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .130$) และจากการศึกษาของ Felton GM., Parsons MA., และ Bartoces MG.⁽⁷²⁾ ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร : ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของลูกจ้าง พบว่า ความแตกต่างของระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า การที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชนใน

ชุมชนแออัด หรือมีกิจกรรมการให้ความรู้ เปลี่ยนแปลงเจตคติ ปลุกฝังค่านิยม หรือสนับสนุนให้มีความเชื่อและการรับรู้ในด้านที่เกี่ยวกับการมีสุขภาพดี ควรเน้นที่ความแตกต่างด้านคุณลักษณะประชากรอื่น ๆ ที่พบว่ามียouthผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับค่านิยมต่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) โดยพบว่า กลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท มีค่านิยมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า (ตารางที่ ๘.๖) แสดงว่าการที่มีรายได้น้อย ไม่สามารถที่จะเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จึงไม่สามารถให้ค่า และปฏิบัติตามค่าที่เลือกนั้นได้ หรือไม่มีสิ่งใดที่จะให้เลือก การที่บุคคลจะให้ความสำคัญต่อค่านิยมที่ดีทางสุขภาพ จะต้องมีความตั้งใจให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง มีความสนใจต่อเรื่องสุขภาพอนามัย และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีด้วย การส่งเสริมค่านิยมทางสุขภาพ ให้กับกลุ่มที่มีรายได้น้อย จะต้องแก้ปัญหาพื้นฐานทางเศรษฐกิจก่อน ด้วยการประสานงานร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model เช่น การเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพ กฎหมาย ข้อบังคับ การให้ความสำคัญและความตั้งใจจริงของชุมชน/รัฐ รวมถึงปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน นายจ้าง บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน เป็นต้น

อาชีพและศาสนา มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ทุกด้าน ($p < .05$) (ยกเว้นศาสนากับความรู้) โดยพบว่า อาชีพรับจ้างทั่วไป มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และมีเจตคติต่อสุขภาพในทิศทางลบมากกว่าอาชีพอื่น ๆ แต่ในกลุ่มพนักงานบริษัท พบว่า มีค่านิยมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ มากกว่าอาชีพอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tohnai S., Hata E.^(๖๐) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขา และหมู่บ้านชาวประมง พบว่า อาชีพมีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นการส่งเสริมด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยม และความเชื่อ-การรับรู้ เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควรจะต้องให้สอดคล้องกับลักษณะอาชีพ

ส่วนตัวแปรด้านการนับถือศาสนา พบว่าผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอื่น ในขณะที่ผู้นับถือศาสนาพุทธ มีเจตคติต่อสุขภาพค่อนข้างดี ทางด้านลบ มากกว่าศาสนาอื่น ส่วนศาสนาอิสลามพบว่า มีค่านิยมที่ไม่ดีต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอื่น ดังนั้นจึงเป็นข้อสังเกตว่า การที่จะปลุกฝังค่านิยมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ระดับของความเคร่งศาสนา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ เป็นข้อบ่งชี้ถึงรูปแบบการดำเนินชีวิต รวมทั้งบทบาทของการสนับสนุนจากสังคมด้วย^(๑๖)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้านคือการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีพฤติกรรม 2 ด้านที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสมคือ

- ด้านการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา พบว่าประชาชนในชุมชนแออัด ร้อยละ 33.3 ไม่มีกิจกรรมด้านการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพศหญิงมีการออกกำลังกายน้อยกว่าชาย และผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี มีการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มอายุน้อย

- พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.0 ไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพเลย (วัดความดันโลหิต ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ) โดยเฉพาะการตรวจฟัน ที่พบว่ามีถึงร้อยละ 52.0 ไม่เคยได้รับการตรวจฟัน

จากข้อมูลดังกล่าว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของพฤติกรรมการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปี ของประชาชนในชุมชนว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่สนับสนุนหรือยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ความสามารถของแต่ละบุคคล สถานที่/อุปกรณ์ที่เอื้ออำนวย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา การยอมรับถึงประโยชน์ เหตุผล การส่งเสริมสนับสนุนจากบุคคลรอบด้าน เพื่อหาสาเหตุของพฤติกรรมแล้วนำมาวางแผนจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปี ของประชาชนในชุมชนให้เหมาะสมต่อไป

2. ผลการศึกษาค้นพบว่า คุณลักษณะด้านประชากร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ รายได้ครอบครัว และศาสนา

การที่จะจัดทำโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงลักษณะของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจหรือศาสนาแตกต่างกัน ว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับที่ไม่เหมาะสม โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาค้นนี้เป็นพื้นฐานที่พบว่า

- อาชีพพนักงานบริษัท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพต่ำในด้าน การรับประทานอาหาร และการสูบบุหรี่

- กลุ่มแม่บ้าน/ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพต่ำในด้าน การออกกำลังกาย

- ผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพต่ำในด้าน การจัดการกับความเครียด

- ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพต่ำในด้าน การรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี

ดังนั้น การดำเนินงานในชุมชนแออัด ในการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินงาน

1) อบรม ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนที่เป็นแกนนำ เช่น กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน ผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนแบบเรียน คู่มืออุปกรณ์/สื่อการปฏิบัติงาน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของแกนนำในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน และสอดคล้องกับสถานะชุมชน หลังจากที่ได้ศึกษารายละเอียดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในข้อ 1 แล้ว

2) ประชาชนที่เป็นแกนนำ ให้คำแนะนำแก่ประชาชนทั่วไป ในด้านการปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

3) ติดตามการปฏิบัติงานของกลุ่มประชาชนที่เป็นแกนนำ

4) ประเมินผลโดยการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนทั้งก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำจากกลุ่มแกนนำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่ต้องการแก้ไขว่ามีปัญหาใดบ้าง มีองค์ประกอบหรือปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นการปฏิบัติของบุคคล ทำไมบุคคลจึงมีการปฏิบัติที่ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข และมีปัจจัยทางพฤติกรรมอะไร ที่เป็นตัวกำหนดหรือทำให้เกิดการกระทำนั้นๆ โดยศึกษาปัจจัยนำ (Predisposing Factors) คือ ปัจจัยที่เป็นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละคน ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุศึกษา ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีปัจจัยต่างๆ หลายประการ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรนำปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เข้ามาศึกษาดังนี้

- ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) คือปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะในการกระทำหรือความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ แหล่งทรัพยากร/บริการ/อุปกรณ์ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมมีอยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่าย ความสามารถเข้าถึงบริการ/ทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะทาง การเดินทาง การเสียเวลา การยอมรับ

- ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริม หรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอก ที่มาจากคนหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุข สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น ๆ

การนำปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมมาพิจารณา เป็นการดำเนินงานตามขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ของแบบจำลอง PRECEDE-

PROCEED Model ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น จะทำให้การวางแผนการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. มีการทำวิจัยถึงผลของการประยุกต์ทฤษฎีทางสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน หลังจากทราบปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่งได้จากการศึกษาในข้อเสนอแนะข้อ 1

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในด้านการออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี ควรมีการจัดทำโครงการประยุกต์ทฤษฎีทางสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และ HBM มาใช้ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านการออกกำลังกาย ตัวอย่างเช่น

1) ทฤษฎีทางสุขภาพและทฤษฎี HBM ประกอบด้วยทฤษฎีทางสุขภาพในเรื่อง

- การบรรยายประกอบสื่อ วิดีทัศน์ ภาพนิ่ง และแผ่นพับ เรื่องวิธีการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

- การสาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการออกกำลังกายแบบต่างๆ

- การประชุมกลุ่มต่างๆ เช่น ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อสนทนาเรื่อง แนวทางการออกกำลังกาย การค้นหาปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหาที่พบ

- การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่อง การออกกำลังกาย ผ่านเสียงตามสายในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์ผู้สูงอายุ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หรือในศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาล

2) แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข หรือกลุ่มประชาชนที่เป็นแกนนำ โดยการกระตุ้นและสนับสนุนในเรื่อง

- การกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ การตักเตือน การไปเยี่ยมและห่วงใย

- การให้ข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติในการออกกำลังกาย เช่น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ การชี้แนวทางปฏิบัติ

- ประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ บอกถึงผลการปฏิบัติ แสดงการยอมรับในการปฏิบัติ

เป้าหมายที่ต้องการคือ พฤติกรรมที่ควรแสดงตามทฤษฎี HBM ได้แก่

- ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

- การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ที่เกิดจากการไม่ออกกำลังกาย

- การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ที่เกิดจากการไม่ออกกำลังกาย

- การรับรู้ถึงผลดีของการออกกำลังกาย

- การปฏิบัติพฤติกรรมในการออกกำลังกาย

3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน (Qualitative Research) ด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก (in-depth interview) หรือการจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จะช่วยให้เข้าใจปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจากการพิจารณาและวิเคราะห์ปัญหานั้น จำเป็นต้องศึกษารายละเอียดในหลายๆ แง่มุม และมีการศึกษาปัญหาอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานกันทั้งด้านชีวภาพ สังคม โครงสร้าง การจัดองค์กรในชุมชน ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ความคิด วิถีชีวิตของคนในชุมชน พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน โดยศึกษาถึง ปัจจัย กลไกและขบวนการต่างๆ ไปพร้อมกัน เน้นการมองดูส่วนทั้งหมดของปัญหา (Holistic approach) ⁽¹¹⁶⁾

ปัจจุบัน การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นเทคนิคที่ใช้เพิ่มขึ้นใน การวิจัยบริการสาธารณสุข (Health services research) เป็นการรวบรวมข้อเท็จจริง ข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเป็นข้อสรุป จะช่วยพัฒนาทฤษฎีหรือสร้างสมมติฐาน ของปัญหาที่แท้จริงได้ต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการนำปัญหาที่พบมาทำการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวอย่างเช่น ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่มอาชีพ ว่ามีสาเหตุ/ปัจจัยอะไรบ้าง ที่ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interview) จากประชาชนในชุมชนแออัดที่มีอาชีพแตกต่างกัน และเลือกสัมภาษณ์บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลในประเด็นต่างๆ ที่สนใจศึกษาได้ชัดเจน จะทำให้สามารถเจาะหาข้อมูลรายละเอียด ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้มากกว่าการสังเกต หรือการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการสำรวจ จะทำให้ได้ประเด็นเพิ่มเติมของปัญหา หรือยืนยัน/หักล้างข้อมูลที่ได้มาแล้ว

ในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม จึงควรมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับค่านิยมเพิ่มเติมโดยวิธีการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อประเมินค่านิยมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อสำรวจความคิดเห็น ทศนคติ ทดสอบแนวความคิด ค้นหาคำตอบที่ยังไม่แน่ชัดของการวิจัย เพื่อช่วยเสริมให้ข้อเท็จจริงสมบูรณ์ขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำมาประมวลผลโดยมีเทคนิคเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปริมาณคือ ค้นหา และระบุแนวเรื่อง หรือรูปของพฤติกรรม ค้นหาความเป็นไปได้ที่แตกต่างจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป ระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ค้นพบ หรือแสดงปรากฏการณ์ต่างๆ ไปในชุมชนที่ศึกษา ผลสรุปที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ หรือสมมติฐานใหม่ที่ได้ จะสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้มาหรือไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในตอนแรกก็ได้