

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย” นี้ สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.1.2 ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2.3 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

1.2.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

###### 1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย จำนวน 2,061,254 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้มาโดยการคำนวณจากสูตรของทาโร ยามานะ (Yamane) การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละจังหวัด

###### 1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด จำนวน 30 ข้อ

#### 1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยในพื้นที่เป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนัดผู้นำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันที่สถานีอนามัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และแจกแบบสอบถามให้ผู้นำครอบครัวตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2549 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทั้ง 400 ชุด

#### 1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์

1.3 ผลการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้สามารถจำแนกผลการวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีอาชีพค้าขาย/บริการ คิดเป็นร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,000 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เคยไป

ใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานีนอนมัย คิดเป็นร้อยละ 86.8 เคยไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 75.5

**1.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.0 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.0 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.0

**1.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.07$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **การบริโภคอาหาร** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.11$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน และเค็มจัด การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงรส สารแต่งสีหรือสารกันบูด การเลือกซื้ออาหารประเภทเนื้อ ปลา กุ้ง ผัก และผลไม้ที่มีลักษณะใกล้เคียงธรรมชาติ การเลือกซื้ออาหารแปรรูป โดยดูเครื่องหมาย “อย. ที่มีเลขทะเบียน” วันผลิต/วันหมดอายุ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.32, .82, .96, 1.10,$  และ  $1.11$  ตามลำดับ) แต่การเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุงที่ปรุงสุกใหม่ และมีภาชนะปกปิดกันฝุ่นละออง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 1.36$ )

2) **การออกกำลังกาย** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.08$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการทำงานบ้าน/งานสวน/งานอาชีพ ฯลฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.30$ ) แต่การออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 นาที และการออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในการประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน/งานสวน ในแต่ละครั้งจะรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 1.49,$  และ  $1.47$  ตามลำดับ) ส่วนการฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = .60,$  และ  $.57$  ตามลำดับ)

3) **การจัดการความเครียด** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.11$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การค้นหาสาเหตุและหาทางแก้ไข ปัญหาเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ การมีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การยอมรับ

สภาพปัญหาและคิดในแง่บวกเมื่อมีปัญหา การอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น หมู่บ้านและชุมชน และการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับบุคคลที่ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.12, 1.26, 1.15, .93$  , และ  $1.08$  ตามลำดับ)

4) การป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.05$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายโดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอและการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโทษต่อร่างกาย การมองโลกในแง่ดีและทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = .90, .73$ , และ  $.73$  ตามลำดับ) ส่วนการสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 1.33$ ) แต่การหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = .58$ )

5) การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.04$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การจัดบ้านให้สะอาด ปราศจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การกำจัดแหล่งน้ำขัง และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้าน การหมั่นตรวจตราสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุในบ้าน การแสดงความรัก ความห่วงใยแก่สมาชิกในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.11, .94, 1.02, 1.19$ , และ  $.95$  ตามลำดับ)

6) การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.06$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้ดื่มสุรา ไวน์ ขาดองเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = .61$ ) ส่วนการหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม100 ฯลฯ และการหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้สูบบุหรี่หรือยาเส้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = .91$ , และ  $.94$  ตามลำดับ) แต่การปฏิเสธเมื่อมีคนชวนให้เสพยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 1.81$ )

#### 1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา







สิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัย ดังต่อไปนี้

### 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา และอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

2.1.1 เพศของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.8 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์ครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า หัวหน้าครัวเรือนของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 73.2 มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนเพียงร้อยละ 26.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากค่านิยมของสังคมไทยที่ยังยกย่องให้เกียรติผู้ชายในฐานะผู้นำครอบครัว นับตั้งแต่อดีต และยังคงเป็นค่านิยมที่ยังยึดถือปฏิบัติอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.1.2 อายุของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัยเทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่าผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 45 ปี ร้อยละ 61.1 และการศึกษาของชาติชายสุวรรณนิตย์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย พบว่า ผู้นำครอบครัวมีอายุระหว่าง 31- 45 ปี ร้อยละ 37.2 และการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่พบว่า หัวหน้าครัวเรือนไทยส่วนใหญ่ในภาพรวมของประเทศอยู่ในช่วงอายุวัยแรงงาน ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 49 ปี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากครอบครัวในสังคมไทยรวมทั้ง

ครอบครัวในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มักเกิดจากผู้นำครอบครัว ได้สร้างครอบครัวใหม่ ซึ่งหัวหน้าครอบครัวจะมีอายุไม่มากนัก รวมทั้งนโยบายการพัฒนา เศรษฐกิจในภาคตะวันออกให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่อพยพย้ายถิ่น เข้ามาทำงานในภาคอุตสาหกรรม ตั้งถิ่นฐานและสร้างครอบครัวใหม่ในภาคตะวันออก จึงทำให้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งมีอายุที่ไม่มากนัก

**2.1.3 ระดับการศึกษาของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 38.2 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึง ประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และการศึกษาของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ที่ศึกษาการประเมินผลงาน ส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งพบว่า ประชากร วัยทำงานในเขต 3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 รวมทั้งการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า หัวหน้า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.5 และการศึกษาของ ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย (2549) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของประชาชนในเขต 3 ซึ่งพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ใน ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 46.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2520 กำหนดให้ภาครัฐจัดระบบการศึกษาภาคบังคับให้คนไทยทุกคนต้องเรียนจบชั้นประถมปีที่ 6 และประกอบกับในอดีตคนในภาคตะวันออกมีอาชีพทำการเกษตร และมีรายได้น้อย ดังนั้น ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา คนไทยทั่วประเทศรวมทั้งในคนภาคตะวันออกส่วนใหญ่ จึงจบการศึกษา เพียงประถมศึกษาปีที่ 6 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า

**2.1.4 อาชีพของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ ค้าขาย/บริการ คิดเป็นร้อยละ 40 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ส่งเสริม สุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ที่ศึกษาการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขต 3 มีอาชีพ ค้าขาย/รับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45.1 และการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ที่ศึกษา สถาบันครอบครัวกับสุขภาพ ซึ่งพบว่าอาชีพของครอบครัวแปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจและ สังคม จากเดิมเคยยึดถือครองที่ดินการเกษตรเปลี่ยนแปลงไปเป็นลูกจ้างมากขึ้น และสอดคล้องกับ การศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า หัวหน้าครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.2 และการศึกษาของศูนย์อนามัย

ที่ 3 กรมอนามัย (2549) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขต 3 ซึ่งพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 42.5 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผลของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา ที่มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศเกษตรกรรมสู่ประเทศอุตสาหกรรม โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการพัฒนาให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้ประชาชนสามารถเลือกประกอบอาชีพที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น และแปรเปลี่ยนอาชีพเกษตรกรรมเดิมเป็นการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/บริการมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

**2.1.5 รายได้ต่อเดือนของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 ข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548) ที่ศึกษาภาวะเศรษฐกิจ พ.ศ. 2548 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในภาพรวมทั้งราชอาณาจักร จำนวน 7,249 บาท และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.5 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า จึงส่งผลมีรายได้ต่ำ แต่เมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่อเดือนของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับเส้นแบ่งความยากจนในปี 2545 เท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน (สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2545) พบว่า ผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งความยากจนมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้เป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้มีภาวะเศรษฐกิจดี ประชาชนมีโอกาสประกอบอาชีพที่หลากหลาย และมีรายได้ดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชากรวัยทำงานโดยทั่วไปของประเทศ

**2.1.6 การไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 86.8 เคยไปใช้บริการการไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพร้อยละ 75.5 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิษฐ์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า สถานบริการสาธารณสุขที่ครอบครัวไปใช้บริการมากที่สุดคือ สถานอนามัยและโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 74.6 และ 71.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลและเป็นสถานบริการที่ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะสถานอนามัยซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้เวลารอนาน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัว

ที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ผู้นำครอบครัวเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ที่ไปใช้บริการที่สถานอนามัยเป็นประจำ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.5 ไม่เคยไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพ ถึงร้อยละ 75.5 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ซึ่งพบว่า ครอบครัวเข้าถึงและใช้บริการสวนสาธารณะหรือสวนสุขภาพ และสถานที่ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง เข้าถึงและใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพนาน ๆ ครั้ง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ สังคม และกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกซึ่งยังอยู่ในวัยแรงงาน ต้องมุ่งทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัว และไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพร่างกายเพราะยังมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงไม่สนใจและไม่มีความกังวลที่จะไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพที่ค่อนข้างน้อย

## 2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

**2.2.1 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.0 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 45.5 มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทำนองเดียวกับการศึกษาของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 กรมอนามัย (2545) ที่ศึกษาประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขต 3 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัวถึงร้อยละ 44.9 แต่ข้อค้นพบดังกล่าวนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิศย์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ถึงร้อยละ 67.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าและกระแสการบริโภคนิยมกระจายสู่สังคมไทยอย่างทั่วถึง ทั้งสังคมเมืองและสังคมชนบท โดยเฉพาะภาคตะวันออกมีการขยายตัวด้านอุตสาหกรรม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัวส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ ครอบครัวจึงต้องหารายได้เพิ่มเพื่อสนองตอบความต้องการ ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว และบางครอบครัวอาจขาดการวางแผนการใช้จ่ายเงิน ไม่สามารถบริหารจัดการรายได้ให้เพียงพอกับรายจ่าย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว

**2.2.2 ลักษณะครอบครัวของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.8 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2545) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 74.6 และการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ที่ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารองค์ความรู้ และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับครอบครัวและกลุ่มนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ พบว่า สถานการณ์และแนวโน้มของครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำนองเดียวกับการศึกษาของวรรณดี จันทศิริ (2546) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า ลักษณะครอบครัวในภาคตะวันออกมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68.7 รวมทั้งการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์ครอบครัวไทย ซึ่งพบว่า ครอบครัวไทยในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออก มีการขยายตัวด้านอุตสาหกรรม มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่การเกษตรส่วนใหญ่เป็นสถานที่สำหรับการประกอบอุตสาหกรรม ทำให้ภาคตะวันออกมีการขยายตัวมีความเป็นเมืองมากขึ้น และเกิดการย้ายถิ่นฐานของประชาชนเข้าสู่เมืองใหญ่เพื่อประกอบอาชีพ และสร้างครอบครัวใหม่ซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีพ่อ แม่ และลูก ๆ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศไทยรวมทั้งภาคตะวันออก จึงทำให้ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย

**2.2.3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้นำครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารองค์ความรู้ และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับครอบครัวและกลุ่มนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ พบว่า ปัญหาจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกลดลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน ทำนองเดียวกับการศึกษาของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ที่ศึกษาสถานการณ์ครอบครัวไทย ซึ่งพบว่าในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ครอบครัวไทยส่วนใหญ่มีเวลาใกล้ชิดกันน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย โดยเฉพาะสภาพเศรษฐกิจและสังคมในภาคตะวันออกที่ส่งผลกระทบต่อ

ต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำมาหากินเพื่อสร้างรายได้ สร้างฐานะของครอบครัว อาจทำให้ไม่ค่อยมีเวลาให้แก่สมาชิกในครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีไม่มากนัก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.07$ ) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชัยณรงค์ สังข์จ่าง (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ แต่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่ดี ทำนองเดียวกับการศึกษาของสมบัติ พึ่งเกษม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของพรรณพิมล หล่อตระกูล (2545) ที่ศึกษาสถาบันครอบครัวกับสุขภาพ โดยการทบทวนเอกสารความรู้และการระดมสมองกลุ่มนักวิชาการด้านครอบครัวจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งพบว่า ครอบครัวยังมีปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัย รวมทั้งการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำ/สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการศึกษาของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2549) ที่ศึกษาการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะวิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งในด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นิยมการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารแบบตะวันตก การซื้ออาหารสำเร็จรูป อีกทั้งยังละเลยการออกกำลังกาย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมแบบอุตสาหกรรมของภาคตะวันออก ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ที่ต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน จึงไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ ขาดการสนใจและละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

## 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการไปใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพ จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า มีเพียงบางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ซึ่งสามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้

**2.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และขัดแย้งกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรียม (Orem, 1991: 136 – 138) และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และขัดแย้งกับศึกษาของสเตลลี และแมคบรูม (Steele and McBroom, 1972: 382-392) ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการศึกษาของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแต่เดิมผู้นำครอบครัวเพศชายมักเป็นฝ่ายต้องประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้หาเลี้ยงครอบครัวเพียงลำพัง เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองมากกว่า แต่ในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้นำครอบครัวทั้งหญิงและชายต้องทำงานนอกบ้านเพื่อสร้างรายได้จุนเจือครอบครัว ดังนั้น เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

**2.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991: 136 – 138) และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง ไม่สนใจการดูแลตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีอายุมาก จะสนใจกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเตลลี และแมคบริม (Steele and McBroom, 1972: 382 -392) ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทำนองเดียวกับการศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และพบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน รวมทั้งการศึกษาของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งมีอายุไม่มากนัก และใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับการทำงาน มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้นำครอบครัวที่มีอายุมากขึ้น จะมีเวลาและสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้นำครอบครัวที่อายุน้อย ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายครั้งนี้ ได้รวมการออกกำลังกายในงานอาชีพ / งานบ้าน / งานสวน ซึ่งคนทุกกลุ่มวัยสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น อายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

#### 2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985: 120, 175) แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และแนวคิดของจาโรวีก และเพาเวอร์ (Jaroviec and Powers, 1981) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษา

มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะระดับการศึกษาทำให้นักคนมีสติปัญญาสามารถทำความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีโอกาสหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสเติลลี และแมคบริม (Steele and McBroom, 1972: 382 -392) ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และการศึกษาของโคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope, 1974) ที่ศึกษาสถานภาพทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพของชายในเมืองวิกตอเรียและรัฐบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ทำนองเดียวกับการศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ระดับการศึกษา รวมทั้งการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีโอกาในการหาแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้แตกต่างกัน ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

**2.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เนื่องจากอาชีพมีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่และโอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อความเชื่อ ทศนคติและพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งอาชีพยังเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีอาชีพที่ดี มั่นคง และมักเป็นผู้ที่มีความรู้และมีโอกาสหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งการศึกษาของการศึกษาของสมบัติ พึ่งเกษม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งพบว่า อาชีพ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 22.7 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพที่ดีและมั่นคง จะทำให้บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือแสวงหาความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพไม่มั่นคง ซึ่งต้องกังวลอยู่กับการทำมาหากิน ดังนั้น อาชีพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

#### 2.4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1996, 1982: 161-162) แนวคิดของคาร์ล และคอปป์ (Karl and Cobb, 1966: 250) ที่กล่าวว่า รายได้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล รายได้ของบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า จะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา ที่อยู่อาศัย จะสนใจในการหาเลี้ยงชีพและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติ การดูแลตนเองด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพย่อมมีน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสเติลลี และแมคบรูม (Steele and McBroom, 1972: 382-392)

ที่ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และ การศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker and others, 1988) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ได้แก่ รายได้ และการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัว ที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย และการศึกษาของชัยณรงค์ สังข์จ่าง (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้า ครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ซึ่งพบว่า รายได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และการศึกษาของวารินทร์ ปุຍทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัด กาญจนบุรี ซึ่งพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรายได้ของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะผู้ที่มีรายได้สูง ย่อมจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็น ประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดหา สิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ดังนั้น รายได้ต่อเดือนจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียง ของประเทศไทย

#### 2.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพกับพฤติกรรม

**ส่งเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า การไปใช้บริการจากโรงพยาบาล/สถานเอนามัย/สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมและรายด้านการบริโภคอาหาร การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน การ หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการ ดูแลสุขภาพตนเองของโอเรียม (Orem, 1991: 136 – 138) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล สุขภาพของประชาชน คือ แหล่งประโยชน์บริการสุขภาพ และวสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอาจถูกจำกัดหากบุคคลไม่สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพที่มีอยู่ได้ รวมทั้งปัจจัยแหล่งประโยชน์ในชุมชน การบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพ

สิ่งอำนวยความสะดวกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการสุขภาพของประชาชน รวมทั้งแนวคิดของสุพัตน์ วีระเวชเจริญชัย (2542: 73-74) ที่กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณี เกื้อสุวรรณ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวมทั้งการศึกษาของเบญจมาศ ขาวสบาย (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งพบว่า การมีและการเข้าถึงสถานที่บริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคคลที่ไปใช้บริการจากแหล่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้มีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น และผลการวิจัยยังพบว่า การไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายครั้งนี้ ได้รวมการออกกำลังกายในงานอาชีพ/งานบ้าน/งานสวน ซึ่งผู้นำครอบครัวสามารถออกกำลังกายได้ตามวิถีชีวิต โดยที่ไม่ต้องไปใช้บริการที่ชมรมสร้างสุขภาพ จึงทำให้การไปใช้บริการจากชมรมสร้างสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

## 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า มีเพียงบางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งสามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้

**2.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบ

ดังกล่าวสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า สภาพเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความร่ำรวยและความยากจน เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกำหนด ภาวะสุขภาพ การที่ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจดี มีรายได้เพียงพอทำให้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ หากครอบครัวมีเศรษฐกิจดีมีรายได้เพียงพอจะไม่มีปัญหาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ที่ศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึง ประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า เศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้นำครอบครัวไทย อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่ง พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงาน ในภาวะปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากครอบครัวที่มีรายได้ เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทำให้สามารถจัดหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต่างจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มีรายได้ ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต จะทำให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ความเพียงพอ ของรายได้ครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาค ตะวันออกของประเทศไทย

### 2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออก กายกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบ ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ลักษณะครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว เดี่ยวอาจมีข้อจำกัดในด้านความเป็นอยู่ที่พ่อแม่ต้องทำงาน นอกบ้าน ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ครอบครัวชายจะมี ญาติช่วยดูแล ชี้นะ เนะนำ คอยดักเตือน อบรมสั่งสอนหรือให้การสนับสนุนลูกหลานแทนพ่อ แม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเยาว์ วิศพรณ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวสุขภาพของ ครอบครัวคนงานในภาวะปกติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวคนงานในภาวะ

เจ็บป่วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้นำครอบครัวที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแล การชี้แนะ ให้ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายจากญาติพี่น้อง หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในขณะที่ผู้นำครอบครัวในครอบครัวเดี่ยว ต้องใช้ชีวิตที่เร่งรีบอยู่กับการทำงาน ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง และไม่มีผู้ชี้แนะให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จึงทำให้ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย และผลการวิจัย ยังพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการ วิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบดังกล่าวขัดแย้งกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงส่วนใหญ่ ทั้งที่อยู่ใน ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย จะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มุ่งแต่ทำมาหากิน สร้างฐานะ ให้แก่ครอบครัว ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน และมักละเลยในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ลักษณะครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

### 2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริม

**สุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียง ของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรม (Orem, 1991: 136 – 138) และแนวคิดของเลิฟแลนด์ และเชอริ (Loveland and Cherry, 1996) ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยส่งเสริมบรรยากาศที่ดี ความผูกพันแน่นแฟ้น และการส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของ ตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร ห่วงใย การมีเวลาให้แก่กัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะทำให้เกิดความผูกพันและมีเวลาให้แก่กันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว จะช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้คำแนะนำ หรือมีการปรึกษาหารือกัน เพื่อปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพ

ดังนั้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### 3.1.1 ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชน

1) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดังอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้นำครอบครัวยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่เพียงพอต่อสุขภาพ ดังนั้น ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชน ควรร่วมกันพัฒนาศักยภาพให้สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน และส่งเสริมให้ไปรับคำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวกลุ่มกิจกรรมที่ 6 อ. และชุมชนควรจัดกิจกรรมรณรงค์เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพแก่ครอบครัว ส่งเสริมและชักชวนให้ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางที่พึงประสงค์

2) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ดังนั้น ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชนควรร่วมกันรณรงค์ เสริมสร้างองค์ความรู้การบริหารจัดการเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น การทำบัญชีครัวเรือน การดำเนินชีวิตตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และเป็นชุมชนที่มีความสุขต่อไป

3) จากผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้นำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้นำครอบครัว ครอบครัวและชุมชนควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยจัดกิจกรรมร่วมกันภายในบ้าน หรือการพักผ่อนร่วมกันในวันหยุด มีการท่องเที่ยวนอกบ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัว มีการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในครอบครัว ชุมชนควรมีกิจกรรมรณรงค์เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมสาธารณะที่เป็นประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นการสร้างบรรยากาศในครอบครัวซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว

### 3.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนอนามัยตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย และกระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งรัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนสื่อต่างๆ เช่น เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ซีดี เพื่อเผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. รวมทั้งมีการอบรมพัฒนาความรู้แก่ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีต่อไป

2) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำครอบครัวไม่เคยไปใช้บริการจากสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สถานที่ออกกำลังกาย และชมรมสร้างสุขภาพถึงร้อยละ 42.5 และ 75.5 ตามลำดับ ดังนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาสถานที่เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ได้มาตรฐาน เพียงพอ สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง เช่น การพัฒนาสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ และสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณแก่ชมรมสร้างสุขภาพให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนรวมตัวกันทำกิจกรรมด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

3) จากผลการวิจัยพบว่า อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนอนามัย สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เพื่อให้การจัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการส่งเสริมให้มีความรู้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เกิดผลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด เพื่อให้บรรลุการสร้างสุขภาพที่ดีแก่ผู้นำครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้นำครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ควรขยายการศึกษาให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย เพื่อทราบสถานการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการจัดสนทนากลุ่มครอบครัวและการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถใช้เป็นแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

3.3.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัว บางปัจจัย จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัว เช่น การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3.3.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวในพื้นที่เขตเมืองและชนบท เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำครอบครัวให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ต่อไป